

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 1997, n. 1507.

Legge regionale 41/1996, articolo 4, comma 1, lettera a). Approvazione direttiva contenente criteri organizzativi e standard dei Servizi per garantire livelli uniformi di assistenza alle persone handicappate.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, recante: «Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104»;

VISTO in particolare l'articolo 4 della legge medesima, che definisce i compiti della Regione e che al comma 1, lettera a) dispone l'emanazione di una apposita direttiva - da intendersi quale strumento propedeutico alla pianificazione integrata in materia socio-assistenziale e sanitaria - contenente i criteri organizzativi e gli standard dei servizi, atti a garantire livelli uniformi di assistenza alle persone handicappate su tutto il territorio regionale;

RITENUTO di procedere all'adozione della direttiva di cui alla citata disposizione di legge, approvando l'allegato documento che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

SU PROPOSTA dell'Assessore alla sanità e all'assistenza sociale,

all'unanimità

DELIBERA

- di approvare, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera a), della legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, la direttiva concernente criteri organizzativi e standard dei servizi a favore delle persone handicappate contenuta nell'allegato documento che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- di demandare alla Direzione regionale dell'assistenza sociale la predisposizione di quanto occorrente alla verifica dei livelli di assistenza e di qualità dei servizi;

- il presente provvedimento sarà inviato alla Corte dei conti ai fini della registrazione di competenza; lo stesso sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE: CRUDER

IL SEGRETARIO: BELLAROSA

Registrato alla Corte dei conti, Trieste, addì 20 giugno 1997

Atti della Regione Friuli - Venezia Giulia, Registro 1, foglio 200

Legge regionale 25 settembre 1996, n. 41. Direttiva ex articolo 4, comma 1.

I. PREMESSA

All'esigenza, comunemente avvertita nel settore, di avviare una razionalizzazione istituzionale ed organizzativa, preordinata ad un riassetto complessivo dell'attuale sistema dei servizi socio-sanitari a favore delle persone handicappate, questa Regione ha risposto promuovendo l'Accordo di programma, approvato con D.P.G.R. n. 0330 del 2 ottobre 1995, e licenziando, quindi, la legge regionale 25 settembre 1996, n. 41.

Il convincimento in ordine alla necessità di apportare incisive modifiche all'esistente assetto di detti servizi è maturato per le considerazioni che seguono:

- la molteplicità di Enti, Istituzioni ed Associazioni attualmente operanti nel settore con ruoli e funzioni diverse non *garantisce*, con certezza, una risposta efficace ed organica ai complessi bisogni della persona handicappata;

- l'attuale sistema dell'offerta di servizi, seppure quantitativamente rilevante, non garantisce una distribuzione uniforme sul territorio regionale e non si presenta qualitativamente omogeneo, penalizzando i livelli di assistenza nel loro complesso;

- il tipo di handicap, l'eventuale presenza di handicap multipli, l'età dei soggetti, i livelli di non autonomia, il contesto familiare e sociale, la presenza di molteplici problemi che investono la vita quotidiana e l'organizzazione familiare e sociale, concorrono a delineare un quadro di estrema eterogeneità della domanda, cui attualmente non fa riscontro una sufficiente capacità dell'offerta di fornire risposte articolate e adattabili alla soggettività del bisogno.

La presente direttiva, prevista dall'articolo 4, comma 1, lettera a) della legge regionale n. 41/96, che deve intendersi quale strumento propedeutico alla pianificazione integrata in materia socio-assistenziale e sanitaria, si propone di fornire linee guida finalizzate **a raggiungere livelli uniformi di assistenza**, mediante **la realizzazione di una «rete» in cui servizi generali e specifici, risorse e solidarietà siano opportunamente integrati e orientati verso interventi flessibili ed articolati.**

Per il perseguimento degli obiettivi sopra accennati risulta fondamentale:

- realizzare una stretta connessione tra i servizi specifici rivolti alle persone handicappate e la generalità delle risorse offerte dal territorio, nella considerazione che l'handicap è il risultato dell'inadeguato superamento delle problematiche derivanti dalla disabilità, e che tale effetto è determinato anche dal contesto socio-ambientale;

- assicurare, per tutto l'arco dell'esistenza della

persona handicappata, la continuità del processo riabilitativo e di integrazione «nella normalità», nella considerazione che la cultura dell'integrazione è acquisizione consolidata - sia nelle istituzioni che nelle famiglie - nei confronti dei minori, mentre è ancora accentuata la differenza fra «vita normale» e realtà vissuta dal disabile quando questi abbia raggiunto l'età adulta.

Fermo restando che non appare opportuna la fissazione di modelli rigidi cui i servizi debbano adeguarsi, preferendosi piuttosto definire criteri di «buona qualità» e requisiti dei processi organizzativi, con la presente direttiva si intende tracciare un percorso che, partendo dall'analisi critica dell'attuale quadro dell'offerta, evidenzia lo scostamento del medesimo rispetto al sistema introdotto dalla legge regionale n. 41/96 e individui, quindi, adeguate modalità di «avvicinamento» del sistema esistente a quello prefigurato dalla medesima legge regionale.

