

POLITICHE SOCIALI E DISABILITÀ

Lo scopo dell'azione di governo regionale deve essere quello di erogare servizi socio-assistenziali che si integrino a quelli già erogati dai Comuni. Le prestazioni verranno rivolte prioritariamente ai soggetti in condizioni di povertà con totale o parziale incapacità di provvedere alle proprie esigenze, ai soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro.

Prima di tutto occorre chiarezza di informazione e adeguata pubblicità dei servizi disponibili per i cittadini. La home page del sito Puglia Sociale non è assolutamente in grado di guidare il cittadino alla scoperta e comprensione delle opportunità che già sono attive nel territorio.

Per questo, intendiamo:

- **istituire un punto di informazione virtuale sui servizi attivi in ogni provincia**, e un **Catalogo regionale degli operatori**, con funzione di accoglienza dell'utente, orientamento alla pluralità dei servizi offerti e delle strutture accreditate, primo ascolto e consultazione.

I Consultori Familiari sono strutture socio-sanitarie essenziali per il supporto alla famiglia, alla donna e alla coppia. Sono presenti circa 155 consultori familiari in tutto il territorio pugliese, dunque un consultorio ogni 26038 abitanti secondo i dati di un'indagine condotta su 1800 consultori italiani tra novembre 2018 e luglio 2019 coordinata dal Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'ISS e finanziata e promossa dal Ministero della Salute:

https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=16Yy_m7osk7n2GVCW3EYF8WNj56ibkcRm&ll=40.34487923462366%2C18.043754150000026&z=18.

La legge n. 34/96 prevede la disponibilità di un CF ogni 20.000 abitanti, stimando che un servizio che prevede la prossimità territoriale e il libero accesso non possa soddisfare appieno i bisogni di salute di popolazioni bersaglio più ampie. Nel POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile) si è ritenuto opportuno distinguere fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000 abitanti, e zone urbane con un CF ogni 25.000.

Solo l'8% consultori rilevano sistematicamente la soddisfazione degli utenti, rispetto a una percentuale media nazionale del 32%.

Occorre potenziare la rete dei consultori attraverso la:

- distribuzione in maniera più adeguata ai parametri suggeriti dalla legge 34/1996 i consultori, avendo cura di distinguere il fabbisogno delle zone rurali da quello delle zone urbane;
- attivazione di una rilevazione sistematica della soddisfazione degli utenti presso tutti i consultori familiari.

Come risulta dal Report di Arti, *ANDAMENTI DEMOGRAFICI IN PUGLIA: UNA SFIDA PER I TERRITORI E PER LA CRESCITA*, del gennaio 2019, "secondo le stime dell'ISTAT, rispetto al 2016, nel 2066:

- *diminuiranno i residenti pugliesi per tutte le classi di età comprese tra gli 0 e i 74 anni, con tassi all'incirca doppi rispetto a quelli che si registreranno in media in Italia (salvo che per le fasce di età 30-49 anni e 65-74 anni);*
- *di contro, in Puglia i residenti ultra 75-enni aumenteranno in misura maggiore rispetto alla media nazionale."*

Per gestire il problema dell'invecchiamento della popolazione, si dovrebbe agire sulle politiche di agevolazione all'insediamento ovvero che incentivino la mobilità interna alla regione, per favorire l'insediamento nelle aree che attualmente presentano maggiori difficoltà di accesso. Restando invece nel campo delle politiche sociali, ci proponiamo di:

- incentivare la realizzazione di progetti che favoriscono la **partecipazione degli anziani alla vita della comunità locale** anche attraverso l'impegno civile nel volontariato e nell'associazionismo;
- implementare le **cure domiciliari** o altre forme assistenziali in alternativa al ricovero;

- sviluppare il servizio di teleassistenza mediante diffusione di un dispositivo portatile che gestirà il rapporto con i parenti prossimi, i medici di famiglia, altri caregiver, associazioni di volontariato per facilitare e monitorare i comportamenti quotidiani.

