

Egregio dott. Marco Trivelli
Direttore Generale
Assessorato al Welfare
Regione Lombardia

Oggetto: Richiesta incontro e prime osservazioni in merito alla DGR 3226 del 9 giugno 2020

Egregio Direttore,
per prima cosa ci preme portarle il nostro saluto nel nuovo e delicato ruolo di Direttore Generale di un Assessorato, qual è quello al Welfare, così strategico per il benessere dei cittadini e cittadine lombarde e così importante anche per la rete dei servizi socio sanitari e sociali che noi rappresentiamo.

Ci permettiamo di rivolgerle da **subito la richiesta di un incontro reso urgente dall'approvazione della DGR 3226 dello scorso 9 giugno**, che presenta, a nostro avviso, rilevanti criticità non solo in merito alla sua applicazione, ma anche in merito ai diritti delle persone che assistiamo nelle nostre diverse strutture; alcune di queste criticità sono peraltro condivise anche dalle ATS con le quali ci siamo confrontati in questi giorni.

Il primo punto critico, che avevamo più volte segnalato all'Assessorato, è **non aver tenuto conto della specificità dei diversi servizi residenziali**; le nostre richieste di prevedere atti distinti per la varie tipologie di Unità di Offerta sono rimaste inascoltate. La matrice della DGR, ispirata alla gestione ospedaliera e pensata per strutture di grandi dimensioni, partendo dagli interventi per le RSA, viene estesa a tutta la filiera dei servizi per le persone con disabilità e fragilità di diverse età e con diverse tipologie di menomazioni e compromissioni. Pensare di garantire sicurezza e dignità applicando le stesse regole a persone ultraottantenni con diverse patologie e a persone minori, giovani, adulte, (ad, es. con disabilità intellettiva, con problemi di dipendenza, di salute mentale, etc..) significa ignorare la pluralità dei bisogni della cui risposta le UdO hanno fatto uno dei punti di forza del sistema socio-sanitario lombardo.

La seconda criticità, strettamente collegata alla prima, sta nel **non riconoscere la prioritaria vocazione sociale e inclusiva delle strutture socio sanitarie**. Dove "socio" sta per la cifra sociale, cioè inclusiva, di legame con territorio e famiglia. Ci sembra grave che, per "ripartire in sicurezza" (obiettivo di tutti) la DGR non rispetti né il diritto alla libertà delle persone, né si preoccupi del diritto agli affetti famigliari delle persone con fragilità.

Da un lato le procedure per i nuovi ingressi, dall'altro il pesante limite imposto per le "uscite" dalle strutture **trasformano le persone in "ricoverati"**, vittime di ingiustificata discriminazione rispetto al resto della popolazione e mettono le strutture socio-sanitarie nell'impossibilità di fatto di adempiere alle finalità e alle funzioni per le quali sono state pensate: riabilitare, accompagnare, sostenere, promuovere autonomia, sviluppare capacità e competenze, promuovere inclusione, oltre che sostenere le famiglie ristabilendo o mantenendo le relazioni.

La DGR riporta indietro di 60 anni tutti i progressi finora fatti in campo sociale e sanitario.

I due punti precedenti rappresentano la critica di fondo a tutta la delibera; seguono poi rilievi specifici su altre questioni controverse e al contempo delicate che produrranno un rallentamento della fase di riavvio con conseguenze negative sulle persone e famiglie nonché sui bilanci, già compromessi, degli enti gestori e che alleghiamo alla presente.

Certi che vorrà accorardarci al più presto un'occasione di incontro, Le rinnoviamo il benvenuto e Le porgiamo un cordiale saluto

Milano, 19 giugno 2020

Alleanza Cooperative Italiane, Welfare Lombardia
Anffas Lombardia
Ceal
CNCA
Ledha

Allegato 1

Accanto alle criticità anticipate nella lettera di richiesta di incontro, rappresentiamo di seguito e nel dettaglio, le maggiori perplessità e criticità.