Le verifiche, che saranno effettuate periodicamente, consentiranno di monitorare il processo di cambiamento, eventualmente apportandovi opportune integrazioni.

2. ANALISI DELL'ATTUALE OFFERTA

Équipe multiprofessionali operano nelle due realtà provinciali di Gorizia e Pordenone con compiti e funzioni analoghe a quelle attribuite dalla legge regionale n. 41/96 all'équipe multidisciplinare distrettuale.

Sono state attuate, inoltre, iniziative sperimentali di lavoro d'équipe in altri ambiti territoriali, a seguito dell'approvazione del citato accordo di programma.

Prestazioni inerenti il sostegno socio-assistenziale scolastico sono fornite in maniera diffusa su tutto il territorio regionale, anche se si rileva una certa disomogeneità nelle modalità di intervento da parte dei Comuni, che vanno da una prestazione minima consistente nell'erogazione alla famiglia di contributi finalizzati, ad una programmazione di interventi organizzati sulla base delle reali necessità, ed in raccordo con gli altri soggetti istituzionali interessati.

Anche per quanto attiene l'inserimento scolastico degli alunni portatori di handicap, regolamentato dalla legge 104/92 e dal D.P.R. 24 febbraio 1994, la realtà regionale presenta una diversità di approccio conseguente a diversi modelli culturali ed operativi.

Si evidenzia al riguardo la presenza in Regione di una scuola elementare avente particolari finalità con sedi a Udine e a Cervignano, e di scuole con supporti specialistici inserite in Istituti speciali, presso l'istituto medico pedagogico «S. Maria dei Colli» di Fraelacco e presso l'Associazione «La Nostra Famiglia», sedi di Pasian di Prato e di San Vito al Tagliamento.

Attività volte all'integrazione delle persone handicappate nella normalità sono attuate su tutto il territorio regionale. Peraltro la distribuzione di tali interventi non risulta uniforme. Si evidenziano infatti carenze nel territorio della Provincia di Udine e nelle aree montane, in generale. Per quanto attiene l'utenza, le attività menzionate sono rivolte per lo più ai minori.

Sono operanti 5 **servizi di inserimento lavorativo**, 2 nella provincia di Udine ed 1 per ogni altra provincia, regolamentati dalla legge regionale 17/1994 e relativo progetto obiettivo, cui si fa rinvio.

Funzionano circa 40 **centri diurni** con diverse denominazioni (socio-riabilitativi-educativo-occupazionali, di educazione permanente), gestiti sia dal pubblico che dal privato - sociale.

I centri attualmente operanti in Regione presentano forti disomogeneità in riferimento alla tipologia dell'utenza, al rapporto operatori/utenti, al percorso formativo degli operatori, all'indice di utilizzo dei centri, ai programmi, all'orario, al riconoscimento sanitario delle finalità terapeutico-riabilitative.

La diversità dei modelli organizzativi e delle attività realizzate nei Centri non costituisce di per sé una connotazione negativa perché le finalità perseguite sono quelle di favorire con ogni mezzo la riabilitazione della persona handicappata e la sua integrazione nel contesto territoriale, fermo restando che l'ampia discrezionalità operativa consentita deve, comunque, **garantire la qualità dei livelli assistenziali**.

Dall'analisi della distribuzione dei centri sul territorio regionale, risulta una maggior diffusione di tali strutture nei territori corrispondenti alle Aziende per i servizi sanitari n. 1 e n. 2, mentre nei territori delle restanti Aziende i centri sono in numero minore e concentrati in alcune aree, lasciando di conseguenza vaste zone scoperte.

L'offerta residenziale si presenta in regione con varie tipologie, secondo l'analisi come di seguito articolata. I requisiti strutturali e organizzativi della medesima sono disciplinati dal «Regolamento di esecuzione, previsto per le strutture di accoglimento residenziale per finalità assistenziali, dai commi 3 e 4 dell'articolo 15 della legge regionale 19 maggio 1988, n. 33» approvato con D.P.G.R. 14 febbraio 1990, n. 083/Pres. Si precisa, in proposito, che non tutte le strutture presenti sono in possesso dei requisiti prescritti dal Regolamento medesimo.

Soluzioni abitative varie

Nel territorio regionale opera un numero notevole di comunità alloggio che, tranne casi sporadici, riferiti a strutture di norma rivolte a disabili fisici, non hanno le caratteristiche di cui al menzionato regolamento.

Trattasi di servizi nuovi, molto diversi fra loro, sorti come risposta contingente al fenomeno dell'allungamento della vita media delle persone handicappate e conseguente venir meno della possibilità di assistenza da parte del nucleo familiare che, in parte, seppur provvisoriamente, operano in regime di deroga alla specifica regolamentazione.