Con particolare riferimento alle RSA, che di recente sono salite alla ribalta della cronaca in ragione del numero elevato di contagi da COVID 19 in esse registrato, la Regione Puglia ha di recente provveduto ad una organica riforma delle procedure di autorizzazione e delle tipologie di struttura. Detta riforma non solo ha di fatto soppresso le strutture residenziali a carattere prevalentemente socio-assistenziale, ma è stata redatta senza tener conto della farraginosità dell'iter di fatto imposto alle strutture per la trasformazione, con la conseguenza che allo stato le procedure per la conversione delle strutture esistenti non risultano ultimate e stanno ingenerando difficoltà operative che si riverberano sia sui lavoratori sia sugli utenti. occorre quindi **consentire la finalizzazione delle procedure in atto**, oltre a prevedere **misure di semplificazione del sistema** e nel contempo di efficace **verifica nel corso dell'attività sul rispetto di tutti i requisiti di accreditamento nonchè delle modalità di erogazione dei servizi indicate nella carta servizi redatta da ogni struttura.**

Alla disposta unificazione delle diverse strutture operanti nell'ambito dell'assistenza residenziale delle persone non autosufficienti, con contestuale superamento della rigida divisione per nuclei della struttura e elaborazione di fasce di intensità d'assistenza, non corrisponde una adeguata dotazione di personale. Invece **ogni fascia assistenziale individuata deve rappresentare uno standard complessivo minimo anche in termini di tempi di assistenza giornalieri, i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni Progetto Individuale** in relazione al bisogno assistenziale della persona. Tale modello consentirebbe di personalizzare la risposta residenziale, calibrandola su un livello più adeguato al complesso dei bisogni di salute e di assistenza del non autosufficiente. Pertanto l'organizzazione delle strutture erogatrici dell'assistenza residenziale sarebbe tenuta a garantire l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti. In altri termini ciascuna struttura erogatrice dovrebbe **articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per situazioni** coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale. Sulla base dell'articolazione organizzativa adottata per l'erogazione degli interventi relativi a ciascuna fascia, la struttura sarebbe tenuta a **garantire la copertura del fabbisogno complessivo di risorse tecnico-professionali** mediante l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali operanti in maniera integrata. Il fabbisogno di risorse professionali utilizzato dovrebbe quindi essere **stabilito con riferimento al singolo paziente sulla scorta di tabelle di minutaggio di tutte le professionalità impiegate** (il fabbisogno assistenziale è quindi espresso in minuti di assistenza medica, infermieristica ed ausiliaria) differenti per fasce di intensità assistenziali ed il PAI sarebbe oggetto di modificazione all'evolvere delle condizioni di salute dell'ospite, con conseguente modifica dell'insieme delle prestazioni erogate e delle risorse professionali impiegate per il singolo paziente. Occorre altresì **istituire Unità di Valutazione Interna (UVI) nelle RSA per anziani e disabili con compiti di presa in carico globale dell'ospite all'interno della struttura e di gestione e specificazione del progetto personalizzato per ogni singolo ospite** (Piano assistenziale individuale ed individuare una figura (care manager) che gestisca l'ospite all'interno della RSA e che se ne faccia carico anche successivamente al momento della dimissione. Quanto precede deve essere accompagnato non solo da un **ampliamento del fabbisogno regionale per tali strutture**, ma da un **adeguamento della tariffa** sì da rendere la stessa congrua rispetto ai servizi che i gestori sono tenuti ad erogare agli ospiti.