1) i compiti e gli adempimenti richiesti agli Enti Gestori nella fase di accoglienza di persone candidate all'ingresso nelle UdO residenziali, **esulano dalle finalità di accreditamento e contratto e anziché snellire le liste d'attesa e le preoccupazioni delle famiglie, le rafforzano.**¹

La DGR 3226 infatti stabilisce che ogni UdO si accoli oneri per svolgere:

- a) un'accurata inchiesta volta ad escludere la presenza di sintomi sospetti o di esposizione a casi Sars-Cov-2 nei precedenti 14 giorni e la valutazione della possibilità di effettuare un efficace isolamento domiciliare o l'avvio verso una struttura di ricovero idonea;
- b) farsi parte responsabile nell'esecuzione di eventuale tampone a domicilio e sierologia, nonché della verifica della corretta applicazione dell'isolamento del paziente a domicilio, interpretandone i risultati dei test in ordine all'avvio verso il setting più appropriato;
- c) si dispone, inoltre, che gli utenti risultati positivi al tampone effettuato secondo i percorsi sopra indicati, possono essere indirizzati presso struttura COVID-19 dedicata o ad altre strutture idonee, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari.

Al di là del fatto, non di poco conto, che non è per nulla chiaro quali e dove siano le "strutture sanitarie dove indirizzare eventuali malati COVID-19 riscontrati a domicilio", **tali impegni, quand'anche realizzabili da alcune RSA, sono assolutamente improponibili per le UdO che si occupano di disabilità, dipendenza, salute mentale e neuropsichiatria** che, come Lei ben sa, sono per dimensione, organizzazione del personale, struttura gestionale e amministrativa non in grado di svolgere questi compiti, ma soprattutto perché il bisogno non sempre può attendere tutto quel tempo.

2) Gli Enti Gestori hanno da subito applicato tutte le misure atte a prevenire il contagio da Covid-19 (misurazione temperatura, uso delle mascherine, distanziamento sociale, entrate/uscite differenziate ecc.) **commisurandole tuttavia alla configurazione strutturale degli immobili e degli spazi** (es. non sempre è possibile garantire percorsi diversi per entrata e uscita). Anche la richiesta di isolare in stanze singole con bagno dedicato gli ospiti risultati positivi, pone forti limitazioni nel numero di persone accolte nelle strutture residenziali, senza che via sia alcuna misura economica compensativa, che determina, in aggiunta ai maggiori costi per DPI, sanificazione, incremento del personale, maggiori oneri amministrativi, investimento in una massiccia e costante formazione e informazione, uno squilibrio tra costi/ricavi non più sostenibile. La condizione del distanziamento sociale infatti e la richiesta che *"tutte le strutture siano attrezzate per l'eventuale gestione in sicurezza di casi affetti da COVID-19"* impone una rivisitazione dei locali e della loro conseguente destinazione d'uso; richiesta possibile, fino a che, non impatta con le caratteristiche strutturali degli immobili occupati. Unica alternativa diventa, in tal caso, la riduzione del numero degli utenti accolti rispetto alla capacità ricettiva dichiarata nell'istanza di accreditamento **con la conseguente immediata ricaduta sulla sostenibilità dei servizi stessi.**

¹ Le modalità di accoglienza di un nuovo ospite, o di un ospite di rientro da ricovero ospedaliero: tranne in un caso - forse il più raro -, richiedono molto tempo, probabilmente quasi intorno al mese. Quindi, per esempio, nel caso, molto poco raro, che venga meno il caregiver di una persona con disabilità, che non possa più essere gestita a domicilio, la persona deve restare a casa un mese da sola perché deve scontare la quarantena domiciliare, anche se risultasse completamente negativo a sierologico e tampone(?). Infatti nella DGR è scritto che se si è negativi al sierologico e al tampone, cioè se si è sani, si devono fare 14 giorni di quarantena e poi ripetere di nuovo (!) "sierologico" e tampone.[cfr. pag. 8 step 2, lettera a)] Quindi, bene che vada, passano ben più di 20 giorni. Per entrare in fretta bisogna sperare che il sierologico sia positivo, e tampone negativo, solo così in 2 giorni, con ulteriore tampone negativo si può accedere. Se invece il tampone è positivo e non si può restare al proprio domicilio, si deve venire inviati in "apposite strutture di ricovero a carattere sanitario".