La tipologia degli utenti è molto diversificata e non certamente comprimibile nel concetto di «disabilità lieve»; detti servizi sono organizzati in modo da assicurare una forte interazione con il territorio e l'utilizzo integrato degli altri servizi esistenti, in primo luogo con i Centri diurni.

Nel complesso questi servizi sono da considerarsi una «ricchezza», che la legge regionale n. 41/96 quando, all'articolo 6, comma 1, lettera g), ha specificatamente introdotto le soluzioni abitative protette, ha voluto considerare e valorizzare.

Centri residenziali per gravi e gravissimi

Sul territorio regionale esistono due centri residenziali per handicappati gravi e gravissimi, uno nella Provincia di Pordenone e uno nella Provincia di Trieste, a fronte delle quattro strutture - una per provincia - previste dal progetto obiettivo «Centri e residenze sociali per handicappati gravi e gravissimi» approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 3940 del 24 agosto 1989, le cui caratteristiche rispondono alle disposizioni contenute nel D.P.G.R. n. 083/1990.

È prevista la prossima apertura nella Provincia di Gorizia di un Centro in una Comunità rivolta ad un'utenza grave, che sta adeguando la propria organizzazione interna, prevedendo l'attivazione di un modulo ad alta intensità assistenziale avente i requisiti previsti dal Regolamento sopra menzionato.

Istituti per disabili

Quale ulteriore risposta al bisogno di residenzialità, operano in Regione tre strutture, di natura privatistica, e precisamente: a Medea, l'Istituto psicopedagogico «Villa S. Maria della Pace», a Fraelacco, l'Istituto medico pedagogico «S. Maria dei Colli» ed a S. Maria La Longa il «Piccolo Cottolengo di Don Orione», che accolgono anche utenza grave e gravissima, con disabilità dovuta ad un deficit psichico e/o fisico, in molti casi oramai cronicizzato.

Gli ospiti di detti istituti necessitano con continuità di prestazioni sanitarie che non sempre sono sufficientemente garantite dal S.S.R. Nel solo caso dell'Istituto di Fraelacco esiste una convenzione ex articolo 26 della legge 833/78.

Va sottolineato che le predette strutture non sono del tutto assimilabili. Gli Istituti di Medea e di Fraelacco pre-

sentano una più rilevante connotazione riabilitativa e si caratterizzano per i servizi diurni rivolti anche ad utenza non residenziale e per la minore ricettività. L'Istituto di Fraelacco, che come già detto dispone di una scuola elementare interna, accoglie anche bambini.

Per completezza di esposizione, va infine segnalata la presenza in Regione di strutture private - già convenzionate con le Aziende sanitarie - che erogano, a favore delle persone handicappate, prestazioni di tipo riabilitativo sanitario e che, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 41/96, concorrono alla realizzazione degli obiettivi della legge medesima, nell'ambito delle competenze esercitate secondo la normativa vigente. Considerata la necessità di un approccio globale alla problematica della persona handicappata, queste strutture sono caratterizzate dalla integrazione fra i contenuti riabilitativi sanitari e gli aspetti di valenza sociale ed educativa che, in alcuni casi, assumono proporzioni rilevanti.

L'articolo 25 della legge regionale n. 41/96 prevede esplicitamente che venga effettuata una verifica in ordine all'effettivo apporto dei presidi di rilevanza regionale gestiti dal privato sociale alla rete dei servizi, al fine di una loro considerazione nell'ambito della nuova pianificazione regionale integrata in materia socio-assistenziale e sanitaria.

Personale

Presso le strutture e i servizi sopra elencati, operano attualmente unità di personale con funzioni socio-educative e unità di personale con mansioni socio-assistenziali.

Con riferimento alle figure **socio educative**, va puntualizzato che, in carenza di specifici corsi di formazione, il personale attualmente in servizio è per lo più in possesso del solo titolo di studio di scuola secondaria di secondo grado, cui generalmente si aggiungono percorsi formativi di varia durata che si possono così individuare:

- corsi promossi e organizzati da altre Regioni;
- corsi di aggiornamento a carattere teorico-pratico organizzati da Enti pubblici o soggetti privati operanti nel settore;
- corsi di specializzazione per insegnanti di sostegno.

Detto personale, provvisto di maturata esperienza acquisita «sul campo» e di forte motivazione, costituisce una risorsa fondamentale ed indispensabile, al fine di garantire la continuità delle prestazioni nella difficile fase di transazione, dal previgente al nuovo sistema.

Le figure **socio assistenziali** sono di norma in possesso degli attestati di qualifica di addetto ai servizi tutelari (ADEST) o di operatore tecnico di assistenza (OTA).