In Italia, i minori in affidamento familiare sono 14.012, il 16,5% sono localizzati in Lombardia, il 10,2% in Piemonte, il 9,6% in Sicilia. In Puglia l'8,1%. I minori fuori famiglia accolti in comunità residenziale in Puglia, secondo il focus dell'ufficio statistico regionale dell'aprile 2019, sono 787, di cui 50 stranieri. Se si

rapporta alla popolazione residente di età 0-17 anni - al 31/12/2017 pari a 692.881 - in Puglia si registra un valore di 11,4 ogni 10.000 minorenni residenti. Le province di Brindisi (16,7) e di Bari (12,6) superano questo valore regionale. Il M5S Puglia si propone di:

- avviare politiche efficaci per l'affido e per l'appropriatezza degli allontanamenti, per la creazione di una rete dei centri famiglia, dei centri per il contrasto agli abusi e maltrattamenti sui minori.
- adottare politiche di sostegno economico nei percorsi di adozione e sostegno formativo e informativo ad esempio ripristinando il funzionamento del CRAD (coordinamento regionale adozioni);
- favorire l'incremento del numero di asili nido, contestualmente adottando un sistema regionale per la loro certificazione di qualità;
- rafforzare il servizio pubblico di adozioni internazionali mediante creazione di servizi di assistenza educativa e psicologica alle famiglie adottive (post-adozione).

Secondo il rapporto *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni del 2019*, in Puglia le persone con limitazioni gravi nelle attività abitualmente svolte rappresentano il 4,4% della popolazione maschile e il 6% di quella femminile.

La situazione è molto grave sul fronte scolastico poiché le scuole non accessibili sono molto numerose in Italia: soltanto il 31,5% ha abbattuto le barriere fisiche, e ancora meno - il 17,5% - sono quelle che hanno abbattuto le barriere senso percettive. I dati pugliesi sono rispettivamente il 30,3% e il 14,1%.

La spesa pro-capite del sistema sanitario regionale per l'assistenza alle persone con disabilità è in media, dato 2017, pari a 987 euro; vi sono, però, forti oscillazioni a livello territoriale: il valore minimo si riscontra nella Provincia autonoma di Bolzano (meno di 350 euro), seguita dall'Umbria (circa 406 euro), mentre la Provincia autonoma di Trento e le regioni Basilicata, Molise, Veneto e Puglia superano i 1.300 euro. Dunque in Puglia, il problema non è tanto sulla quantità della spesa ma di qualità della stessa.

Oltre il 50% delle istituzioni dedite alla disabilità è localizzato in 5 regioni italiane, quasi tutte del Nord: in particolare, il 18% in Lombardia, il 10,8% nel Lazio e con lo stesso peso anche in Toscana, l'8,5% in Piemonte e l'8,1% in Emilia Romagna. Tra le regioni del Sud e le Isole la presenza più rilevante delle istituzioni dedite alla disabilità si riscontra in Puglia e in Sicilia, in entrambe presenti con un peso pari al 5%.

Oltre il 50% delle istituzioni dedite alla disabilità è localizzato in 5 regioni italiane. In particolare, il 18% in Lombardia, il 10,8% nel Lazio e con lo stesso peso anche in Toscana, l'8,5% in Piemonte e l'8,1% in Emilia Romagna. Tra le regioni del Sud e le Isole la presenza più rilevante delle istituzioni dedite alla disabilità si riscontra in Puglia e in Sicilia, in entrambe presenti con un peso pari al 5%.

L'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali può essere analizzata anche considerando i servizi effettivamente erogati, che sono calcolati con l'indicatore "posti letto equivalenti", ovvero il rapporto tra le giornate di degenza e i giorni dell'anno.

Nel periodo 2015-2016, le strutture che erogano direttamente servizi di assistenza sociale, residenziale e non residenziale sono state quasi 70.000, di cui il 64% afferenti a istituzioni non profit, il 28,7% a imprese e il 7,3% a istituzioni pubbliche. La quota di strutture pubbliche è maggiore nel Nord est (11,7%) e nel Nord ovest (8,3%) mentre nel Sud e nelle Isole i valori (pari rispettivamente al 3,2 e al 4,6%) sono molto al di sotto della media nazionale; nel Mezzogiorno si registra, invece, la maggiore incidenza delle imprese private. Quasi la metà dei circa 730.000 dipendenti dell'intero comparto dell'assistenza sociale è impiegata nel settore non profit (49,2%); il 39,6% è in servizio presso le imprese e il restante 11,2% presso le istituzioni pubbliche. Le istituzioni non profit sono prevalenti anche nei diversi settori di attività (assistenza di tipo residenziale e non residenziale) e nella maggior parte delle realtà provinciali.