3) Come è già stato messo in risalto, è **contraria ai progetti riabilitativi (ma temiamo anche alla Legge n. 67 del 2006 - misure per la tutela delle persone con disabilità vittime di discriminazioni) la norma che limita fortemente alle persone accolte nelle strutture residenziali di uscire da soli o in gruppo** (anche se con mascherina) e di tornare alle proprie abitazioni. Non si capisce per quale motivo una persona che frequenta un centro diurno possa tornare a casa tutti i giorni, un detenuto ammesso alla fruizione del lavoro all'esterno possa uscire e rientrare tutti i giorni, un bambino possa frequentare i Centri estivi e un ospite della comunità residenziale possa uscire solo in casi eccezionali o con grosse limitazioni. Gli incontri con i parenti nei giardini delle comunità non possono in alcun modo sostituire i ritorni programmati a casa propria (non dimentichiamo che obiettivo della comunità è la "riconsegna" della persona alla propria comunità e/o famiglia, quindi si lavora sulla creazione di legami, sulla rottura dello stigma e dell'isolamento) Il divieto ad uscire è una violazione del diritto di libertà, che è stato giustificato durante la prima fase dell'emergenza ed esteso a tutta la cittadinanza, e oggi colpisce invece solo le persone che ospiti dei servizi. Perché un ospite di una CSS o di una RSD non può, per esempio, andare al parco a mangiare un gelato? A nessuno è più vietato. La partecipazione sociale, è un diritto fondamentale delle persone ed un obiettivo specifico che le UdO devono garantire e attuare. ²

Sottolineiamo, tra i tanti, lo specifico dei servizi della NPIA. Nei servizi residenziali la DGR 3226 non realizza una grande differenza tra Fase 1 o Fase 2: i minori devono essere tenuti in comunità isolati dagli altri quando tutto il resto del mondo riprende a muoversi. Crediamo invece che debbano essere costruiti percorsi sia per l'inserimento con le dovute precauzioni (breve isolamento - esame sierologico – tampone; se tutto risulta negativo iniziare ad inserire nuovi ragazzi), sia per le normali uscite e i rientri a casa nel fine settimana (e non solo nei casi non procrastinabili o per situazioni specifiche e prioritarie) assumendosi **insieme** le responsabilità, e facendo affidamento sulla presa d'atto dei genitori e sulla formazione sia dei familiari che dei ragazzi da parte delle strutture. In virtù delle misure di sicurezza da adottare ci sarà una forte dilatazione dei tempi di attesa – che già ora sono di circa un anno - per una prima valutazione e presa in carico. Potrebbe essere interessante realizzare **una alleanza tra pubblico e terzo settore per cercare, unendo le forze**, di contenere i tempi per il bene dei nostri ragazzi e ragazze e delle loro famiglie.

4) Le attività di gruppo non in tutti i casi possono essere gestite in piccoli gruppi e tanto meno a distanza di 2 metri; distanza peraltro incomprensibile da mantenere 24h su 24h all'interno della stessa struttura residenziale. Ci chiediamo inoltre come sia possibile garantire il distanziamento per le comunità residenziali non h24.

5) Pensare che realtà residenziali quali, ad esempio, le CSS o le comunità terapeutiche per le dipendenze possano garantire la presenza di un **"Referente Covid 19"** affiancato da un **"comitato multidisciplinare"** di supporto nell'ambito delle ICA e del risk management appare irrealistico nonché confusivo rispetto a quanto già indicato (per i servizi semi-residenziali) nella DGR 3183 e risulta di difficile realizzazione oltre ad un ulteriore aggravio di costi. All'interno delle nostre UdO accreditate sono già presenti responsabili di servizio con titoli di studio coerenti con l'accreditamento e quindi competenti in tal senso. Oltre a ciò è presente l'Unità per la gestione dell'emergenza COVID come richiesto da DPCM nella fase 1 dell'emergenza che si

² La regolamentazione molto strutturata richiesta dalla DGR 3226, in cui si prevedono autorizzazioni, permessi e consensi emessi di volta in volta da medici, familiari, enti, accompagnatori depono per un'interpretazione del concetto di presa in carico connotato ancora da una forte valenza assistenzialistica che mal si declina con le nostre realtà. Espressioni quali: *"vanno promosse uscite individuali e l'attività fisica all'interno del perimetro della struttura laddove siano presenti cortili (di ante Basagliana memoria!), giardini, aree esterne all'edificio, ma comunque di pertinenza della struttura..... Le uscite al di fuori del perimetro della struttura vanno costantemente rivalutate alla luce della normativa vigente, e, quando da questa consentito, anche in piccoli gruppi accompagnati da un operatore"*, propongono una visione "custodiale" più che orientata ad un servizio riabilitativo per persone adulte e minori/adolescenti che, seppur fragili, godono di uno spazio di pensiero verso cui si deve prevedere, quantomeno, rispetto.