3. CRITERI ORGANIZZATIVI E STANDARD

Nell'applicazione dei criteri organizzativi di seguito formulati, articolati per tipologia di interventi, cui faranno riferimento sia le strutture attualmente esistenti che quelle di nuova istituzione, **dovrà porsi il massimo impegno perché siano assicurati i collegamenti fra i servizi e messe in atto modalità di raccordo, al fine di pervenire ad un assetto organizzativo sistemico.**

Dipartimento funzionale per l'handicap

Trattasi, secondo il modello definito dal Piano regionale di intervento a medio termine, di struttura organizzativa di tipo «orizzontale» di aggregazione di aree funzionali omogenee, finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi che richiedono la cooperazione di più unità operative, anche appartenenti ad Aziende ed Enti diversi.

Nello specifico, al dipartimento per l'handicap devono afferire funzionalmente tutti i servizi interni alla Azienda che, nell'espletamento delle attività di propria competenza intervengono a favore delle persone handicappate.

Le Aziende per i servizi sanitari sviluppano altresì opportune interrelazioni con le aziende ospedaliere, gli istituti scientifici, le università, le strutture sanitarie private accreditate ed i centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 833/78, al fine di disciplinare la partecipazione coordinata e integrata di dette istituzioni alla rete dei servizi per l'handicap, sino a dar luogo, ove ne ricorrano le condizioni, alla costituzione di dipartimenti interaziendali.

Il dipartimento svolge funzioni di coordinamento e di integrazione dell'attività dei servizi menzionati, per assicurare uniformità di approccio e trattamento, nonché costante, reciproca informazione e aggiornamento sulle tipologie e metodologie d'intervento.

Detta struttura mantiene, in modo particolare, i raccordi con i servizi dell'area (o ove esistente, del dipartimento) materno infantile, con il dipartimento della prevenzione e con il dipartimento per la salute mentale.

Équipe multidisciplinare

L'équipe prevista dall'articolo 8 della legge regionale n. 41/1996 rappresenta il punto di riferimento della intera rete dei servizi, delle comunicazioni e dei rapporti che si devono instaurare fra i soggetti tenuti a soddisfare i bisogni sanitari e socio-assistenziali delle persone handicappate. La sua composizione «multidisciplinare» che integra le due componenti sociale e sanitaria, e, all'interno di queste, professionalità diverse, prefigura l'unitarietà operativa dell'approccio alla peculiarità e complessità delle problematiche presentate dall'utenza considerata.

Attività e organizzazione

L'équipe si fa garante della presa in carico del caso, della valutazione dei bisogni, della elaborazione del progetto di vita individualizzato e globale che vede l'handicappato e la sua famiglia partecipi e protagonisti al massimo livello possibile, nonché della continuità degli interventi. A tal fine l'équipe propone l'accesso dell'utente ai vari servizi.

Nell'attuazione del progetto individuale l'équipe e gli altri servizi che vi concorrono, operano in rete, concordando la sinergia delle azioni mediante l'attivazione di un flusso d'informazione costante, la definizione di obiettivi comuni, la revisione delle esperienze e la valutazione dei risultati.

In tale contesto sono definiti appositi protocolli operativi fra i diversi servizi per la tenuta e l'aggiornamento dei dati, anche per evitare il rischio di possibili sovrapposizioni degli interventi.

Particolare attenzione sarà posta per garantire la coerenza e la continuità degli interventi nella fase successiva al superamento dell'età dell'obbligo scolastico tenuto conto delle mutate condizioni di vita e dei conseguenti diversi bisogni.

Personale

L'articolo 8 della legge regionale n. 41/96 individua puntualmente le figure professionali che devono essere presenti in ogni équipe.

Ai fini della costituzione delle équipes, ogni Azienda provvederà alla indicazione della componente sanitaria individuandola, eventualmente, anche tra soggetti non dipendenti dalla stessa Azienda, previa stipula di apposite convenzioni. Per quanto riguarda la componente socio-assistenziale, l'Azienda richiederà ai Comuni del territorio di riferimento l'individuazione degli operatori che saranno posti alle dipendenze funzionali dell'Azienda stessa.

Nella composizione numerica della predetta unità operativa, dovrà tenersi conto del numero degli abitanti del distretto di pertinenza, del numero effettivo di utenti e della tipologia degli stessi, del bisogno stimato, della densità territoriale della popolazione e delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio.

In relazione alla specifica situazione locale sarà valutata l'opportunità della assegnazione delle singole figure professionali all'équipe, a tempo pieno o a tempo parziale.

Con riferimento alla specificità della funzione educativa si sottolinea la necessità che, nella trattazione dei progetti di intervento, sia garantita la partecipazione ai lavori dell'équipe dell'educatore direttamente coinvolto nell'attuazione dei progetti stessi.

Sede

L'équipe deve disporre, nel territorio del distretto di appartenenza, di una o più sedi, con ubicazioni facilmente individuabili e accessibili.

In fase di prima applicazione della legge, nelle more della valutazione e della stima del bisogno reale e, di conseguenza, dell'effettivo carico di lavoro, potrà essere ammessa la costituzione dell'équipe in numero inferiore a quello stabilito dalla legge, purché sia garantita l'attività in tutti i distretti, e senza pregiudizio per i livelli di assistenza.