Per prima cosa, come ripetutamente proposto ufficialmente dal M5S Puglia (perfino con un emendamento approvato in legge di bilancio ma mai attuato), occorre **istituire un'anagrafe della disabilità**, con l'aiuto dei medici di famiglia, per giungere a un censimento preciso e puntuale della situazione della disabilità in ciascun comune pugliese e programmare le opportune politiche di gestione della disabilità e verificarne l'efficacia.

Il M5S Puglia intende inoltre agire con una logica di programmazione dei servizi alla persona con disabilità favorendo i **Progetti Individuali di vita indipendente** e assicurare i **servizi di assistenza per tutto l'anno scolastico e senza soluzione di continuità**.

La semplificazione delle procedure di accertamento della condizione di disabilità per accedere ai servizi offerti dal sistema sanitario regionale avverrà sottoscrivendo un **protocollo d'intesa per l'affidamento all'INPS delle funzioni e dell'intero procedimento per l'accertamento dei requisiti sanitari in materia di cui invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità**, con ciò conseguendo risparmi di spesa ed evitando agli utenti di doversi sottoporre alla doppia visita medica da parte delle Commissioni ASL e INPS.

Le politiche regionali in materia di sostegno hanno visto il fallimento dei sistemi di erogazione degli assegni di cura e dei buoni servizio. Occorre quindi ripensare gli strumenti di sostegno della rete delle prestazioni e dei servizi del sistema regionale della domiciliarità e all'acquisto di prestazioni socio-assistenziali e socio-educative. Nel rispetto del principio di sussidiarietà solidale e di complementarità tra gli erogatori dei servizi, occorre assicurare l'integrazione sociosanitaria anche attraverso **percorsi terapeutici riabilitativi individualizzati sostenuti da budget di salute**, inteso quale insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione del soggetto assistito.

Il Budget di Salute indica quantità e tipologia di risorse umane, tecnico/professionali, economico/finanziarie e durata degli investimenti per realizzare Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) in base alle preferenze espresse dalla persona con malattia cronica e/o disabilità. Il Budget di Salute integra al proprio interno i L.E.A. sociosanitari e i L.E.A. sanitari non come prestazioni, ma come parti del predetto PTRI da realizzarsi con la partecipazione della persona titolare, della famiglia, del contesto territoriale e comunitario di riferimento. I PTRI devono così integrare il progetto di trattamento e di cura con interventi nelle aree dell'abitare, del lavoro e della socialità, richiedendo unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, e devono essere programmati, gestiti e monitorati da personale dell'ASL e degli enti locali, attraverso modalità di cogestione della presa in carico con soggetti del terzo settore, insieme ad utenti e loro familiari. Il predetto strumento tende alla recovery, orienta gli interventi al fine di realizzare i diritti di cittadinanza, casa/habitat sociale, formazione/lavoro, affettività/socialità, apprendimento/espressività.

Anche il recente intervento normativo di cui alla legge 112/2016 (cd. Dopo di noi), al fine di mantenere i soggetti deboli nel proprio contesto di vita, contempla misure volte a favorire "percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto anche delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità grave", la cui attuazione prevede il coinvolgimento dei soggetti interessati nel progetto individuale.