Volendo interpretare le molte misure richieste dalla DGR come "garanzie di tutela" è bene ricordare che da molto tempo i nostri Servizi vigilano sui temi della sicurezza, sia personale che sociale, delle persone che accolgono; tale prerogativa del nostro modo di operare e di erogare servizi viene, però, conciliata con formule più accettabili di limitazione della libertà individuale, quando si rende necessaria, e sempre ragionevolmente mediate e condivise con gli utenti stessi. Formule di controllo estremo, abbassano sì il margine di rischio, ma minano il rapporto di fiducia e di corresponsabilità costruito con ciascuno di loro. La riflessione va estesa anche al tema delle visite e dei rientri ai domicili.

avvale della collaborazione di RSPP e Medico competente. **Riteniamo pertanto che tali organismi possano essere sufficienti a tutelare lavoratori ed ospiti.** La figura del “Referente Covid 19” è ripresa dal rapporto n.4/2020 dell’ISS; tale rapporto però limita le sue funzioni ad un ruolo di collegamento, non di coordinamento, tra clinica e organizzazione. Quindi una figura del socio sanitario, ma non per forza un medico, con una funzione soprattutto organizzativa e di riferimento, non certo di coordinamento, e soprattutto va prevista solo per RSA e RSD (e non per i servizi diurni, semiresidenziali, o per le strutture a carattere comunitario o familiare).

6) Il Piano organizzativo gestionale previsto dalla DGR 3226 rischia di confliggere con il Progetto di Riavvio previsto dalla DGR 3183 del 26 maggio 2020 relativa ai servizi diurni e semiresidenziali;

7) non riteniamo che, in questo momento di grande complessità, sia saggio avviare un “percorso sperimentale di revisione delle rendicontazioni e relativi flussi, funzionale a nuovi requisiti di accreditamento semplificati, ma comunque di garanzia per l’appropriatezza e la sicurezza delle cure e la sicurezza dei luoghi di lavoro, volto all’applicazione di un “sistema di codifica DRG modificato” dove non già previsto, con superamento delle valorizzazioni per intensità di cura, classificazioni o profili di fragilità (es.: CIA, SOSIA, SIDI, ecc.).”

8) Infine, riteniamo indispensabile, proprio per salvaguardare la salute e la sicurezza degli ospiti attuali e futuri, nonché del personale, **che si proceda celermente all’esecuzione dei test sierologici e dei tamponi sia agli utenti sia agli operatori**, anche dei servizi ambulatoriali SMI a carico del SSR in modo uniforme su tutto il territorio della Regione, evitando la discrezionalità delle singole ATS.

Queste sono alcune delle maggiori criticità che erano state già ampiamente rappresentate all’Assessorato; spiace constatare che, a differenza di quanto raggiunto con la DGR 3183, non ci sia stato lo spazio di un confronto e ascolto reale delle proposte e esigenze poste dalle rappresentanze degli Enti Gestori. Gli Enti Gestori da mesi stanno facendo fronte a crescenti e onerosi obblighi, (oltre ad operare in un clima di grave incertezza dal punto di vista della remunerazione, essendo rimasta del tutto inevasa la nostra comunicazione dello scorso 6 aprile) che li hanno costretti anche a fare ricorso ad ammortizzatori sociali per il loro personale. A nostro avviso la DGR andrebbe sostanzialmente riscritta, per eliminare le parti chiaramente inattuabili o inaccettabili, e soprattutto per costruire una norma con la chiara finalità di riavviare non le UdO, ma lo scopo principale per cui le UdO lombarde esistono e operano: cioè assistere le persone più fragili in una progettualità che supporti il loro esercizio dei diritti fondamentali, quali la libertà e la partecipazione sociale, che riconosca piena dignità umana anche a coloro cui il grido del bisogno soffoca ogni parola.

Milano, 19 giugno 2020

Alleanza Cooperative Italiane, Welfare Lombardia
Anffas Lombardia
Ceal
CNCA
Ledha