Interventi a sostegno dell'integrazione sociale (articolo 6, lett. a), b), c) e d))

Questi interventi, gestiti dai Comuni in forma associata nell'ambito territoriale del distretto di pertinenza, devono intendersi quali strumenti tesi a favorire la massima integrazione delle persone disabili nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza. A tal fine vanno utilizzate tutte le opportunità che il territorio offre in termini di servizi, sia scolastici che culturali e sociali, per il tempo libero e lo sport.

Attività e organizzazione

Le specifiche attività, gestite e coordinate dal Servizio sociale dei comuni, sono:

- sostegno socio assistenziale in ambito scolastico;
- attività integrativa socio educativa negli asili nido, nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché in ambito extrascolastico;
- servizio di aiuto personale (ex articolo 9 della legge n. 104/92 e articolo 14 della legge regionale n. 41/96), funzionalmente collegato con il servizio di assistenza domiciliare, con interventi mirati alla soddisfazione di interessi individuali professionali, di studio, di tempo libero;
- attivazione e sostegno di modalità individuali di trasporto. Al riguardo si richiamano le disposizioni di cui alla legge regionale n. 27/96 «Norme per il trasporto di persone mediante servizi pubblici automobilistici non di linea».

Per la realizzazione degli interventi descritti si precisa che:

- gli operatori devono essere adeguatamente preparati e costantemente aggiornati sulla materia socio educativa e assistenziale;
- deve essere evitata la continua rotazione dei singoli operatori. A questo riguardo si sottolinea l'importanza per l'utente di instaurare un rapporto stabile con le persone che di lui si occupano.

La gestione di questi servizi può opportunamente avvenire anche tramite convenzioni con idonei soggetti

privati in grado di garantire l'ottemperanza alle indicazioni di cui sopra.

Per quanto attiene le attività integrative per l'età evolutiva, in ambito scolastico ed extrascolastico, va altresì precisato che:

- per gli interventi mirati a favorire la partecipazione ad attività ricreative, quali forme di spettacolo, gite, mostre di vario tipo, è fondamentale l'organizzazione in piccoli gruppi (massimo 10 persone) ben guidati e assistiti;

- per quanto attiene al turismo e alle vacanze vale quanto sopra esposto circa l'organizzazione in gruppi limitati, privilegiando normali strutture turistiche (campeggi - ostelli - alberghi), utilizzando operatori pubblici (2 o 3 ogni 10 persone), coadiuvati da personale volontario;

- è opportuna l'attivazione di punti di riferimento cui possono rivolgersi sia le persone handicappate e i loro familiari, sia le associazioni e le organizzazioni di volontariato;

- detti interventi, gestiti con le forme sopra specificate, possono trovare l'attiva collaborazione del volontariato e dell'associazionismo, nell'ambito delle proprie specifiche funzioni;

- deve essere assicurata, da parte dei volontari, continuità e regolarità. Non va dimenticato che l'aiuto viene fornito, oltre che alle persone handicappate, alle famiglie, i cui problemi, notevoli e pesanti nell'assistenza al congiunto, non trovano alcun giovamento in iniziative estemporanee, ma necessitano di attività continuativa, seppure limitata negli orari, per permettere una migliore organizzazione del tempo e delle forze.

Aiuto personale

Detto servizio, finalizzato a favorire l'autonomia personale dell'utente disabile nel proprio ambiente di vita e ad evitare, o almeno ridurre, il rischio di isolamento e di emarginazione, richiede prestazioni molto varie, atte a consentire la vita di relazione, la modalità e le normali opportunità di socializzazione.

Tale tipologia di intervento deve porsi, altresì, quale valido supporto alle famiglie in condizioni di particolari difficoltà, anche temporanee. Per tali caratteristiche il servizio, che comporta il contatto degli operatori con persone, ambienti e problemi appartenenti alla sfera più privata dell'utente, riveste grande delicatezza ed abbisogna, quindi, di modalità di intervento che tengano in particolare conto la sua specifica natura.

Le figure professionali coinvolte sono di formazione socio assistenziale e socio educativa. È opportuno attivare un costante collegamento funzionale con il volontariato organizzato, previa adeguata formazione dei volontari, per le motivazioni sopra illustrate.

Lo standard di personale da quantificare in base alle singole realtà, è orientativamente indicato in 2 - 3 operatori ogni 50.000 abitanti.

Va ribadito, in relazione alle attività di cui trattasi, quanto espresso in premessa, in termini più generali, a proposito della connessione tra i servizi specifici rivolti alle persone handicappate e le risorse del territorio.

Si ritiene, infatti, che un efficace avvio delle modalità operative sopra descritte non possa prescindere da una lettura delle opportunità e risorse già presenti sul territorio ai fini di un adeguato utilizzo delle medesime per l'integrazione «nella normalità» delle persone handicappate.