Il Budget di Salute si configura come un contratto atipico di natura privatistica, fondato sull'istituto giuridico della Negotiorum Gestio (disciplinato dagli art. 2028 e seguenti del Codice Civile), mediante il quale una persona che abbia difficoltà a acquisire e/o mantenere le abilità necessarie a una integrazione sociale soddisfacente, dietro **corrispettivo del trasferimento di una dotazione economica, ottiene da parte di terzi il possesso di strumenti, beni e servizi in grado di garantirle l'accesso ai diritti inerenti la casa, il lavoro e la socialità**; tale sistema è caratterizzato da un'elevata flessibilità e soprattutto dal non essere legato a un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore, poiché pone la massima attenzione ai determinanti sociali della salute. E infatti chi è privo di fattori di protezione sociale (è a basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche e culturali, ha reti relazionali sfilacciate...) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute ed è conseguentemente maggiormente sottoposto a rischio di malattia, sì che appare imprescindibile la creazione di un legame tra sistema di cure e sistema di comunità. L'adozione di siffatto strumento modifica l'approccio dal punto di vista strutturale, **passando dal finanziamento dei contenitori al finanziamento dei progetti personalizzati**, e rappresenta un diverso governo delle attività sanitarie e

sociosanitarie dirette a tutelare la salute delle persone ed a promuovere il loro diritto di cittadinanza. Il modello del Budget di Salute, già sperimentato in alcune Regioni, ha dimostrato incontestabili vantaggi anche sul piano dell'efficienza gestionale, dell'efficacia nella pratica e dell'economicità.

Specificatamente riguardo all'autismo, provvederemo a:

- ricostituire il **tavolo regionale per l'autismo** ai sensi dell'art. 7 del regolamento regionale 9/2016;
- consentire l'attivazione presso ciascun CAT del **Consiglio dei Servizi per l'autismo**;
- ampliare il **fabbisogno** per le strutture dedicate all'autismo;
- consentire la **concreta attuazione di tutto quanto disposto nel citato RR 9/16, che necessita comunque di rivisitazione** anche al fine di valorizzare le esperienze acquisite dai gestori con riferimento al trattamento dei disturbi dello spettro autistico;
- favorire la **concreta collaborazione tra i CAT, le famiglie e le associazioni di volontariato**.

Per assicurare una reale partecipazione alla programmazione delle politiche per la disabilità, provvederemo a **costituire la Consulta regionale delle Associazioni dei Disabili e delle loro famiglie**, chiamata a promuovere l'applicazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e l'integrazione e la tutela dei diritti di tutte le persone con disabilità e delle loro famiglie nonché deputata a rappresentare a livello regionale le politiche e le proposte provenienti dalle Associazioni che ne fanno parte nei campi della ricerca delle cause e della prevenzione delle disabilità psichiche, fisiche e sensoriali, cognitive e comportamentali, psichiatriche, multifattoriali, della diagnosi, della cura, dell'abilitazione, della riabilitazione e del reinserimento sociale, dell'istruzione ed inclusione scolastica di ogni ordine e grado pubblica e privata, della formazione professionale e dell'integrazione ed inclusione nel mondo del lavoro, dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali, dei servizi domiciliari, dell'assistenza e del sostegno sociale alla persona e alle famiglie, dell'integrazione e inclusione sociale e della comunicazione, della mobilità e dei trasporti pubblici e privati, della cultura, del tempo libero e dello sport.

Le politiche sociali per la disabilità devono consentire la piena attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ottimizzando l'utilizzo dei fondi non autosufficienza. Occorre nel contempo garantire un adeguato sostegno economico della persona nelle forme previste dalla legge per ogni tipo di disabilità, **impegnare risorse per l'abbattimento delle barriere architettoniche, fisiche, sensoriali e culturali** che impediscono alla persona disabile una piena partecipazione alla vita sociale, e per la piena accessibilità ad ogni bene o servizio, alla comunicazione e all'informazione. Non può neppure sottacersi la necessità di **tutelare la mobilità e l'autonomia del disabile con interventi mirati** a raggiungere un livello ottimale di accessibilità della città, dei servizi di trasporto, della viabilità e sosta dei veicoli al servizio delle persone con disabilità.

