



DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE SICILIANA DEL 06 MARZO 2008 - “Nuovi criteri e modalità per l’erogazione del buono socio-sanitario a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi” ai sensi della legge della Regione Siciliana n. 10 del 31 luglio 2003 –

OSSERVAZIONI e PROPOSTE: incontro con l’Assessore della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali del 16 giugno 2008

La legge della Regione Siciliana n. 10 del 31 luglio 2003 presenta aspetti molto positivi anche rispetto alle normative assunte da altre Regioni italiane in materia sociale.

Il suo art. 10, già in parte attuato, prevede l’erogazione del buono socio-sanitario che, come già rassegnato in precedenza, è uno strumento innovativo che rimette la famiglia, con la sua funzione “care” (nel senso di prendersi cura, accudimento e sostegno) al centro del sistema di welfare (non solo di assistenza), in quanto titolare sia di responsabilità e doveri sia di diritti. Le famiglie divengono protagoniste nel compito della scelta delle persone e degli Enti, che offrono assistenza al proprio congiunto; e, data l’alta valenza sociale, è indispensabile che il compito della predisposizione dei documenti, che consentono l’accesso degli utenti allo stesso beneficio, non sia solo di attori sanitari, bensì di Unità Operative Integrate sociali e socio-sanitarie.

Occorre però ribadire che il buono socio sanitario deve essere uno strumento aggiuntivo in quanto amplia il ventaglio dei servizi a cui si può accedere per una qualità di vita sempre più elevata ed in linea con gli attuali dettami di settore della legislazione nazionale e regionale.

Il decreto del 6 marzo 2008: “Nuovi criteri e modalità per l’erogazione del buono socio-sanitario a favore dei nuclei familiari con anziani non autosufficienti o con disabili gravi” che, nelle intenzioni voleva essere un provvedimento unificante e migliorativo rispetto ai due decreti presidenziali, del 7 luglio e del 7 ottobre 2005, assunti sulla stessa materia in realtà presenta alcune criticità, che debbono essere evidenziate; infatti questo testo, per molti aspetti, non è in linea con gli indirizzi e la programmazione, che la Regione Siciliana ha assunto negli anni precedenti, seguendo la legislazione vigente, anche nazionale, soprattutto nei riguardi delle persone con disabilità.

Anche la legge 328/2000 recita, all’art. 14 Progetti individuali per le persone disabili -
1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell’ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell’istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d’intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell’interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell’ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all’integrazione sociale, nonché le misure economiche

necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

La razionalizzazione delle spese, che oggi più che mai si impone in ogni settore, sia pubblico sia privato, grazie all'applicazione del Piano triennale a favore delle persone con disabilità della Regione Siciliana (G.U.R.S. 4 del 27/01/2006) garantirebbe non solo la non sovrapposizione degli interventi e dei servizi, ma anche una qualità di vita più elevata, sia alle persone con disabilità sia alle loro famiglie.

Nell'ambito dell'erogazione dei servizi socio-assistenziali, materia a forte valenza e carattere sociale, ma anche sanitario, è più che mai necessaria l'integrazione e l'Unità preposta alla valutazione, come individuata dal Piano triennale, deve essere composta da specialisti appartenenti sia all'area medica sia all'area sociale e con competenze trasversali in grado di assistere un soggetto durante tutte le fasi della vita, in grado cioè di prendere in carico la stessa persona disabile e predisporre il progetto individuale di cui al comma 2 dell'art. 14 della legge 328/2000.

Invece, questo decreto affida la redazione dello stesso Piano individualizzato ai medici di medicina generale, che in questo modo avranno un lavoro aggiuntivo, non previsto da alcuna normativa, e saranno costretti ad avere rapporti, anche conflittuali, con gli utenti/pazienti, poiché non posseggono né gli strumenti, né le competenze specialistiche mediche e sociali, per redigere questo documento, che, partendo dalle specifiche condizioni dello stesso utente, deve spaziare, in uguale misura, negli ambiti sanitari e sociali.

Nessun documento precedente al Piano triennale codifica ed individua in maniera precisa ed articolata un'unità operativa integrata; successivamente allo stesso Piano triennale la materia è, in parte, definita nel Decreto "LINEE GUIDA IN MATERIA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE" del 12 novembre 2007 a cura dell'Assessorato per la Sanità della Regione Siciliana con la pubblicazione anche di uno strumento operativo individuato nella "Scheda SVAMA", che però non tiene conto dei soggetti non adulti.

In questo senso, quindi, l'Unità territoriale medica, chiamata dallo stesso decreto dello 06/03/2008 a valutare il Piano individualizzato, redatto dai medici di medicina generale, non può avere la funzione per redigere e convalidare un documento, che per le sue caratteristiche, invece, deve essere redatto in forma multidisciplinare.

Nell'analisi del decreto si osserva come il tempo affinché l'Unità Operativa Medica effettui la valutazione e la convalida del Piano individualizzato, proposto dal medico di medicina generale, è "insufficiente; infatti l'Unità medica deve convalidare lo stesso Piano individualizzato entro "10 giorni dal ricevimento dell'istanza", trascorso il quale rimane valido il documento proposto.

È auspicabile, quindi, che si seguano più da vicino le linee indicate dal Piano triennale, che individua per la "presa in carico" e quindi, per la possibile redazione del Piano individualizzato, l'Unità di Valutazione sulla Disabilità (U.V.D.), composta da personale e professionisti provenienti sia dalle Aziende UU.SS.LL. sia dai Comuni.

L'U.V.D. potrebbe avvalersi, anche, delle segnalazioni e della collaborazione dei medici di medicina generale; ma deve essere essa a redigere il Piano individualizzato, poiché non si può ignorare la programmazione esistente, portando a giustificazione i ritardi con cui sul territorio si attiva la stessa programmazione.

L'applicabilità del decreto del 6 marzo c.a. dovrebbe riguardare solo il periodo successivo al 31 dicembre 2007.

A differenza dei due decreti precedenti il provvedimento del 6 marzo u.s. prevede che, tra i requisiti principali per l'accesso al beneficio del buono socio-sanitario, ci sia solo l'invalidità al 100% e non anche il diritto all'accompagnamento, nonostante lo stesso provvedimento si occupi, prioritariamente, di persone non autosufficienti; questo farà aumentare, in maniera esponenziale, le domande per accedere al beneficio e, le aspettative delle persone, che ritengono di avere i requisiti necessari, saranno enormi.

La conseguenza sarà un carico di lavoro non sopportabile e molto spesso non giustificato per gli specifici uffici delle Istituzioni deputate, in questo senso ad operare sul territorio.

Bisogna reintrodurre nel nuovo provvedimento, tra i requisiti principali per accedere al beneficio, il diritto all'accompagnamento.

A questo proposito bisogna osservare, anche, che all'aumento esponenziale delle domande di accesso al beneficio del buono socio-sanitario non corrisponde un potenziamento ed un miglioramento degli Uffici di servizio sociale dei Comuni, a cui è affidata l'istruttoria delle pratiche e dei compiti di verifica e di controllo in itinere dell'erogazione dello stesso buono socio-sanitario.

Un altro rilievo è che il decreto in questione prevede che la presentazione delle domande sia a "sportello", il che presuppone l'accoglimento delle istanze secondo la presentazione cronologica, indipendentemente dai requisiti oggettivi; ciò presenta delle caratteristiche di profonda disparità provocando, oltretutto, disorientamento e confusione nei potenziali beneficiari del buono ed incertezza negli Uffici che devono istruire le pratiche.

Questo aspetto del provvedimento va rimodulato insieme agli altri.

L'assenza e la carenza di servizi sul territorio fanno sì che il buono socio-sanitario venga recepito come "sostitutivo" degli stessi servizi che, invece, gli Enti Locali sono tenuti ad erogare per legge; anche per questo, ogni anno, in ogni Distretto socio-sanitario, vengono presentate domande per l'accesso a questo beneficio, in misura sempre crescente.

In considerazione dell'aumento esponenziale delle domande, per accedere al beneficio, e delle aspettative delle persone é, quindi, anche, indispensabile che le mutino le condizioni di lavoro e l'organizzazione delle Unità Operative e degli Uffici delle Istituzioni preposte all'erogazione dello stesso buono socio-sanitario.

Si deve ancora osservare che provvedimenti come questo, a forte integrazione sociale e sanitaria, potrebbero produrre maggiori benefici se alla loro base ci fosse un forte accordo tra l'Assessorato della Famiglia e l'Assessorato per la Sanità.

Il Responsabile del Coordinamento H
(Salvatore Crispi)