A tal fine, soprattutto per quanto riguarda l'utenza adulta, si sottolinea l'importanza dell'attivazione del servizio di aiuto personale.

Per quanto riguarda nello specifico le prestazioni inerenti il sostegno socio assistenziale scolastico si deve superare l'erogazione degli interventi economici finalizzati, mediante l'organizzazione di attività coordinate gestite direttamente dal Servizio sociale dei Comuni.

Il superamento dell'età dell'obbligo scolastico, quale che sia l'esito da un punto di vista strettamente didattico, rappresenta un passaggio importante nella vita della persona disabile. Per questa utenza gli interventi potranno orientarsi:

- al sostegno dei soggetti che possono e intendono proseguire gli studi;
- al Servizio per l'inserimento lavorativo (vedi legge regionale 17/94);
- ai circuiti della formazione professionale ordinaria o speciale;
- ai centri diurni.

Per gli interventi di cui ai primi tre allinea si fa rinvio alle normative di settore e a quanto indicato al titolo precedente della presente direttiva.

Centri socio-riabilitativi ed educativi diurni

I Centri socio riabilitativi e educativi diurni rappresentano lo strumento che consente alla persona handicappata la prosecuzione, senza soluzione di continuità, dell'opera di integrazione e socializzazione precedentemente avviata, nonché il recupero delle potenzialità ancora presenti per il raggiungimento del maggior grado possibile di autonomia. In tale ottica non devono considerarsi meta definitiva per gli utenti.

Ai fini di perseguire con efficacia i predetti obiettivi, i Centri non devono limitarsi a svolgere attività interna, ma piuttosto interagire con le altre risorse esistenti sul territorio, quali servizi culturali, ricreativi, sportivi e altre attività gestite sia da enti pubblici che privati, valorizzandole quali opportunità di socializzazione. Nella

stessa ottica i centri medesimi devono per quanto possibile «aprirsi» organizzando iniziative che li rendano visibili e conosciuti al territorio in cui insistono in modo da essere identificati dalla collettività fra le risorse del territorio stesso.

- Funzioni

I Centri Diurni svolgono le seguenti specifiche funzioni:

Sociale, volta al recupero e alla promozione sociale della persona, finalizzata anche al mantenimento della stessa nell'ambito della famiglia e nel contesto sociale di riferimento.

La funzione sociale, partendo dall'analisi del bisogno individuale e del contesto socio ambientale, determina le condizioni favorevoli per l'assolvimento delle altre funzioni peculiari, riabilitativa ed educativa, indicate dalla legge 104/92, e conferisce al centro un ruolo di contrasto quanto meno temporale, al ricovero.

Riabilitativa al fine di realizzare il massimo recupero possibile delle potenzialità o il mantenimento delle autonomie acquisite, avvalendosi del complesso di azioni coordinate e integrate di natura sanitaria e socio-assistenziale.

Educativa, preordinata a svolgere azioni finalizzate a sviluppare conoscenze, abilità e attitudini di tipo comunicativo e sociali, funzionali a forme gratificanti di vita di relazione; l'azione viene estesa anche nei confronti dell'ambiente esterno per la creazione di spazi e di condizioni di accettazione della comunità di riferimento, con particolare attenzione agli ambienti sportivi, sociali e culturali.

Assistenziale, volta a garantire prestazioni di base rivolte alla cura e sicurezza della persona e a rendere possibile lo svolgimento della vita quotidiana nelle varie situazioni.

- Attività e organizzazione

I Centri diurni, devono prevedere interventi socio-riabilitativi e assistenziali idonei a soddisfare i bisogni degli utenti, attuando, tra l'altro, le seguenti attività:

- educative rivolte all'autonomia personale;
- di socializzazione;
- educative con significato prevalentemente psico-motorio;
- educative con significato prevalentemente occupazionale;
- mirate al mantenimento del livello culturale raggiunto;
- di tipo terapeutico-riabilitativo.

I Centri, con riferimento alla funzione educativa, devono poter garantire in caso di necessità, l'assistenza a domicilio.

Gli interventi sanitari per la cura e la riabilitazione, che non siano forniti dalla équipe multidisciplinare, sono assicurati dalla A.S.S. competente, ai sensi dell'articolo 7 della legge 104/1992.

Considerate le funzioni attribuite ai centri diurni e le attività che gli stessi devono svolgere, si ritiene adeguata l'attivazione di un centro per un bacino di utenza di almeno 20.000 abitanti.

Considerato che il perseguimento della massima integrazione delle persone handicappate con il contesto di appartenenza presuppone una ricettività ridotta dei centri diurni, la stessa, che può variare in relazione alla tipologia dell'utenza, deve essere contenuta entro le 20-25 unità, come peraltro emerge dall'orientamento nazionale.

L'eterogeneità di patologie e di problematiche richiede la programmazione di attività diversificate per moduli indicativamente composti da 6-8 utenti.