Le politiche regionali sul "Dopo di Noi" meritano rivisitazione sì da consentire la concreta attuazione dei progetti e quindi l'accrescimento della consapevolezza e accompagnamento verso l'autonomia, la promozione dell'inclusione sociale per favorire l'autonomia e l'autodeterminazione e soprattutto la de-istituzionalizzazione e il supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, la realizzazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing sociale.

La disabilità deve essere letta come risorsa, non come adempimento di un debito sociale-morale. In questi termini, la necessità di ricercare soluzioni, a lungo termine, in campo economico (investimenti e finanziamenti) per favorire l'interazione e l'integrazione lavorativa dei soggetti disabili, assurge a investimento non solo sociale e umano, ma anche economico. In tale ottica, è indispensabile riferirsi al soggetto con riferimento alla sua individualità, non quale membro di una categoria speciale. Il diritto al lavoro è ascrivito dalla Carta Fondamentale in capo al singolo e necessita di una tutela individualizzata anche da parte dell'ordinamento regionale. A tal fine, intendiamo:

- istituire, in seno al Tavolo regionale per le disabilità, **un gruppo di lavoro (ovvero una commissione ad hoc o un osservatorio), con carattere permanente, specializzato nella tematica di integrazione dei lavoratori con disabilità** (disability manager). Attualmente, infatti, la questione lavoro-disabilità è assorbita nell'ambito di altre problematiche sociali, in via generale, dal Tavolo regionale per le disabilità predetto).
- Promuovere e approfondire la **disponibilità di finanziamenti e incentivi** a livello europeo, nazionale, regionale nonché da parte di INAIL;
- istituire uno **sportello a favore dei lavoratori disabili, finalizzato ad affiancare le imprese nei servizi del Collocamento mirato**, fornendo consulenza tecnica per l'attivazione di tutti gli istituti di cui alla Legge 12 marzo 1999, n. 68, inteso come avvio di un progetto di studio di modelli di integrazione lavorativa virtuosi attuati da altri enti pubblici e regionali, sul modello di quello che avviene in altre realtà ad esempio i progetti avviati da Regione Lombardia;
- sviluppare progetti di **autoimprenditorialità** per lavoratori disabili;
- creazione di linee di finanziamento destinata a sostenere la **nascita e la crescita di imprese innovative nel settore sociale**;
- creare di un **network tra associazioni di integrazione lavorativa di soggetti disabili già esistenti** a livello locale (spesso frutto di iniziative individuali di privati cittadini) al fine sviluppare reti sostenibili e durature, armonizzandone e coordinandone le attività e iniziative, favorendo la realizzazione di infrastrutture di luoghi (passaggio dal back-office o dalla concezione della singola "unità produttiva" alla nozione di hub);
- implementare la **trasformazione digitale dei luoghi di lavoro nella prospettiva di includere e ampliare il perimetro dei lavoratori in Smartworking ovvero di incentivare la delocalizzazione del lavoratore in strutture protette**, in considerazione delle condizioni di fragilità e vulnerabilità, onde favorirne le specifiche esigenze individuali;
- previsione di una **Dote Unica Lavoro disabilità**;
- realizzare interventi per la presa in carico di persone con disabilità in situazioni di **alternanza scuola-lavoro**;
- definire **modelli per la presa in carico e l'inserimento lavorativo di disabili deboli** (psichici, sensoriali, over 45);
- servizi di **Assistenza tecnica** con funzione di comunicazione, informazione, mainstreaming, gestione e controllo dei programmi in essere.