La necessità di garantire il collegamento dell'utenza con il proprio ambito di vita consiglia un'articolazione dei centri diffusa sul territorio dell'A.S.S., secondo il carico assistenziale delle singole zone.

L'orario di funzionamento deve essere garantito per non meno di 7 ore giornaliere e di massima per 5 giorni nella settimana; l'eventuale prolungamento al 6° giorno sarà valutato in base a situazioni socio-assistenziali gravi sotto il profilo familiare e non necessariamente per tutti i Centri.

Nel corso dell'anno deve essere assicurata l'apertura per almeno 44 settimane; la chiusura dei centri deve avvenire comunque in forma articolata con opportuna rotazione delle attività, che garantisca all'utenza, in caso di bisogno, la frequenza di centri ubicati in zone limitrofe.

Va inoltre prevista la possibilità di utilizzo flessibile della struttura da parte degli utenti e cioè consentita la frequenza non continuativa o per fasce orarie o secondo altre modalità coerenti con i bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie.

Utenza

L'utenza è costituita da portatori di handicap medio grave, grave, gravissimo di età superiore ai quattordici anni.

Personale

Il rapporto operatori/utenti può variare in relazione alla tipologia dell'utenza medesima. Tale rapporto, con riferimento alle qualifiche di educatore, istruttore e ope-

ratore socio assistenziale (OTA, ADEST), deve tendenzialmente essere di 1 operatore ogni 2 utenti.

L'organico degli operatori distinti per qualifica e quantità deve essere rapportato al numero degli ospiti, alla qualità delle azioni erogabili secondo un criterio di efficienza e di efficacia.

Il personale è composto dagli educatori, dagli istruttori e dagli operatori socio assistenziali, coordinati da un responsabile.

I servizi generali (cucina, guardaroba, lavanderia, pulizie, trasporti...) possono essere garantiti direttamente ovvero avvalendosi di soggetti esterni.

Deve essere assicurata, agli operatori dei Centri diurni, la frequenza di corsi di aggiornamento mirati.

Caratteristiche strutturali

La struttura deve presentare tutti i requisiti di idoneità (accessibilità, fruibilità, igienicità) e di sicurezza previsti per le strutture di accoglienza comunitaria di persone disabili.

Dovranno riscontrarsi, di norma, le seguenti caratteristiche:

- dislocazione che consenta una adeguata integrazione con il tessuto urbano circostante;
- collegamento assicurato da servizi pubblici, accessibili e fruibili;
- in carenza di un regolare servizio assicurato da mezzi pubblici, deve essere garantito un servizio di trasporto individuale o collettivo, dal domicilio dell'utente al Centro;
- assenze di barriere architettoniche;
- articolazione in spazi collettivi e servizi generali;
- possibilità di utilizzo flessibile degli spazi che consenta attività modulate;
- disponibilità di un adeguato locale per i pasti e per attività di gruppo; servizi igienici attrezzati e adeguati al numero degli utenti (almeno 1 ogni 10 utenti); un servizio igienico per il personale.

In fase di prima applicazione della presente direttiva va innanzitutto verificata la capacità di risposta dell'attuale offerta al bisogno di servizio degli utenti

Ove l'offerta si rivelasse inadeguata o insufficiente dovrà procedersi nell'ordine:

- *ad una riorganizzazione delle strutture esistenti al fine di un migliore utilizzo degli spazi e conseguente aumento della capacità ricettiva;*
- *ad una riorganizzazione delle attività, accompagnata, se del caso, ad un incremento del numero di operatori;*
- *all'apertura di nuovi centri.*

Le strutture già funzionanti con un numero di utenti superiore allo standard precedentemente indicato, dovranno predisporre un piano di graduale rientro prevedendo, per l'immediato, una riorganizzazione dell'attività per moduli.

Residenzialità (articolo 6, lettere g) e h)

Quando lo stato di persona handicappata si associa ad una situazione di «assenza» della famiglia, temporanea o definitiva, volontaria o involontaria, può rendersi necessario un intervento a tempo pieno, che copra la tutela della persona per tutto l'arco delle 24 ore.

La domanda in questi casi risulta estremamente diversificata e richiede altrettanta varietà nell'offerta di servizi, volendo rispettare al massimo l'obiettivo di fornire interventi mirati e individualizzati.

Non può non tenersi conto, in proposito, che molto spesso il nucleo familiare della persona handicappata adulta è costituito da genitori anziani che inevitabilmente presentano sempre maggiori difficoltà nella «gestione» del figlio disabile e quindi maggior necessità di sostegno da parte delle istituzioni.

La legge regionale n. 41/1996, all'articolo 6 prevede due tipologie di risposta alla richiesta di residenzialità:

- centri residenziali per gravi e gravissimi;
- soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione.

Centri residenziali per gravi e gravissimi

Per quanto attiene i centri residenziali per «gravi e gravissimi» si fa rinvio allo specifico regolamento (DPGR n. 83/90).

Da un punto di vista programmatico si ritiene tuttora valida l'indicazione contenuta nel progetto obiettivo approvato con delibera della Giunta regionale n. 3940/1989, che prevede nella Regione 4 centri per gravi e gravissimi.

A fronte della già rilevata presenza dei centri di Trieste e Pordenone e della prossima apertura di uno specifico modulo all'interno della comunità alloggio di Gorizia, permane la necessità di attivare tale struttura nella Provincia di Udine individuando, tra le risorse esistenti, quella che, opportunamente adeguata alle disposizioni dello specifico regolamento, possa assumere le funzioni di centro per gravi e gravissimi.

Soluzioni abitative protette

Tra le soluzioni abitative protette rientrano le comunità alloggio ed il servizio di pronta accoglienza per la regolamentazione dei quali si rinvia nuovamente al D.P.G.R. n. 83/1990.

Con atto modificativo del predetto regolamento verrà introdotta l'ulteriore tipologia del gruppo appartamento per persone handicappate, con le seguenti caratteristiche strutturali e organizzative:

Gruppi appartamento per persone handicappate

- Definizioni e caratteristiche

Il gruppo appartamento è un servizio residenziale destinato alla convivenza di un numero limitato di utenti adulti (massimo 6).

Gli ospiti devono essere responsabilizzati a partecipare con il loro contributo personale all'organizzazione ed alla gestione della vita comunitaria; devono peraltro essere garantite attività di supporto alla vita quotidiana e di potenziamento delle autonomie acquisite e/o residue.

- Destinatari

Il gruppo appartamento è destinato a persone handicappate affette da minorazioni fisiche-psichiche o sensoriali con discreta autonomia e autosufficienza, possibilmente inseriti al lavoro, o frequentanti quotidianamente altri servizi diurni, privi della famiglia, o che non possono/non desiderano, vivere nella propria.

- Personale

Deve venir prevista una presenza programmata di educatori e addetti all'assistenza di base nonché, comunque assicurata la presenza di un operatore durante la notte.

- Articolazione della struttura

Il gruppo appartamento si caratterizza come un alloggio di civile abitazione, che deve presentare tutti i requisiti di idoneità (accessibilità - fruibilità - igienicità) e di sicurezza previsti per le strutture di accoglienza comunitaria di persone disabili.

Di norma deve essere ubicato in centro abitato servito da mezzi pubblici e da servizi commerciali e ricreativi.

Per quanto attiene l'articolazione degli spazi, devono essere previste:

Spazi individuali

- Camere da letto singole o doppie;
- Stanza per l'operatore;

Servizi generali e spazi comunitari:

- Una zona soggiorno;
- Una zona pranzo-cucina;

Servizi igienici:

- Servizi igienici attrezzati in numero minimo di uno ogni quattro persone;
- Servizio igienico ad uso del personale.

Per quanto riguarda le procedure per l'ottenimento dell'attestazione di idoneità al funzionamento delle strutture già funzionanti si rinvia all'articolo 3 del più volte citato regolamento. Le relative domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre 1997.

Istituti per disabili

Facendo riferimento a quanto già detto al capitolo concernente l'analisi dell'attuale offerta, si ritiene necessario programmare un graduale adeguamento degli Istituti alla nuova realtà dei servizi per disabili definendo altresì per ogni struttura l'incidenza dell'intervento sanitario in rapporto all'attività globale.

In tale ottica è prevista una riorganizzazione delle strutture abitative in moduli, con un minimo di 10 posti ed un massimo di 20 e comunque per un massimo di 120 posti complessivi; ove il numero degli utenti superi detto limite, sarà predisposto un piano di graduale rientro nello standard indicato. Anche le attività andranno riorganizzate in moduli articolati in base alla tipologie degli utenti per consentire risposte diversificate e adeguate agli specifici bisogni.

Al fine della integrazione dovrà essere promossa la massima partecipazione degli utenti alla «gestione domestica» e favorita, ove possibile, la fruizione esterna dei servizi di base socio-sanitari.

Si tratterà quindi di mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari per giungere ad una riconversione degli istituti e ad un loro inserimento a pieno titolo nella rete dei servizi per l'handicap.

Personale

Il personale da acquisire per lo svolgimento di funzioni educative, in attesa che il profilo sia disciplinato nelle sedi ministeriali competenti, deve essere in possesso del titolo di studio di scuola media di secondo grado e di attestato di abilitazione professionale a compiti educativi.

Il personale da acquisire per le funzioni socio-assistenziali deve essere in possesso di apposito attestato di qualifica di addetto ai servizi tutelari (ADEST) o di operatore tecnico di assistenza (OTA).

Per il personale già in servizio, privo dei titoli suddetti, sarà previsto un piano di riqualificazione sul lavoro.

VISTO:IL PRESIDENTE: CRUDER
VISTO:IL SEGRETARIO: BELLAROSA