Quanto invece alla fornitura di ausili per disabili l'attuale sistema prevede molteplici passaggi che incidono, oltre che sui tempi di consegna al paziente, sui costi a carico del sistema sanitario. Allo stato infatti:

- il cittadino si rivolge al medico curante, il quale prescrive una visita specialistica;
- viene prenotata tramite CUP la predetta visita;
- lo specialista, eseguita la visita, rilascia nulla osta all'acquisto;
- la Sanitaria rilascia un preventivo del costo dell'ausilio tecnico o della protesi che viene consegnato presso l'ufficio sanitario preposto (che riceve in giorni ed orari prestabiliti);
- viene rilasciata l'autorizzazione al ritiro che deve poi essere consegnata alla sanitaria;
- ritirato l'ausilio viene consegnato il modulo per il collaudo che dovrà obbligatoriamente essere eseguito nei 20 giorni successivi previa nuova visita specialistica da prenotare tramite CUP;
- ottenuto il collaudo quest'ultimo deve essere consegnato all'ufficio sanitario preposto.

E' quindi indubbio che occorre **ridurre i tempi di consegna degli ausili protesici mediante semplificazione dell'iter procedurale**. E' altresì necessario evitare che gli ausili forniti ai soggetti disabili restino inutilizzati (per variazioni delle condizioni del paziente o decesso), sì che è necessario **dettare delle linee guida per la riconsegna dell'ausilio** presso l'Ufficio ASL erogante il servizio, così da rendere lo stesso disponibile a costo zero per altri soggetti disabili richiedenti ed **istituire un sistema informatizzato che metta in relazione pazienti, presidi e farmaci**, aggiornato in tempo reale dai medici di base, così da poter gestire l'immediato recupero di quanto non più necessario al paziente.

Occorre altresì dettare misure uniformi a livello regionale per le gare finalizzate alla fornitura degli ausili, scoraggiando il ricorso al prezzo più basso quale criterio di aggiudicazione e prevedendo la sottoscrizione di accordi quadro multi-fornitore per gli ausili tecnici per disabili sì da garantire un'adeguata qualità e personalizzazione della fornitura.

Più in generale occorre raccordare le varie misure previste a sostegno della disabilità e mettere in comunicazione i diversi enti coinvolti. A tal fine ruolo centrale potrebbe assumere la figura del **disability manager**, chiamato a costruire forme di stabile interazione tra enti, associazioni rappresentative delle persone con disabilità e terzo settore, sostenere i responsabili dei diversi settori delle amministrazioni nelle azioni di pianificazione delle politiche, progettazione degli interventi e monitoraggio degli esiti, affinché favoriscano l'inclusione di tutte le persone con disabilità, nonché a segnalare situazioni anche solo potenzialmente discriminatorie causate direttamente o indirettamente da azioni riconducibili alla responsabilità dell'amministrazione pubblica. Compito del disability manager ben potrebbe essere altresì quello di avviare percorsi finalizzati a far sì che ogni iniziativa degli enti locali, soprattutto di carattere culturale, sportivo e ricreativo, abbia elevati standard di accessibilità e fruibilità, con particolare riguardo ai progetti che coinvolgono i minori con disabilità, alle barriere architettoniche degli edifici e dei mezzi di trasporto e all'accessibilità dei servizi informativi.

L'attuazione delle politiche sociali vede negli Ambiti territoriali una componente essenziale. Tuttavia si rilevano disomogeneità nella programmazione ed attuazione dei piani di zona da parte dei singoli ambiti pugliesi, sì che appare indispensabile l'**implementazione delle dotazioni informatiche e la formazione del personale**.

Ciò vale tanto più nel momento attuale, in cui a seguito dell'emergenza sanitaria e della conseguenziale crisi economica, occorrerà investire maggiori risorse a sostegno delle fasce più deboli, tenuto conto che dai dati pubblicati dall'ISTAT il 29.5.2020 (indicatori territoriali per le politiche di sviluppo) già per il 2018 la Puglia registrava un indice di povertà regionale pari al 22,8 % a fronte di quello nazionale del 15% e un numero di persone a rischio povertà o esclusione sociale (l'indicatore è dato dalla somma delle persone a rischio di povertà, delle persone in situazione di grave deprivazione materiale e delle persone che vivono in famiglie a intensità lavorativa molto bassa) pari a 1441480 (per un dettaglio di tutti i dati rilevati dall'ISTAT con particolare riferimento agli indicatori di "inclusione sociale" e a quelli per Obiettivi Tematici dell'*Accordo di Partenariato 2014-2020- OT9 Promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione*: <https://www.istat.it/it/archivio/16777>).

Il principale ambito di intervento sarà quindi quello della lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà, che dovrà venire coinvolti in sinergia gli operatori delle Asl, dei Servizi sociali e dei Centri per l'impiego. A questo proposito, il Reddito di Cittadinanza nazionale potrebbe essere integrato da una misura regionale (**Reddito di Indipendenza**) che permetta l'erogazione a singoli membri del nucleo familiare per permetterne l'autonomia. Si fa quindi riferimento a un'idea di welfare relazionale che costruisce reti nelle comunità, anche professionali, che vanno oltre la dimensione prestazionale, pur assicurando la protezione. Le reti devono essere a regia del pubblico, che deve sostenere anche forme innovative di integrazione con le Associazioni. Per costruire l'uscita dalle situazioni di difficoltà e disagio delle persone è infatti altrettanto indispensabile riattivare le risorse collettive e individuali della comunità con percorsi partecipativi efficaci, al fine di aiutare le persone a rafforzare e sviluppare le proprie capacità e garantendo che si attivino vere capacità di ascolto da parte degli attori pubblici. In tale contesto le organizzazioni del Terzo settore ed in particolare il mondo del volontariato e dell'associazionismo hanno le competenze per poter raccontare le esigenze dei singoli, per coinvolgere i cittadini, anche quelli più fragili, in progetti a favore della comunità e caratterizzarsi quale interlocutore per le istituzioni. Un **patto etico tra istituzioni e organizzazioni del Terzo Settore favorirà la costruzione di rapporti di collaborazione, co-progettazione, concessione di contributi e sovvenzioni, oltre che alla definizione di accordi fra pubbliche amministrazioni**.

Il M5S Puglia ha accompagnato i CSV pugliesi alleviando le loro difficoltà per l'adeguamento alla riforma del Terzo Settore prevedendo uno stanziamento di risorse regionali utili alla trasformazione in

organizzazioni riconosciute e lo ha fatto perchè crede fermamente che rappresentino una risorsa umana e sociale importante per supportare i servizi sociali regionali.

Dai dati riportati dal Sappe, emergerebbe una condizione di sovraffollamento delle carceri pugliesi: 3700 detenuti a fronte dei 2300 posti disponibili, superando del 65 % la capienza, rispetto alla media nazionale del 20%. Ad essere il più affollato sarebbe il carcere di Taranto che ospita il 110% di unità oltre la disponibilità.

Altro aspetto disastroso, fanno sapere dal sindacato, riguarda le condizioni in cui i detenuti vivono. Alle Asl spetta fare i controlli due volte l'anno, eppure il sindacato protesta per la presenza di "cubicoli stretti e maleodoranti con il bagno a vista alle sezioni detentive in cui cadono pezzi di intonaco, muri scrostati e precaria assistenza sanitaria, mancanza di medicinali e cucine fuori legge".

Il M5S intende individuare **misure di sostegno per il miglioramento delle condizioni detentive** e la creazione delle condizioni per un **pieno reinserimento sociale degli ex detenuti**.

Dopo opportuna rilevazione, precisa e puntuale, dello stato dell'arte, il M5S presenterà lo stato di avanzamento della programmazione prevista per il superamento OPG ai sensi della legge 9 del 17 febbraio 2012, che intendiamo **verificare rispetto ai dati del fabbisogno per procedere alla realizzazione delle REMS effettivamente necessarie e di tutti i servizi** che, anche in collaborazione con i gestori dei servizi riabilitativi, possono e devono essere realizzati al fine di garantire adeguata gestione e presa in carico degli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi.