

Emergenza Covid - 19

FASE 2

Misure e proposte per le persone con disabilità e le loro famiglie

Il presente documento ha il compito di proporre misure necessarie per fronteggiare l'emergenza Covid 19, e stimolare, allo stesso tempo, l'azione coordinata e sinergica del Governo centrale con le Amministrazioni Regionali e locali per una ripresa graduale dei servizi nei diversi settori delle attività sociali, economiche e produttive, anche attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali che tengano conto delle esigenze di contenimento e prevenzione dell'emergenza. Il richiamo forte, chiaro e ineludibile all'eguaglianza e alle pari opportunità delle Persone con disabilità con il resto della popolazione, affermato dalla Convenzione ONU, impone avere una nuova visione che riduca tutte le forme di diseguaglianza aggiuntive e tra queste, quelle di genere. Di fatto, fin dal preambolo, la Convenzione riconosce che le donne e le ragazze con disabilità corrono spesso maggiori rischi, all'interno e all'esterno dell'ambiente domestico, di violenze e abusi, di essere dimenticate, maltrattate e sfruttate, specie le donne che non sono in grado di autodeterminarsi. L'art. 6 è dedicato in modo specifico alle donne con disabilità e ribadisce che esse sono soggette a discriminazioni multiple e quindi vanno intraprese misure mirate al loro empowerment per assicurare il godimento di tutti i diritti umani. Le criticità sono relative all'istruzione e formazione di qualità per una maggiore autonomia, all'integrazione nel mondo del lavoro e inclusione digitale, all'accessibilità alle cure mediche e alle strutture nel settore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. L'emergenza sanitaria in corso sta avendo e avrà ripercussioni nei percorsi di emancipazione e pari opportunità di genere, rafforzando le disuguaglianze tra uomini e donne con maggior perdita di lavoro per le donne che tradizionalmente sono maggiormente impiegate nei servizi alla persona oppure, se impegnate in smart working, più esposte al rischio di sovraccarichi dovendo compensare la sospensione dei servizi di Welfare e potrebbero essere costrette a fare scelte difficili rinunciando alla professione e all'indipendenza economica. Pensiamo anche alle donne con disabilità che dovranno riprendere il lavoro senza sapere se i supporti a loro destinati saranno ancora presenti. Oltre all'indebolimento dei diritti, la politica di isolamento e di confinamento ha portato ad un aumento dei livelli di violenza domestica, sessuale e di genere ma dall'inizio della pandemia non è stato adottato nessun provvedimento o misura a protezione delle donne, tanto meno quelle con disabilità segno di una grande disattenzione al tema dei diritti delle donne, al tema della violenza sulle donne, al tema degli effetti sui diritti delle donne di questa pandemia.

Le proposte qui riportate rispondono alla richiesta di "cittadinanza piena e integrale" delle Persone con disabilità e delle loro famiglie, offrono suggerimenti e indicazioni per ripensare, in questa delicatissima fase del nostro paese, complessivamente una società più giusta, coesa e rispettosa delle tante diversità.

Il dilagare del virus "Covid-19" nel nostro Paese e a livello mondiale, (oltre che mettere a dura prova tutto il sistema Italia ed in particolare il nostro Sistema Sanitario Nazionale ed il nostro Sistema di Protezione Sociale), ha fatto precipitare moltissime Persone in uno stato di forte preoccupazione resa ancor più grave dall'incertezza del prossimo futuro, di quelli che saranno i tempi necessari al superamento della crisi e delle conseguenze che questa avrà sulle nostre vite e sulle nostre relazioni sociali. Queste preoccupazioni con le difficoltà connesse sono ancora più forti tra le migliaia di Persone con disabilità del nostro Paese, le cui condizioni di vita sono già

ampiamente determinate da livelli di protezione e inclusione sociale che sappiamo essere non propriamente e adeguatamente compiuti.

Sappiamo, perché ne siamo quotidiani testimoni, che in queste settimane gli sforzi ed i rischi delle Persone con disabilità e delle loro famiglie del nostro paese sono notevolmente maggiori di tanti altri nostri concittadini con cui pure condividiamo gli stessi stati d'animo e l'appartenenza alla stessa comunità.

Non possiamo nascondere che l'impatto della pandemia sulle nostre comunità ci obbligherà a ripensare molte cose nella nostra vita e a rimodulare alcune priorità in una direzione che preveda innanzitutto la garanzia di una maggiore tutela della salute e della sicurezza dei cittadini tutti, ma ancor di più di coloro che sono più vulnerabili ed esposti ai rischi connessi alla condizione di salute e tra questi vi sono le tante Persone con disabilità. Mai come adesso è richiesta la massima attenzione e il massimo impegno per fare in modo che continuino ad essere assicurati tutti i servizi essenziali e tutelati gli spazi vitali e le libertà fondamentali delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Le linee di azione sono articolate nei seguenti capitoli:

Linea di intervento 1 – Salute, diritto alla vita, riabilitazione e riabilitazione

Quasi tutte le Regioni, tra fine febbraio e inizio marzo, hanno investito risorse enormi per riorganizzare e ristrutturare, in pochissimo tempo, gli ospedali per poter ricoverare gli ammalati da Covid-19 in reparti di terapia intensiva e subintensiva ma molto meno risorse sono state destinate alle cure domiciliari, alla sorveglianza attiva del territorio (prevenzione) e ancor di meno alla rete di supporto sociale che ha potuto contare solo sul volontariato di prossimità.

Quello che è successo e sta succedendo alle persone con disabilità, alle famiglie e ai residenti delle strutture assistenziali è la conseguenza di tali scelte.

L'enorme produzione di nuove norme nazionali e regionali e gli investimenti per far fronte al momento emergenziale che ricaduta hanno avuto sulla qualità della vita delle PcD e delle loro famiglie?

Quali regioni hanno attivato le *“unità speciali atte a garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a domicilio in favore di persone con disabilità che presentino condizione di fragilità o di comorbilità ... (DL 14/20, art. 9 comma 2)?*

Quali regioni hanno messo in sicurezza le strutture sanitarie e socioassistenziali che accolgono persone con disabilità, anziani, persone non autosufficienti? Al contrario, alcune hanno favorito l'ingresso del virus in struttura consentendo ricoveri impropri di persone con COVID-19 in strutture inappropriate.

Quante volte le *unità speciali di continuità assistenziale (USCA - DL 14/20, art.8)* sono intervenute presso una residenza sanitaria per anziani o per disabili?

Chi si è posto il problema di come garantire la continuità didattica e l'appartenenza alla classe degli alunni con disabilità?

E quando a fine febbraio serpeggiava il timore che il numero dei casi di insufficienza respiratoria acuta con necessità di ricovero in Terapia Intensiva fosse tale da determinare un forte squilibrio tra bisogno e disponibilità di risorse c'è stato chi ha proposto criteri di priorità all'accesso alle cure intensive eticamente discutibili (*SIAARTI - COVID 19 - Raccomandazioni di etica clinica*).

PRIORITÀ – MIGLIORARE LA SICUREZZA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Il nostro movimento sarà ben lieto di partecipare costruttivamente e attivamente alla ripartenza del Paese sempre ch , in via pregiudiziale e visto quanto   successo finora, si migliori la sicurezza delle strutture e dei servizi residenziali, semiresidenziale, ambulatoriali e domiciliari nonch  delle strutture a minore intensit  assistenziale e a prevalente attivit  educativo/abilitativa (da qui in avanti: servizi) che quotidianamente si prendono cura delle PcD anche a tutela della salute degli operatori e dei familiari.

L'ente gestore dei servizi condivide col Dipartimento di Prevenzione, responsabile della fornitura dei DPI, la responsabilit  di adottare le misure per il contenimento del contagio.

L'ente gestore dei servizi residenziali condivide con i medici del servizio sanitario (MMG/MAP, USCA, Cure domiciliari) e il supporto del Dipartimento di Prevenzione, la responsabilit  di gestire casi positivi - sintomatici, paucisintomatici e asintomatici - sempre che abbia requisiti strutturali ed organizzativi appropriati. Deve essere consentito la riorganizzazione del lavoro e, se necessario, l'utilizzo di strutture che consentano la permanenza continuativa degli operatori (ad es. alberghi).

MISURE GENERALI DA ADOTTARE	
1	Adozione di misure generali e specifiche: <ul style="list-style-type: none">▪ aggiornare il Documento per la Valutazione dei Rischi;▪ aggiornare il Progetto di struttura e definire flussi di accesso;▪ dotarsi di DPI idonei in quantit� sufficiente;▪ allestire un idoneo ambiente per l'isolamento, esterno alla struttura, cui accede personale, e/o familiari, appositamente dedicato.
2	Procedura di Triage dei residenti e del personale per l'identificazione precoce dei casi sospetti
3	Formazione del personale, dei volontari e delle figure di supporto per la corretta adozione e gestione delle misure di prevenzione
4	Sensibilizzazione e gestione dei familiari e visitatori
5	Procedure e promemoria per promuovere comportamenti corretti: <ul style="list-style-type: none">▪ igiene delle mani;▪ igiene respiratoria;▪ corretto utilizzo dei DPI.
6	Decontaminazione della struttura e degli automezzi: pulizia, disinfezione e sterilizzazione
7	Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate

Le aziende sanitarie tramite i Dipartimenti di prevenzione e le USCA devono affiancare gli enti gestori per elaborare e implementare procedure per diminuire il rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA), esercitare una sorveglianza attiva (trriage e test sierologici e/o tamponi periodici a tutti gli operatori, cos  come ai residenti e fruitori di prestazioni anche asintomatici e paucisintomatici) senza trasformare le strutture residenziali e semiresidenziali in reparti di malattie infettive. La gestione dell'infezione, quando accertata, deve tener conto della gravit  della sintomatologia e del decorso clinico, della presenza di fattori di rischio, delle caratteristiche e della *mission* della struttura, delle competenze e disponibilit  del personale, della dotazione di DPI e procedure adeguate. Qualora dovesse essere richiesto l'isolamento cautelare di un residente   importante concordare la strutturazione della giornata, proporre attivit  da remoto anche di gruppo e preferibilmente in sincrono, favorire la comunicazione pluriquotidiana (familiari, amici,

altri residenti ...), consentirgli di scegliere cosa vedere, cosa ascoltare e cosa mangiare. La gestione dell'isolamento richiede competenza e risorse per prevenire possibili danni psichici.

Le misure di sicurezza devono essere particolarmente rigorose nella presa in carico delle persone non autosufficienti poiché il rischio biologico, in relazione alla prossimità (contatto continuo) e all'esposizione (materiale biologico) continua, anche H24, è altissimo per la persona, il caregiver e gli operatori. Nell'ipotesi che si dovesse ricorrere all'isolamento domiciliare è indispensabile individuare figure assistenziali di riferimento per l'applicazione, su indicazione del personale sanitario (e in collaborazione con le costituenti unità speciali di cui all'art. 9, c. 2 del D.L. 9 marzo 2020, n. 14), delle necessarie terapie per la gestione delle condizioni di salute e delle consuete attività di vita.

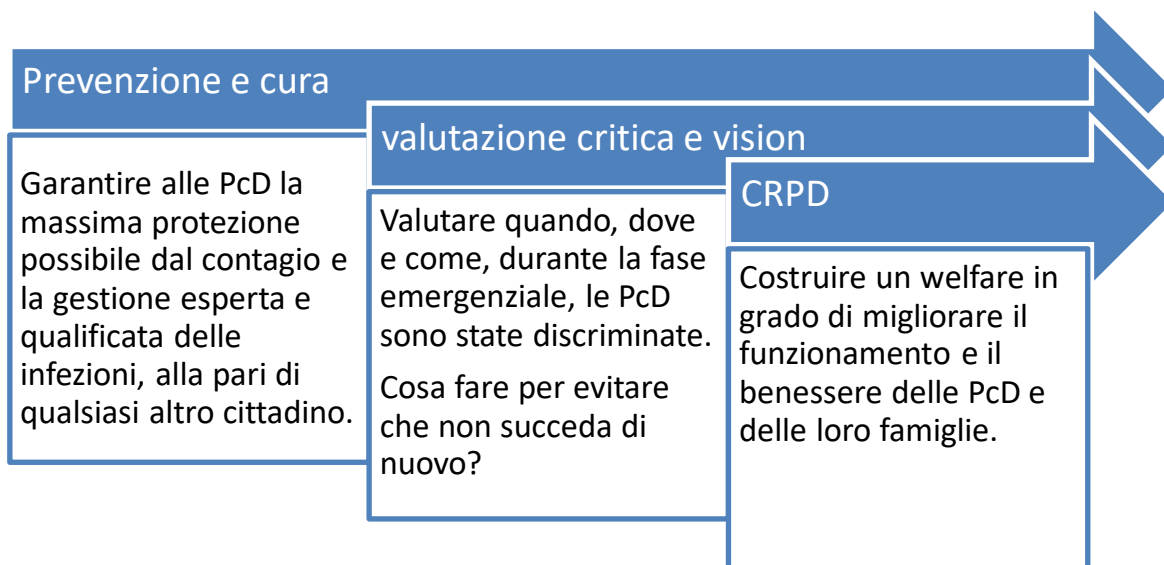
Per quanto concerne poi le persone affette da immunodeficienze congenite o secondarie, riceventi un trapianto di organo solido o cellule staminali emopoietiche, affetti da malattie autoimmuni in trattamento con farmaci ad azione immuno-soppressiva, così come quelli affetti da patologie oncologiche o oncoematologiche si rinvia a quanto stabilito dalla Circolare 7942 del 27/03/2020 del Ministero della Salute, recante le "Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19".

Si propone a tal fine l'elaborazione di un protocollo d'intesa per la predisposizione degli interventi sociosanitari da adottare per una presa in carico multidimensionale della persona con disabilità positiva al SARS-CoV-2, attraverso prestazioni personalizzate sulla base del livello di bisogno sanitario, familiare e sociale espresso, anche ripensando quelle già programmate utilizzando lo strumento del c.d. "budget di salute" (art. 53, L.R. 11/2016) Si dovrà in particolare tener conto dell'attuale condizione di salute, del coordinamento di tutte le figure sociosanitarie necessarie ad affrontare l'emergenza (con l'impiego anche di operatori dei servizi attualmente sospesi), dell'opportuna formazione delle stesse e della flessibilità degli interventi da adottare al variare delle situazioni clinico/assistenziali.

DIRETTRICI D'AZIONE

La FISH, in termini temporali, rispetto alla Fase 2 deve muoversi rispetto a tre direttrici:

- il primo, immediato, dove la priorità è ripartire garantendo alle PcD la massima protezione possibile dal contagio e la gestione esperta e qualificata delle infezioni alla pari di qualsiasi altro cittadino;
- il secondo, intermedio, dove la priorità è valutare quando, dove e come le PcD sono state discriminate durante la fase emergenziale e definire una vision capace di declinare la CRPD in sostegni concreti;
- il terzo, a più lungo termine, dove la priorità è costruire un welfare in grado di migliorare il funzionamento e il benessere delle PcD e delle loro famiglie progettando percorsi sociosanitari integrati secondo la formulazione di un Progetto di Vita Individuale.



Come sono stati garantiti nella fase emergenziale e come saranno implementati, a partire della fase 2, i principi della Convenzione nell'epoca di COVID 19? La protezione della vita e della salute, la non discriminazione, l'equità, la partecipazione, le pari opportunità hanno guidato e guideranno i legislatori e gli amministratori? Essere presenti su ogni tavolo, vigili, costruttivi e propositivi, far valere i dettami costituzionali (artt. 2, 3 e 32) e i dettami della CRPS, è e sarà il nostro impegno. È auspicabile un profondo e radicale ripensamento dei servizi territoriali, non più risposte ai soli bisogni assistenziali, ripetitive e senza prospettiva, ma strumenti in divenire in grado di accompagnare la crescita e favorire il benessere delle PcD. La FISH, già nella fase emergenziale, dovrà indirizzare l'allocazione delle risorse a migliorare la qualità della vita delle PcD e delle loro famiglie.

I DIRITTI DI TUTTI SONO DIRITTI PER TUTTI!

Azioni ed obiettivi immediati e non prescindibili:

1. L'accesso alle cure ospedaliere, nelle varie specialità, delle PcD non collaboranti, non autonome, con difficoltà di relazione e/o di comunicazione, va sempre garantito. Le Regioni devono promuovere e rafforzare le competenze ospedaliere per l'accoglienza e cura delle PcD (vedi Progetto DAMA). Formare il personale sanitario, assistenziale e amministrativo. Definire procedure e percorsi personalizzanti anche riferiti all'adattamento, alla comunicazione e all'assistenza materiale. Garantire la presenza del caregiver se necessaria.
2. La persona con disabilità, nessuna esclusa, che già fruiva di sostegni deve poterli riavere, ancorché con diverse e nuove modalità, comprese quelle derivanti dalla strutturazione dei cc.dd "servizi compensative ed alternativi" attivati ai sensi e per gli effetti degli articoli 47 e 48 del D.L. n. 18/20 ("Cura Italia").
3. L'attivazione dei servizi compensativi ed alternativi da remoto, rivolti alle PcD e ai loro caregiver, deve tener conto delle risorse familiari e prevedere la fornitura di dispositivi informatici da parte della Pubblica Amministrazione.
4. Gli strumenti informatici, inoltre, sarebbero utilissimi per monitorare da remoto i parametri vitali di coloro che utilizzano life-support quali respiratori polmonari.
5. Riprendere le attività, nel rispetto delle direttive nazionali e locali, con modalità che tengano conto dei desideri, aspettative e preferenze della PcD o di chi la rappresenta, e che siano condivise, preferibilmente tramite coprogettazione, con le amministrazioni competente, l'associazione che la rappresentano e l'ente gestore. La richiesta di differimento al 31 maggio

di qualsiasi attività, in scadenza dal 5 marzo al 30 aprile, non comporta decadenza dal diritto delle prestazioni.

6. La ripresa di qualsiasi servizio è subordinata all'adozione delle misure per il contenimento della diffusione del contagio da SARS-CoV-2, inclusa la formazione degli operatori. Il Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie (ASST – ASL – ASP – AUSL - ULSS) sottopone gli operatori, anche asintomatici, a test di verifica di positività COVID-19 (test sierologici rapidi, seguiti dal tampone in caso di positività potrebbe essere la strategia più efficiente), alla ripresa del servizio e quindi con periodicità settimanale, collabora con gli enti gestori per la corretta applicazione delle misure di contenimento del contagio e, laddove necessario, fornisce i DPI idonei.
7. Le misure adottate per consentire la graduale ripresa delle attività vanno progressivamente rafforzate per affrontare la probabile recrudescenza del contagio prevista per il prossimo autunno. Vanno riconsiderati, insieme alle PcD o con chi li rappresenta, i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali dei servizi territoriali e definiti ulteriori indicatori di processo e di esito per valutare la capacità di prevenire la diffusione delle infezioni.
8. Le Strutture nella fase emergenziale provvedono a rielaborare il Progetto di struttura con rimodulazione delle capacità operative quotidiane, destinazione d'uso dei locali, procedure organizzative, ricadute economico - gestionali, da proporre alle Amministrazioni Committenti.
9. Nei nuovi LEA i piani terapeutici che includono la fornitura dei dispositivi medici monouso per l'incontinenza, le stomie, le laringectomie, la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee e altri prodotti correlati alle cure domiciliari, in scadenza dal 5 marzo al 30 aprile, sono prorogati al 31 luglio 2020. Le regioni adottano procedure semplificate e il rinnovo automatico dei piani terapeutici sancendo che le prescrizioni possono essere rinnovate anche tramite il medico di famiglia, utilizzando la "ricetta dematerializzata" con la consegna dei dispositivi monouso (sacche, placche, cateteri, condom, cannule tracheali, etc.) e dei presidi (carrozine, deambulatori, letti, etc), direttamente al domicilio del paziente con modalità aderenti alla prevenzione del contagio.
10. La consegna della fornitura periodica dei prodotti di cui al punto precedente viene effettuata presso il domicilio del paziente con modalità aderenti alla prevenzione del contagio. Le regioni sono autorizzate a prevedere accordi quadro con uno o più fornitori.
11. Le commissioni di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap, quando la documentazione disponibile o da richiedersi all'interessato risulti probante, sono autorizzate ad effettuare la valutazione sugli atti e a rilasciare i relativi verbali.
12. Rivedere i criteri di inclusione al FNA. Prevedere che gli assegni di cura possano essere erogati a coloro che abbiano indennità di accompagnamento e riconoscimento della condizione di handicap in condizione di gravità senza bisogno della valutazione multidisciplinare dell'UVI/UVM.
13. Incentivare la ricerca e la produzione di dispositivi (ad es. mascherine trasparenti) che non limitano ulteriormente la possibilità di partecipazione e comunicazione.

Azioni immediate:

Enti e agenzie pubbliche devono definire una filiera trasparente delle responsabilità e dei compiti relativa all'organizzazione e controllo dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Indicare con chiarezza tempi e modi per l'accessibilità semplificando e velocizzando la burocrazia per fruire di servizi e prestazioni. Individuare le autorità competenti a cui demandare la responsabilità nel reperimento e nella allocazione delle risorse, prima fra tutti i DPI.

Gli enti locali devono:

- fornire le famiglie e gli enti gestori dei servizi territoriali di adeguati dispositivi di protezione;
- individuare e garantire i sostegni alle PcD che vivono sole o con l'assistente personale o con genitori anziani;
- costituire, di concerto con le organizzazioni maggiormente rappresentative, le "Unità speciale regionale", come previsto dall'art. 9 del D.L. n.14 del 9.3.2020;
- attivare e finanziare servizi alternativi ai centri diurni tenendo conto delle esigenze, dei desideri e delle preferenze della persona;
- sostenere la ripresa flessibile e modulabile delle attività di riabilitazione in tutte le forme possibili.

La ASL nell'immediato deve:

- prevedere l'accesso prioritario, alla pari degli operatori del reparto COVID-19, delle PcD e dei loro caregiver (professionali e familiari) alla diagnosi preventiva (test rapidi - tamponi);
- sottoporre gli operatori in servizio o alla ripresa delle attività e poi periodicamente, al test per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2;
- sottoporre periodicamente le persone che fruiscono dei servizi al test per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2 anche se asintomatici;
- autorizzare il differimento, la variazione della frequenza e dei setting dei progetti riabilitativi/assistenziali o nuove modalità di sostegno, compresi gli interventi da remoto, da valorizzare con risorse non utilizzate o aggiuntive.

La struttura nell'immediato deve:

- aggiornare il Documento per la Valutazione del Rischio (DVR) e il Documento per la Prevenzione e Gestione del Rischio clinico con focus specifico sulle misure da adottare per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2;
- adottare una procedura e istruzioni operative per le misure tecnico-organizzative da implementare per contenere la diffusione e la gestione del contagio;
- assicurare le attività di controllo interno di sorveglianza sanitaria specifica Covid 19 da parte del medico competente
- formare il personale diffondendo documenti e promuovendo la formazione a distanza;
- proporre, in accordo con la Pcd o con chi la rappresenta, la ripresa dei trattamenti in modalità ordinaria o alternativa.

Azioni a medio termine

Il Governo, a breve termine, deve:

- incrementare le risorse per FNA e FNPS per potenziare gli interventi domiciliari di supporto a tutte le persone con disabilità;
- emanare Linee di indirizzo per aggiornare i criteri dell'accreditamento istituzionale, definendo ulteriori requisiti strutturali, indicatori di processo e di esito utili a valutare l'efficacia delle misure di contenimento del contagio adottate dalle strutture e prevedere misure idonee per l'abbattimento dei costi che l'ente gestore dovrà sostenere per l'adeguamento;
- raggiungere l'accordo con la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano affinché tutte le Regioni recepiscano le linee d'indirizzo governative;
- semplificare le procedure per la validazione sanitaria di DPI più adeguati all'effettuazione di particolari terapie/interventi (es. mascherine facciali con visibilità della bocca) e permetterne la produzione a costi calmierati e con detrazioni;

- Verificare l'attuazione del DPCM del 2017 sui LEA.

La Regione, a breve termine, deve:

- convertire le Linee d'Indirizzo governative in norma attuative;
- definire nuove capacità operative, volumi prestazionali e tariffe;
- provvedere alla distribuzione dei Dpi;
- mantenere e sostenere i livelli occupazionali nel rispetto del contratto sottoscritto con la singola struttura in accordo a quanto previsto dall'art. 48 del DPCM 18/2020.

La Struttura, a breve termine, deve

- Emanare specifico provvedimento sulla ripresa delle attività dei centri semiresidenziali sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali;
- emanare Linee di indirizzo che definiscano tempi e modi per la ripresa delle attività;
- Indicare con precisione i requisiti sanitari indispensabili ad operatori ed utenti per la ripresa delle attività (attestazione tamponi negativi per utenti ed operatori prima dell'autorizzazione alla ripresa delle frequenze)
- Indicare i rischi di poter incorrere in possibili "Reati ascrivibili agli amministrazione e loro delegati dei servizi all'atto della riapertura dei servizi diurni"¹;
- rinnovare l'accreditamento istituzionale per individuare il volume delle prestazioni ottimali che consentono il mantenimento delle misure di sicurezza. Ogni struttura perciò aggiorna e autocertifica un nuovo Progetto di struttura che consenta il prosieguo immediato delle attività nelle more di una verifica di approvazione o implementazione da parte delle autorità sanitarie;
- rinnovare o proseguire i progetti riabilitativi, anche in funzione del momento emergenziale, e prevedere la possibilità di erogare prestazioni in setting e modalità alternative (ad es. da remoto, presso i contesti di vita);
- elaborare e rendere efficace una procedura organizzativa interna di prevenzione e gestione della infezione da trasmettere alle autorità sanitarie.

La FISH quale ruolo assume?

- Promuovere la qualità della vita delle PcD, delle persone con malattia cronica o malattia rare e in condizioni di fragilità.
- Ripensare i criteri per l'accreditamento delle strutture residenziali in funzione del profilo di rischio da contagio da SARS-CoV-2 che è classificato altissimo sia per i residenti che per gli operatori in funzione di tre variabili:
- esposizione: probabilità di venire in contatto con fonti di contagio;
- prossimità: caratteristiche intrinseche allo svolgimento delle prestazioni che non permettono un sufficiente distanziamento sociale;
- aggregazione: alta densità di popolazione in ambienti ristretti.

¹ Serve un chiarimento del Governo relativo ai rischi che gli amministratori delle strutture possono incorrere sul piano civile e penale rispetto ai reati di epidemia colposa e/o omicidio colposo, facendo riferimento ai capi di imputazione che sono stati notificati in Lombardia nell'ambito delle indagini nelle RSA e RSD. Il problema riguarda in particolare la riapertura dei centri diurni, i cui modelli organizzativi sono particolarmente esposti a questi tipi di reati. La riapertura dei Centri deve essere subordinata all'implementazione di procedure e protocolli per abbassare al minimo il rischio di contagio. Chi può assicurare che l'incontro di persone (utenti ed operatori) che sono rimaste per due mesi a casa, quindi senza sorveglianza sanitaria certificabile, non possa generare l'avvio di nuovi contagi. Solo i tamponi possono abbassare questa esposizione al rischio. Pertanto la certificazione di tampone negativo dovrebbe essere il presupposto per l'accoglienza in struttura di ospiti ed operatori da ripetere ogni mese fino alla fine della pandemia o l'individuazione e la somministrazione di possibile vaccino. Implicita la necessaria consapevolezza attraverso la formazione degli amministratori dei servizi che su questo tema non possono "trovarsi impreparati".

Criteri per l'Accreditamento

- ridurre drasticamente il numero dei residenti nelle strutture residenziali e semiresidenziali, immaginando tipologie d'accoglienze, organizzazione dei servizi e del lavoro ispirati alla CRPD, flessibili e che consentano libertà di scelte;
- favorire flussi unidirezionali all'ingresso e all'uscita;
- l'accesso agli spogliatoi deve essere diretto, evitare di attraversare altri locali della struttura;
- le strutture residenziali devono definire un'area d'isolamento interna (se le caratteristiche strutturali lo consentono) o esterna alla struttura principale: stanza singola con bagno e spogliatoio attiguo con lavandino per il personale.
- dotarsi di una piattaforma informatica;
- memorandum igiene delle mani e respiratoria per assistiti e operatori;
- attivazione di procedure di triage per gli operatori e per gli assistiti;
- cadenzare l'accesso alle prestazioni;
- regolamentare gli accessi al servizio di familiari e visitatori;
- assicurare la disponibilità di DPI per la protezione degli operatori e delle persone assistite;
- definire procedure di pulizia, disinfezione e sterilizzazione;
- indicatori sull'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento: linee guida, percorsi assistenziali;
- indicatori d'esito (ad es. relativi al triage)

La contagiosità e la diffusione dell'epidemia e le misure di contenimento aumentano il rischio di isolamento e abbandono soprattutto per quelle persone con disabilità che non hanno capacità di autodeterminazione e che a causa del loro funzionamento non possono ricorrere senza sostegno a strumenti di telecomunicazione.

Gestione della Persona con disabilità positiva al Covid 19

Protocollo in caso di positività della persona con disabilità o dell'assistente o di entrambi:

1) Positività della persona disabile che non può rimanere presso il proprio domicilio.

- In questo caso, ogni Regione dovrebbe alloggiare il disabile in stanze accessibili con bagno in camera e assisterlo, in base alle sue esigenze, con personale preparato e adeguatamente protetto, fornito dalla Regione stessa

2) Positività della persona disabile che può rimanere presso il proprio domicilio

- A) In questo caso, se gli spazi domiciliari consentono di effettuare la quarantena isolati dai propri familiari, la Regione dovrebbe inviare presso il domicilio del disabile il personale preparato e adeguatamente protetto per l'assistenza al disabile;
- B) se gli spazi domiciliari non consentono una quarantena isolata dai propri familiari, questi ultimi devono essere alloggiati presso strutture esterne;

3) Positività dell'assistente, badante, caregiver familiare

- In questo caso l'assistente deve effettuare la quarantena presso il proprio domicilio oppure in strutture esterne fornite dalla Regione. Potrà riprendere la sua attività di assistenza soltanto dopo il 2° o 3° tampone negativo.

Raccomandazioni generali Salute, diritto alla vita, riabilitazione e riabilitazione

Per tutti e tre i casi occorrerà sanificare l'ambiente in cui si è sviluppato il contagio.

Evitare il più possibile il ricorso in ospedale ma cercare di attivare la medicina al domicilio perché potrebbero esserci dei problemi accessori alla permanenza in ospedale (es. piaghe da decubito, gestione di persone con disabilità cognitiva ecc).

Prevedere la possibilità di una videoconferenza tra il caregiver e la persona disabile in caso di separazione in luoghi differenti.

Chiusura quarantena e ricongiungimento familiare

Questo protocollo dovrebbe essere mantenuto fino a che non arrivi almeno il secondo tampone.

Chi vive in RSA

Per chi vive in RSA - RSD si propone di isolare il più possibile i residenti in stanze singole con bagni. Questo ridurrebbe di molto la possibilità di contagio. Si propone una misura regionale ad hoc per il ritorno a casa della persona disabile in modo che sia assistito da care-giver o badanti (es assegno di cura COVID-19).

Post emergenza COVID 19

Si dovrebbe organizzare il "ritorno a casa" di persone ricoverate in RSA - RSD con strumenti idonei quali progetti di vita indipendente, assegno di cura, assistenza domiciliare indiretta compreso il supporto medico a domicilio. In questo modo si eviterebbero assembramenti in strutture in cui il contagio è difficile evitarlo in quanto un'alta concentrazione di persone in un unico posto porterebbe ad altre morti.

Linea di intervento 2 – Lavoro ed occupazione.

Linee di intervento generali

- 1. Avviare un programma nazionale di monitoraggio dell'impatto dell'emergenza sulla condizione lavorativa delle persone con disabilità** – programma che potrà strutturarsi su più fasi e dimensioni di breve/medio/lungo periodo. Nell'ambito di tale programma di monitoraggio, da svolgersi nel quadro delle complessive iniziative che il Paese assumerà in proposito (cfr. eventuale nuovo censimento Istat in cui venga inclusa una sezione dedicata) appare importante dedicare specifica attenzione al funzionamento della filiera dell'inserimento mirato ex Lege 68 – al fine di valutare l'impatto dell'emergenza sul funzionamento dei servizi per l'inserimento mirato e la capacità di tenuta e di reazione del sistema -; alla raccolta di dati provenienti dagli osservatori aziendali sulla disabilità laddove attivi; alle informazioni fornite dai responsabili dei processi di inserimento nel contesto della PA (rispetto ai quali può essere previsto uno specifico debito informativo). Inoltre nell'ambito del previsto percorso per la costruzione di una banca dati degli accomodamenti ragionevoli, andrà dedicata specifica attenzione alla raccolta di esperienze e buone pratiche relative a soluzioni di ragionevolezza a favore delle persone con disabilità legate alla gestione dell'emergenza Covid;
- 2. Revisione e attualizzazione delle politiche nazionali e regionali in tema di accesso e mantenimento al lavoro per le persone con disabilità**, assumendo i principi ed i contenuti della Convenzione ONU PcD come guida per il ripensamento e la riorganizzazione dei modelli di lavoro per la gestione del “durante e del dopo emergenza” al fine di evitare che le persone con disabilità siano quelle più esposte, in questa delicatissima fase economica e sociale, alla perdita del lavoro, anche in ottica di contrasto a situazioni di discriminazione con particolare riferimento a casi di discriminazione multipla. Le donne con disabilità che lavorano nell'assistenza sanitaria, negli istituti residenziali o in altre strutture che forniscono servizi sociali, molte delle quali in ruoli di pulizia o di cucina, siano adeguatamente curate e protette di fronte a potenziali rischi di contagio. Bisogna offrire supporto per migliorare l'accesso alle informazioni, ai dispositivi di protezione individuale oltre a promuovere metodi di lavoro flessibili. Per questo occorre adottare misure utili a fornire un risarcimento diretto alle lavoratrici informali con disabilità, compreso il personale sanitario, il personale domestico, quello che lavora con i migranti e negli altri settori maggiormente colpiti dalla pandemia, in modo che possano continuare a generare reddito e mezzi di sussistenza. Per questo quindi occorre avviare un programma nazionale di monitoraggio dell'impatto dell'emergenza sulla condizione lavorativa delle persone con dati disaggregati per genere e disabilità. Viene fatto espresso riferimento alla condizione delle donne con disabilità e delle donne caregiver che in questa fase risultano essere tra i soggetti in assoluto più esposti ai rischi innanzi richiamati. Conseguente riprogrammazione dei fondi nazionali, a partire dal Fondo per il diritto al lavoro delle persone con disabilità, e dei fondi strutturali e delle misure di competenza regionale a sostegno di iniziative e progettualità volte a favorire l'accesso ed il mantenimento dell'occupazione per persone con disabilità nella fase successiva all'emergenza, anche valorizzando il ruolo delle cooperative sociali di tipo B e degli strumenti di convenzionamento previsti dalla legge 68/99 e dal Dlgs 276/03 articolo 14 nonché sostenendo i processi di trasformazione e riprogettazione dei servizi e attività delle imprese

sociali e degli enti di terzo settore impegnati nei percorsi di inserimento lavorativo, promozione, tutela delle persone con disabilità, sotto i diversi profili incluso quello economico e finanziario;

3. **Valorizzazione del ruolo delle persone con disabilità e delle relative Associazioni di rappresentanza** nonché delle figure – ove esistenti – del disability manager e del responsabile dei processi di inserimento mirato nella partecipazione ai Comitati aziendali per la verifica e attuazione del Protocollo per la sicurezza COVID 19 di cui all'accordo Confindustria-Parti sociali e relative applicazioni, sviluppi, declinazioni nonché in generale rispetto alla definizione, attuazione, monitoraggio e valutazione delle misure di prevenzione e contenimento del contagio da COVID 19. Rispetto alle misure di prevenzione e contenimento del contagio in azienda si evidenzia in particolare la necessità che venga posta specifica attenzione – anche tenendo conto di quanto evidenziato all'interno delle specifiche linee guida INAIL in materia (*documento tecnico del Comitato Scientifico INAIL sulle procedure per la ripresa dell'attività lavorativa in azienda del 23 aprile 2020*) - ai bisogni ed esigenze delle persone con disabilità e in condizioni di fragilità, assicurando l'effettivo l'accesso ed efficacia rispetto ai programmi formativi e informativi che devono essere fruibili dalla totalità dei lavoratori incluse le persone con disabilità, sostenendo l'accesso agli adeguati sostegni e soluzioni che ne garantiscano il recepimento e effettiva applicazione inclusa l'adozione di misure e soluzioni di ragionevolezza utilizzando gli specifici incentivi e fondi previsti in materia. Dato atto che l'epidemia ha generato e prodotto nuove barriere ai fini dell'accesso in condizioni di parità ai diritti fondamentali dell'uomo, tra cui quelle alla comunicazione (si pensi a titolo di esempio alla limitazione del contatto o all'uso di mascherine ed ai conseguenti effetti per le persone con disabilità sensoriali), ed assunta la particolare complessità nell'applicare alle persone con limitazioni dell'autonomia personale concetti come quello di distanza sociale, risulta infatti essenziale inserire la necessaria tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in un quadro di complessiva attenzione ai diritti delle persone con disabilità al fine di prevenire e, ove esistenti, rimuovere barriere di ogni ordine e grado, combinando le misure e soluzioni organizzative e procedurali di tipo tecnico con la garanzia degli irrinunciabili diritti di piena partecipazione e pari opportunità delle persone con disabilità;
4. Immediata **ripresa del funzionamento della filiera dell'inserimento mirato** - con massima valorizzazione dell'apporto proveniente dalle associazioni delle persone con disabilità, della cooperazione sociale e in generale dalla rete territoriale degli Enti di Terzo Settore - e **garanzia di continuità e estensione dei tirocini** – inclusi quelli finalizzati all'inclusione – con riconoscimento degli stessi tirocini ai fini dell'accesso a tutele analoghe a quelle previste dalla normativa d'emergenza per i lavoratori. In un quadro generale di promozione dell'empowerment dei lavoratori con disabilità, occorre in particolare garantire sostegni e supporti attivi per l'esercizio del lavoro nella fase successiva all'emergenza e in quelle seguenti, incluse le figure dei tutor aziendali; consolidare il patrimonio di competenze – garantendo che non si verifichi dispersione dei percorsi formativi sin qui maturati; ripensare i contenuti dei programmi formativi per le persone con disabilità al fine di estenderne l'oggetto ad attività ed ambiti ulteriori rispetto alle tradizionali aree, tra cui l'informatica, l'uso di nuove tecnologie, i settori dell'informazione e delle attività economiche a distanza e online, (etc.);

5. **Esigenza di assicurare soluzioni potenziate di conciliazione vita-cura-lavoro per le persone con disabilità** che, anche a fronte della difficoltà di accesso a prestazioni di cura e assistenza nella fase dell'emergenza, potranno avere necessità di maggiori prestazioni di cura e riabilitazione per recuperare condizioni di autonomia e di salute. Riattivare pertanto i servizi di tipo socio-occupazionale e in generale la piena ripresa delle attività riabilitative al fine di sostenere le capacità e le autonomie delle persone con disabilità anche in chiave lavorativa;
6. **Pieno riconoscimento del diritto al lavoro agile ed estensione/integrazione delle tutele per le assenze dal lavoro di persone in condizioni di fragilità, con rischio di immunodepressione o esiti di gravi patologie e uso di terapie salvavita, nonché dei loro familiari** (vedi seconda sezione del presente documento). In correlazione con quanto sopra, avviare/sostenere/incentivare programmi di educazione/abilitazione delle persone con disabilità per l'accesso e utilizzo di *devices*, strumentazioni e connessioni ai fini della possibilità di esercizio del diritto al lavoro agile, unitamente all'estensione a tutte le persone con disabilità dalle agevolazioni per telefonia mobile e fissa, incluso il diritto al collegamento ad internet;
7. Andrà nel contempo assicurato che le persone con disabilità mantengano condizioni di **pari opportunità e di eguaglianza rispetto alla possibilità di svolgere l'obbligazione lavorativa anche all'interno del contesto organizzativo**, con le misure e soluzioni meglio viste, evitando che misure di protezione applicate in modo irragionevole e non attento al valore della partecipazione del lavoratore alla vita aziendale, anche di persona e non solo da remoto, possano determinare anche in via indiretta situazioni di esclusione e di discriminazione. Alla luce della massima priorità da attribuire al diritto "positivo" al lavoro da parte delle persone con disabilità, dovrà operarsi primariamente per garantire la possibilità di espletare l'obbligazione lavorativa, ovviamente in condizioni di sicurezza, pur mantenendo le misure di tutela per le assenze dal lavoro per le ipotesi in cui, nonostante ogni ragionevole sforzo e ogni possibile valutazione tesa a favorire l'effettivo esercizio del lavoro, non risulti oggettivamente possibile assicurare per il periodo emergenziale il concreto dispiegarsi dell'attività lavorativa. Conseguente necessità di garantire il trasporto attrezzato e una mobilità effettivamente accessibile come preconditione di accesso e mantenimento ad un lavoro in condizioni di eguaglianza da parte delle persone con disabilità;
8. Intervenire sulla normativa per assicurare che nel periodo di crisi economica derivante dall'emergenza le persone con disabilità trovino **massima tutela sostanziale rispetto a situazioni di crisi aziendali e condizioni che possano determinare il ricorso al giustificato motivo oggettivo a giustificazione di licenziamenti**. In linea con la più evoluta giurisprudenza europea e nazionale in materia prevedere, con un adeguato coinvolgimento dei sindacati con i quali risulta essenziale attivare un confronto sul tema, che il licenziamento dei dipendenti con disabilità nel settore privato – sempre che non sia disposta una generale proroga del blocco dei licenziamenti o accolta proposta di blocco dei licenziamenti per i lavoratori assunti in quota L. 68/99– venga evitato non solo non conteggiando le assenze di cui all'articolo 26 del Decreto Cura Italia nel periodo di comporta, ma anche per asseriti giustificati motivi che si radichino in motivazioni economiche e di trasformazione organizzativa, se non a fronte di una comprovata evidenza

dell'impossibilità oggettiva di prosecuzione dell'attività lavorativa già svolta dalla persona con disabilità, di ricollocazione in altre mansioni compatibilmente con il quadro di sicurezza e salute collettivo e individuale e le specifiche caratteristiche aziendali, e comunque garantendo pari diritti e opportunità rispetto alla generalità dei lavoratori rispetto ai generali criteri di scelta;

9. Parallelamente prevedere **misure specifiche aggiuntive per i caregiver in ottica di conciliazione vita-cura-lavoro**, anche accelerando l'iter di utilizzo dell'apposito capitolo nazionale di dotazione finanziaria destinato ai caregiver - e l'adozione del previsto Testo Unico, tenuto conto che le diverse tempistiche e modalità di riattivazione dei centri e servizi per le persone con disabilità ovvero la loro conversione in modalità domiciliari e a distanza di cui agli articoli 47 e 48 del Decreto Cura Italia nonché il perdurare della chiusura degli istituti di istruzione, determineranno anche per i prossimi mesi un quadro di forte complessità e sollecitazione a carico dei caregiver e familiari nella gestione dei bisogni ed esigenze delle persone con disabilità nel contesto domiciliare.

Emendamenti e integrazioni normative

1. Fino al 31 dicembre 2020, il lavoratore dipendente pubblico o privato, portatore di handicap grave ex art. 3 comma 3 l. 104/92 ovvero il lavoratore familiare di persona portatrice di handicap grave ex art. 3, comma 3 l. 104/92, avrà la facoltà di fruire per ciascun mese dell'estensione della durata dei permessi retribuiti ex art. 33, commi 3° e 6° l. 104/92 e così di ulteriori 12 giorni di permesso mensile, aggiuntivi a quelli ordinari così come previsto dall'articolo 24 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.
2. Fino al 31 dicembre 2020 e limitatamente ai periodi coincidenti con l'anno scolastico 2019/2020, i genitori lavoratori dipendenti del settore privato e del settore pubblico avranno diritto a fruire del congedo parentale di cui agli articoli 23 e 25 del decreto legge n. 18/2020 in misura pari a 15 giorni per ciascun mese.
3. Fino al 31 dicembre 2020 è inoltre possibile fruire del congedo ex artt. 23 e 25 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 nelle stesse giornate in cui l'altro genitore presente nel nucleo familiare stia fruendo, anche per lo stesso figlio, dei permessi di cui all'articolo 33, commi 3 e 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, del prolungamento del congedo parentale di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 o del congedo di cui all'articolo 42, comma 5, del medesimo decreto legislativo.
4. In aggiunta a quanto previsto dall'art. 39 del decreto legge n. 18/2020 – diritto al lavoro agile per le persone con riconoscimento di handicap grave, da confermare sino al 31 dicembre 2020 - si chiede di riconoscere anche per le persone con gravi e comprovate patologie, comorbidità che comportino condizioni di gravità, persone con rischio di immunodepressione, il diritto al lavoro agile di cui al comma 1 dell'articolo 39. con l'aggiunta dunque della seguente previsione. "Ai lavoratori del settore privato affetti da gravi e comprovate patologie, comorbidità che comportino situazione di gravità, ovvero che presentino stati di immunodepressione congenita o acquisita, risultante da certificazione rilasciata dai medici di medicina generale, medici del Sistema Sanitario Nazionale, medici convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale, è riconosciuto il diritto al lavoro agile di cui al comma precedente".
5. Fermo quanto sopra, e richiamato quanto previsto in ambito di pubblica amministrazione all'interno della quale il lavoro agile costituisce la modalità ordinaria di svolgimento dell'obbligazione lavorativa per il periodo emergenziale, viene previsto che sino al 31 dicembre 2020 ai lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di

disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dal Medico di Medicina Generale ovvero dal Medico del Servizio Sanitario Nazionale o Convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, avrà diritto di assentarsi dal lavoro. Il periodo di assenza dal servizio, è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto legge 2 marzo 2020, n. 9.

6. La riduzione delle giornate lavorative dipendente da misure di integrazione del reddito, quali, ad esempio, CIGO, CIGS, CIG in deroga, Assegno ordinario, CISOA, NASpI e DIS-COLL, non comporta la riparametrazione dei permessi lavorativi i cui all'articolo 33, commi 3 e 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e del loro ampliamento ai sensi dell'articolo 24 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.
7. Garantire il diritto di accesso alla indennità di cui agli artt. 27 (indennità professionisti e lavoratori con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa), 28 (indennità lavoratori autonomi iscritti alle gestioni speciali dell'Ago), 29 (indennità lavoratori stagionali del turismo e degli stabilimenti balneari), 30 (indennità lavoratori del settore agricolo) e 38 (indennità lavoratori del settore dello spettacolo) del decreto legge n. 18/2020 ai lavoratori con disabilità anche se titolari di trattamenti previdenziali.

Aumento straordinario delle provvidenze assistenziali per disabilità sottoposte alla prova dei mezzi

Con decorrenza dal 1 giugno 2020 e fino al 31 dicembre 2020 sono raddoppiati i ratei mensili della pensione di inabilità di cui all'articolo 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, dell'assegno mensile di assistenza di cui al successivo dall'articolo 13 della medesima norma, della pensione per ciechi assoluti e parziali di cui agli articoli 7 e 9 della legge 10 febbraio 1962, n. 66 e della pensione ai sordi di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni.

[stima 1 mld 800 milioni]

Ulteriori linee d'azione e proposte normative

1. **Integrazione protocolli sicurezza e salute in ambito Covid nella gestione della disabilità in azienda.** Sarà necessario implementare i protocolli di sicurezza e salute in ambito Covid di imminente adozione, partendo dal richiamato Protocollo Confindustria – Parti Sociali promosso da Governo, mediante la previsione di una serie di misure aggiuntive finalizzate a preservare la sicurezza e la salute dei lavoratori “fragili”. Si fa in particolare riferimento all'esigenza di garantire l'adeguamento delle modalità di rientro sul posto di lavoro dei lavoratori con disabilità e in condizioni di fragilità e la permanenza in esso, nonché alle modalità di somministrazione della formazione e ai processi di accompagnamento per garantire il recepimento e attuazione delle misure. Sarà quindi necessario coordinare le misure di sicurezza adottate nei confronti della generalità dei lavoratori alle peculiarità e specifiche esigenze legate alle particolari caratteristiche del singolo lavoratore con disabilità e con fragilità
2. **Declinazione e applicazione del principio dell'accomodamento ragionevole rispetto all'emergenza ed al post-emergenza e accesso agli incentivi.** Tutte le misure finalizzate a garantire l'accesso nonché l'adeguamento della postazione di lavoro del lavoratore con disabilità che trovino causa nell'emergenza Covid- 19 dovranno poter beneficiare degli incentivi economici previsti dalla normativa di settore. In particolare si chiede che i contributi erogati dal Fondo regionale per l'occupazione dei disabili vengano destinati

anche a tutte le aziende e gli enti che, in concomitanza con l'emergenza sanitaria, abbiano adottato accomodamenti ragionevoli durante l'emergenza Covid 19 e così contribuiti agli enti che svolgano attività rivolta al sostegno e all'integrazione lavorativa dei disabili e contribuiti per il rimborso forfetario parziale delle spese necessarie all'adozione di accomodamenti ragionevoli in favore dei lavoratori con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50 per cento, incluso l'apprestamento di tecnologie di telelavoro o la rimozione delle barriere architettoniche che limitano in qualsiasi modo l'integrazione lavorativa della persona con disabilità, nonché per istituire il responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro.

3. **Formazione e informazione sulla sicurezza e salute dei lavoratori per familiari e persone con disabilità.** Si suggerisce che nei programmi di formazione e informazione dei lavoratori in tema di sicurezza e salute negli ambienti di lavoro rispetto al tema Covid 19, venga posta specifica attenzione - attraverso l'elaborazione di specifiche linee guida da adottarsi a livello nazionale - rispetto al lavoratore con disabilità maggiormente esposto ai rischi legati al contagio in ragione della sussistenza di una condizione di maggior fragilità o condizioni derivanti da gravi patologie o terapie salvavita, nonché al lavoratore che sia familiare convivente degli stessi.
4. **Prolungamento del congedo per cure per invalidi.** In ragione della sospensione di ampia parte delle attività afferenti i programmi riabilitativi nonché, in generale, della maggiore complessità durante il periodo emergenziale nell'accesso alle cure ordinarie, e al fine di consentire alle persone con disabilità un congruo recupero delle proprie capacità e autonomie, unitamente all'obiettivo di ridurre massimamente gli effetti pregiudizievoli derivanti dalla riduzione/sospensione di interventi di cura e assistenziali, si chiede di poter prolungare di ulteriori 30 giorni il congedo per cure per invalidi di cui all'art. 7 del d. lgs. n. 119/2011. Ciò anche in previsione dell'inevitabile esaurimento/depauperamento - durante il periodo emergenziale - per la generalità dei lavoratori di tutti gli altri istituti contrattuali eventualmente utilizzabili per la sottoposizione a cure e terapie, e così permessi, banca ore, ferie, malattia ordinaria.
5. **Tutela in materia di licenziamento.** Per effetto del forzato arresto dall'attività lavorativa di quei lavoratori costretti ad assentarsi in funzione della salvaguardia e tutela della propria salute, si chiede che sia riconosciuto in favore dei lavoratori portatori di handicap grave ovvero dei lavoratori in condizione di rischio così come definiti dall'art. 26 del d. l. n. 18/2020 il diritto allo scorporo dei periodi di assenza per malattia determinati dall'emergenza COVID 19 dal computo del periodo di comporta. Ciò al solo fine di scongiurare il pericolo di dare avvio a procedure di licenziamento per giustificato motivo oggettivo determinate dal superamento del periodo di comporta determinato da protratta assenza non imputabile al lavoratore medesimo. Analogamente si ritiene di dover intervenire nell'assicurare le dovute garanzie ai lavoratori con disabilità nelle ipotesi di riorganizzazione aziendale che possano comportare la soppressione/trasformazione di funzioni e posizioni, assicurando, di concerto con le parti sindacali, che la cessazione del rapporto di lavoro a carico di persone con disabilità debba essere soggetta ad un onere della prova "rafforzato" di aver utilmente esperito ogni passaggio utile al fine della conservazione del posto di lavoro, considerate le maggiori difficoltà da parte di una persona con disabilità a trovare ricollocazione sul mercato del lavoro.
6. **Previsione misure urgenti per caregiver .** Si chiede di garantire ai lavoratori caregiver di poter fare affidamento su procedure di accoglimento delle domande di fruizione del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5 del d. lgs. n. 151/2001 con modalità semplificate e più celeri. In particolare si chiede che la domanda amministrativa presentata

dal lavoratore all'Inps – e contestualmente al datore di lavoro per esigenze di maggior celerità e pronta attivazione della misura - sia evasa nel termine di 10 giorni lavorativi dall'intervenuta presentazione, onde garantire al lavoratore medesimo di poter apprestare la giusta assistenza in tempi celeri, intendendosi come accolta in caso di mancato diniego entro il suddetto termine.

7. **Estensione norme di maggior favore contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro in materia di malattia.** Al fine di favorire e preservare la posizione di tutti i lavoratori con disabilità, si sollecitano aziende ed enti pubblici a poter dare applicazione alle misure di maggior favore contenute nei rispettivi contratti collettivi (a titolo esemplificativo prolungamento del periodo di comporto, scorporo giornate di assenza dovute a determinate patologie, aumento giornate di permesso) non solo alle categorie di lavoratori così come individuate dalle disposizioni della contrattazione ma altresì a tutti i lavoratori portatori di handicap grave ovvero in condizione di rischio così come definite dall'art. 26 comma 2° del d. l. n. 18/2020.

Linea di intervento 3 – Politiche e servizi per la vita indipendente e l'inclusione nella società

L'attuale situazione di emergenza sanitaria determinata dalla pandemia di Coronavirus, ha messo in luce tutti i limiti della mancata attuazione della riforma costituzionale in ambito socio-sanitario, evidenziando sia inadeguatezza del sistema normativo dovuto alla mancata elaborazione dei LIVEAS sociali e la carente applicazione dei LEA sanitari. Tutto ciò ha mostrato una evidente disparità di trattamento dei cittadini, rispetto la Regione di appartenenza e, a cascata, rispetto al Comune di appartenenza conseguenza di limiti strutturali di impostazione della Carta Costituzionale. Simili perplessità erano state rappresentate anche attraverso l'ultimo referendum costituzionale, che dedicava alla modifica dell'attuale Titolo V una parte del nuovo progetto costituzionale, nella direzione di un rafforzamento delle competenze statali.

Per questo, le azioni previste di seguito sono in larga misura dettate dalla rinnovata volontà di applicare concretamente l'articolo 19 della Convenzione ONU, puntando sulla preliminare e propedeutica condivisione di criteri, indicatori, requisiti organizzativi, e sulla loro successiva formale adozione da parte di Regioni ed Enti locali, ma anche di ogni altra istituzione od organizzazione coinvolta in uno scenario emergenziale dettato dalla pandemia in atto.

Al di là della soluzione politica di un eventuale riordino dell'assetto costituzionale, appare urgente imprimere una spinta nella direzione dell'adozione di interventi normativi per la definizione di almeno il LIVEAS della domiciliarità, ovvero dei LEPS che definirebbero le misure per il sostegno all'attuazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili. **In tal senso sarebbe auspicabile la nomina di un intergruppo parlamentare dedicato a simile obiettivo che collabori con l'Osservatorio nazionale, per predisporre misura di sistema per la domiciliarità che accompagnino la parte fragile del Paese nel nuovo stile di vita che ci apprestiamo ad affrontare.**

Le condizioni e il rischio di isolamento, confinamento e segregazione delle persone con disabilità rappresentano questioni centrali in questo dibattito, emergenti sia dalle storie di vita che da alcuni approfondimenti di ricerca. Le pur diverse connotazioni dell'isolamento e del confinamento rispetto alla vera e propria segregazione impongono interventi sinergici di potenziamento e qualificazione della rete dei servizi, basati su politiche inclusive a favore delle persone e delle loro famiglie. L'istituzionalizzazione, ossia l'imposizione – esplicita o implicita – a trascorre la propria quotidianità (anche in parte) in luoghi nei quali non è consentito l'esercizio della scelta di dove, come o con chi vivere, appare una delle forme di segregazione da contrastare con maggiore urgenza e impegno, pensando sia alle persone che oggi vivono in istituzioni totali, sia a quelle che vi sono a rischio.

Sul piano strettamente emergenziale e/o post-emergenziale è opportuno focalizzare alcuni aspetti ineludibili, sia dal punto di vista etico che giuridico.

Prima fra tutte la questione della residenzialità che ha confermato l'inadeguatezza del modello istituzionale e/o ospedalizzante quale risposta alla quotidianità di "persone" troppo spesso considerate "malate" e non già in una diversa condizione di vita. Tale visione accompagnata a scelte sanitarie discutibili sta comportando una strage figlia di una visione subalterna della dignità umana. La Federazione sul tema aveva dedicato la Conferenza di Consenso - Disabilità: riconoscere la segregazione rappresentando tutte le riserve sul modello istituzionale di alcuni sistemi di ospitalità abitativa. Lo stesso Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite ad agosto 2016 esprimeva fra l'altro nelle sue conclusioni al primo rapporto dell'Italia, riguardo all'art.19

“Il Comitato è seriamente preoccupato per la tendenza a re-istituzionalizzare le persone con disabilità e per la mancata riassegnazione di risorse economiche dagli istituti residenziali alla promozione e alla garanzia di accesso alla vita indipendente per tutte le persone con disabilità nelle loro comunità di appartenenza. Il Comitato inoltre nota con preoccupazione le conseguenze generate dalle attuali politiche, ove le donne sono “costrette” a restare in famiglia per accudire i propri familiari con disabilità, invece che essere impiegate nel mercato del lavoro. Il Comitato raccomanda: a) di porre in atto garanzie del mantenimento del diritto ad una vita autonoma indipendente in tutte le regioni; e, b) di reindirizzare le risorse dall’istituzionalizzazione a servizi radicati nella comunità e di aumentare il sostegno economico per consentire alle persone con disabilità di vivere in modo indipendente su tutto il territorio nazionale ed avere pari accesso a tutti i servizi, compresa l’assistenza personale.”

Pertanto si richiede di istituire immediatamente un fondo di euro 300 milioni per favorire la deistituzionalizzazione delle persone disabili e/o anziane su richiesta delle stesse e/o dei loro familiari. Tale soluzione potrà riguardare sia il finanziamento diretto dell’assistenza autogestita, che il pagamento di soluzioni abitative assistite di tipo familiare. La quantificazione della spesa si riferisce alla possibilità di assunzione di badanti, in regime di convivenza, per circa 15 mila persone.

Un altro elemento di forte criticità di questo momento emergenziale è rappresentato dall’ampiamiento della platea delle povertà che ha visto ai margini dei provvedimenti di sostegno al reddito le persone disabili che non lavorano. A partire dal Reddito di Cittadinanza fino a giungere ai bonus previsti dal decreto “Cura Italia” le persone disabili hanno trovato percorsi ad ostacoli, spesso insormontabili, per accedere alle misure di contrasto alla povertà, anche se uno dei fattori determinanti è rappresentato dalla condizione di salute. La situazione di emergenza, ha acuito, di fatto, attraverso il distanziamento sociale il senso di isolamento e la difficoltà di reperimento dei mezzi necessari per il sostentamento, aumentando paradossalmente il costo della vita. Il riavvio delle attività e del ripristino della nuova normalità sarà un percorso lungo e non senza difficoltà per le persone con disabilità, anche dal punto di vista economico, pertanto **si richiede l’adeguamento delle pensioni e assegni di invalidità pari ad € 600,00 mensili.** Rappresentando che detti emolumenti vengono erogati esclusivamente a chi sostanzialmente non lavora.

Per quanto riguarda le attività di vita quotidiana si ritiene necessario per la sostenibilità dell’equilibrio psicofisico, principalmente delle persone con disabilità intellettivo relazionale, **consentire l’uscita in spazi ed aree non particolarmente frequentate, senza limiti di tempo, in modo da favorire la realizzazione di attività ludiche con caregivers e/o operatori sociali.**

Riguardo alle strutture semiresidenziali socio assistenziali si ritiene opportuno, nelle more dell’adozione dei protocolli anticontagio definitivi, per la fase di riavvio procedere:

- a) **Per le attività che si svolgono all’aperto come quelle sportive e di agricoltura sociale la riapertura al 18 maggio 2020**
- b) **Per le attività in spazi chiusi alla riapertura a partire dal 25 maggio 2020, anche in modalità parzialmente rimodulata, prevedendo la riorganizzazione degli spazi di copresenza delle persone disabili e degli operatori, definendo le procedure di controllo delle loro condizioni di salute, delle modalità di svolgimento di eventuale servizio di trasporto, ecc.**
- c) **Per tutte le attività viene sospeso il servizio di mensa, per il quale si attendono indicazioni, alla stregua delle attività di ristorazione**

Al fine di promuovere la domiciliarità sostenibile delle persone con disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3, della legge n. 104/92, che attualmente impiegano assistenti familiari e/o badanti, per i quali i costi di gestione sono aumentati anche a causa della dotazione dei dispositivi di protezione del personale impiegato, di poter **richiedere all’INPS la decontribuzione**

previdenziale del 2, 3 e 4 trimestre 2020. Si richiede la dotazione di un fondo pari ad euro 100 milioni, con soddisfazione di un bacino di circa 97 mila famiglie calcolato su una contribuzione media di 25h settimanali

In considerazione del progressivo riavvio delle attività si chiede di prorogare la possibilità di impiego del lavoro agile da parte dei dipendenti pubblici e privati che hanno ottenuto il riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992 fino al 31 dicembre 2020, quale modalità di lavoro ordinaria. Allo stesso tempo prevedere per detti lavoratori, in caso di mansione non compatibile con il lavoro agile, di poter avere un cambio di mansione temporaneo compatibile con la condizione personale in modalità agile, senza alcuna modifica delle condizioni economiche.

In considerazione del progressivo riavvio delle attività socioassistenziali e sociosanitarie si richiede la proroga dell'estensione dei giorni di permesso. Il numero di giorni di permesso retribuito coperto da contribuzione figurativa di cui all'articolo 33, comma 3 e 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è incrementato di ulteriori complessive dodici giornate usufruibili nei mesi di maggio e giugno 2020

Fino al **30 giugno 2020** ai lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992, il periodo di assenza dal servizio prescritto dalle competenti autorità sanitarie, è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto legge 2 marzo 2020, n.9. 3

Linea di intervento 4 - Inclusione scolastica e processi formativi

Le alunne e gli alunni, le studentesse e gli studenti con disabilità, purtroppo, con la sospensione delle lezioni in presenza si sono visti privati del Diritto allo studio, diritto questo costituzionalmente garantito dall'art. 34 e dalle pari opportunità garantiti anche dalla Convenzione Onu sui Diritti delle Persone con disabilità recepita con Legge n.18 del 2009.

La situazione su tutto il territorio nazionale è inevitabilmente a macchia di Leopardò. Le realtà (poche) che avevano già esperienze di didattica informatizzata, digitale e nelle quali anche le verifiche avvenivano su supporto elettronico, non hanno quasi avvertito la differenza fra il prima e l'adesso. Il problema sono tutte le altre realtà nelle quali non solo mancano i device, ma manca proprio il Know How, e quel che si sta facendo è basato sulla capacità e buona volontà dei docenti più illuminati. Il problema è la difficoltà a poter garantire la continuità didattica per tutti, ma soprattutto per gli studenti con disabilità (intellettiva in primis), per i quali si aggiunge anche l'incapacità di garantire l'assistenza alla relazione e socializzazione. Le famiglie stanno vedendo vanificato il lavoro di anni, quelle stesse famiglie che si stanno anche inventando insegnanti, educatori, assistenti alla autonomia ed alla comunicazione.

Tanti alunni con disabilità che hanno necessità di un supporto intensivo sono esclusi di fatto dalla DaD e dobbiamo pretendere che il lavoro svolto con loro negli anni non venga perso, che la disabilità non rimanga relegata ai titoli di coda. Senza se e senza ma. Hanno difficoltà i docenti, molta difficoltà gli studenti (che si aiutano sulle chat di classe), estrema difficoltà o impossibilità d'utilizzo (senza alcun supporto) gli studenti con disabilità.

Per quanto possiamo apprezzare che sul sito del MIUR sia stata inserita una sezione dedicata alla Didattica inclusiva via Web, con i link ai contributi delle varie associazioni, non possiamo non rammaricarci di come il Ministero dell'Istruzione si sia praticamente dimenticato della disabilità: esclusione dal comitato degli esperti che dovranno programmare la fase 2 e quindi le modalità di riapertura delle scuole; negli Atti del Senato n°1774 solo in un piccolo passaggio si fa riferimento alla disabilità, indicando che ben l'89% delle scuole ha predisposto materiali ed attività per gli studenti con disabilità. Non è pensabile che inviare da parte dei docenti solo schede che gli alunni debbono compilare senza un supporto diretto a distanza o in presenza, possa essere considerato includere gli alunni e studenti con disabilità nella DaD.

L'attuale sistema di didattica a distanza sta rischiando di condannare gli alunni e gli studenti con disabilità ad essere costretti, loro malgrado, sempre più, all'isolamento, all'emarginazione, con la chiara conseguenza della negazione del proprio diritto allo studio, sancito anche dall' art. 24 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Quindi nell'immediato e nello specifico:

1. la didattica a distanza deve essere garantita in pari condizioni di opportunità con gli altri compagni di classe;
2. la didattica a distanza deve basarsi sul coordinamento di tutti gli insegnanti curricolari, di quello di sostegno e dell'assistente specialistico per l'autonomia e la comunicazione;
3. si devono prevedere videolezioni personalizzate per i singoli alunni con gli insegnanti di sostegno per supportarli nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal proprio PEI;
4. mai come in questo momento occorre avere una figura di riferimento come l'assistente specialistico per l'autonomia e la comunicazione anche per supportare gli alunni e studenti a comunicare ed interagire proprio mediante lo strumento tecnologico, attraverso un intervento individuale domiciliare, valorizzandone il ruolo;

5. occorre che vengano convocati i GLO (Gruppi di Lavoro Operativi) per verificare il raggiungimento, totale o parziale, degli obiettivi del PEI di quest'anno, e strutturare e rimodulare il PEI anche alla luce delle differenti condizioni di apprendimento e per l'anno prossimo. Si ricorda, in ogni caso, che il PEI va predisposto entro il 30 giugno, onde poter delineare tutte le risorse umane professionali e tecnologiche di sostegno e di supporto che serviranno per il prossimo anno;
6. occorre tenere in considerazione le certificazioni degli alunni che devono iniziare un nuovo ciclo scolastico, per chi non ha provveduto prima di febbraio, quindi prevedere soluzioni alternative (certificazioni di medici specialisti, per esempio).
7. occorre inoltre considerare il dramma della discontinuità didattica, specie per il docente di sostegno, cui sono sottoposti gli alunni e studenti con disabilità in particolare quelli con disabilità intellettive e relazionali. Essi annualmente soffrono per tutto il primo quadrimestre a causa della fatica nel doversi relazionare con nuovi docenti; ciò li disorienta e rende molto ansiose le loro famiglie, provocando gravi ritardi per una buona qualità dell'inclusione. Va quindi assolutamente garantita almeno la continuità della figura dell'insegnante;
8. laddove necessaria e concordata con le famiglie va convertita la DaD in attività domiciliare con tutte le precauzioni alla garanzia della salute possibili;
9. verificare l'operato delle varie istituzioni scolastiche attraverso una richiesta a tutti i dirigenti di documentare quali iniziative siano state attivate per garantire la continuità degli apprendimenti anche per gli alunni e studenti con disabilità;
10. valutare di rimodulare il calendario scolastico anche per poter sfruttare la stagione estiva e quindi più calda e soleggiata per favorire didattica all'aperto con intensificazione dell'attività fisica, sempre garantendo il distanziamento sociale;
11. richiamare i CTS al loro ruolo di coordinatori e centri di supporto;
12. migliorare l'accessibilità dei testi già accessibili: gli stessi CTS potrebbero digitalizzare i testi in CAA e in easy to read ed inviarli alle scuole in modo da creare una biblioteca digitale ancor più ampia di testi accessibili fruibili dagli alunni con disabilità.

Linea di intervento 5 – Le regioni ed i territori

La pandemia legata al COVID-19 ha colpito migliaia di persone, ma ha anche abbattuto i nostri sistemi di welfare regionali, sanitari ed educativi, e a pagarne le conseguenze sono state le persone con disabilità e le famiglie, lasciate sole dalle Istituzioni (Governo e Regioni).

In questi ultimi giorni si sta parlando di programmazione della **FASE 2**, e per evitare quello che è successo in questi mesi, le Federazioni regionali propongono alcuni suggerimenti in merito alla presa in carico delle persone con disabilità:

1) **GARANTIRE LA SICUREZZA:** per poter ripartire, riteniamo doveroso e imprescindibile per senso di responsabilità nei confronti delle persone con disabilità, dei loro familiari, degli operatori

dei Centri di Riabilitazione e delle Cooperative, che le Regioni italiane devono adottare i seguenti provvedimenti:

A) *estendere a tutte le regioni le buone pratiche già adottate in alcune regioni:*

a.1: Procurare tempestivamente test sierologici rapidi per lo screening e test di diagnosi molecolare (tamponi orofaringei), distribuirli capillarmente attraverso i Comuni in quantità sufficiente per somministrarli a tutta le categorie a rischio, iniziando dallo screening con test sierologici a risposta rapida e proseguendo con i tamponi per i positivi al test (Buona pratica realizzata in Toscana nei servizi residenziali e in corso di realizzazione per altre categorie a rischio):

- tutti gli operatori e le persone con disabilità residenziali, a prescindere dal riscontro di un operatore o di una persona disabile e/o familiare positivo al coronavirus;
- assistenti personali e assistiti con disabilità;
- la progettazione delle regole per il distanziamento sociale e l'utilizzo dei sistemi di tracciamento devono tener conto della ridotta autonomia delle persone con disabilità;
- in vista della riapertura parziale dei centri diurni, operatori dei centri diurni, utenti con disabilità e famiglie;
- in vista della parziale riapertura delle scuole per gli alunni con disabilità che non sono in grado di avvalersi della istruzione a distanza, operatori scolastici, alunni con disabilità e loro familiari;

a.2 garantire la fornitura e distribuzione di DPI alle strutture pubbliche e private convenzionate, per anziani e disabili, agli operatori, alle persone con disabilità e alle loro famiglie (realizzata in Toscana per tutta la popolazione residente).

a.3 formare tutti gli operatori, persone con disabilità e le loro famiglie per quanto riguarda le procedure da rispettare in materia di prevenzione;

a.4 sanificare almeno quotidianamente tutti i luoghi frequentati dalle persone con disabilità e dagli operatori.

2) **COME RIATTIVARE I SERVIZI:** si propone la predisposizione di un protocollo di intesa generale, che applichi gli art. 47 e 48 del DL Cura Italia, che costituisce la cornice delle regole da rispettare, tra Enti Locali, Forum Terzo Settore, Parti Sociali, definendo i costi delle prestazioni individuali, sulla base dei fondi già assegnati agli operatori economici per il periodo della durata della rimodulazione.

Si può ipotizzare al riguardo la costituzione di Servizi "Call Center" sociali territoriali con trasferimenti di chiamata presso gli operatori già attivi con i servizi, con funzioni di rilevazione delle esigenze, a partire dalle situazioni di maggiore fragilità con progetti già attivi (es. persone che vivono sole o con assistente, con familiari non autosufficienti, e che non hanno adeguato supporto familiare in caso di emergenza).

A seguito della rilevazione del bisogno l'intervento può riguardare:

- Potenziamento dello stesso servizio (ad es. servizi assistenza domiciliare o *compensativa*);
- Rimodulazione dei servizi;
- Attivazione servizio a distanza.

A) *Riapertura dei Centri Diurni limitatamente agli utenti con disabilità che presentano problemi comportamentali più gravi (in collaborazione con le Comuni/ASL/distretti):*

- utilizzare gli spazi aperti e tutte le stanze disponibili, anche attrezzando le stanze più ampie con pannelli divisorii,

- garantire un sostegno 1:1;
- per quanto possibile, attivare un percorso educativo degli utenti di adattamento ai DPI, inizialmente per pochi minuti poi sempre più prolungati nel tempo, anche ricorrendo a rinforzi ed eventuali incentivi sensoriali (profumi);
- per quanto possibile, attivare un percorso di educazione alla distanza sociale;
- utilizzare spazi verdi esterni riservati, pubblici o privati messi a disposizione, indentificati con il Comune.

B) *Ristabilire i contatti familiari per le persone con disabilità nei servizi residenziali con modalità sicure, attivando:*

- la comunicazione in via telematica, consentendo ai familiari o amici di contattare i propri cari ricoverati in videochiamata;
- ove possibile attrezzando una stanza in comunicazione con l'esterno con divisorio in plexiglas e microfono.

3) **COME RIMODULARE I SERVIZI:** d'intesa con la persona con disabilità e/o con la famiglia o attivazione presso altro utente che manifesta tale esigenza, si propone:

- Reperimento/consegna generi alimentari (chi vive da solo o con familiare anziano/non autosufficiente);
- Reperimento/consegna farmaci;
- Svolgimento pratiche burocratiche;
- Servizio a distanza.

Per tali servizi si possono prevedere, nel protocollo di intesa generale, dei pacchetti standard (es. spesa corrisponde al servizio di 2h di assistenza per xxx volte la settimana) per i quali non dovrebbe essere prevista una specifica autorizzazione dei servizi sociali, ma una rendicontazione dei casi seguiti ben individuabili, per verifiche a campione.

- Cura e igiene della casa;
- Cura e assistenza della persona: utilizzo agile ed immediato di risorse già disponibili a livello Regionale, se necessario prevedendo deroghe alle normali procedure inadeguate per affrontare emergenza, al fine di evitare possibili interruzioni nell'erogazione dei contributi per l'assistenza indiretta (ad es. dei progetti sperimentali) o facilitarne l'attivazione, anche temporanea, come soluzione alternativa.
- Attivare assistenza educativa per i minori con disabilità;
- Programmare servizi di uscite per persone con disabilità intellettiva e del neurosviluppo con il supporto di un operatore, per sollevare la famiglia dal carico assistenziale.
- Tali servizi possono essere attivati anche per persone ancora in lista d'attesa per la presa in carica nei servizi alla persona, previa autorizzazione delle amministrazioni comunali di riferimento.
- Attività servizi a distanza. (Per chi ne fa richiesta e monitoraggio delle situazioni più a rischio isolamento) Attraverso:
 - Monitoraggio con cadenza da determinare;
 - Supporto informativo/di orientamento e psicologico per la persona/famiglia.

4) **CASI DI CONTAGIO DA COVID-19:** Prevedere, in collaborazione con le organizzazioni maggiormente rappresentative di livello regionale, protocolli specifici per la presa in carico sociosanitaria delle persone con disabilità, con il coinvolgimento delle figure familiari e assistenziali che già conoscono la persona. Effettuare test tampone a domicilio. Creare un coordinamento, tra i servizi di sanità pubblica territorialmente competenti per la cura delle persone con SARS-CoV-2, i Centri specialistici regionali che si occupano della presa in carico di

persone con specifiche disabilità e le relative Associazioni territoriali di riferimento. Nel caso di positività di una persona non autosufficiente, in condizioni tali da poter essere trattata a domicilio, si porrebbe comunque il problema dell'isolamento dei caregiver e/o assistenti personali i quali, non potendo disporre di dispositivi di protezione individuali appropriati, sarebbero anch'essi a forte rischio di contagio a causa dell'impossibilità di mantenere la distanza minima prescritta nell'ambito delle operazioni di assistenza quotidiana.

Premesso che la priorità resta quella di un trattamento domiciliare della persona con disabilità infetta, che dovrebbe essere garantita attraverso le Equipe Specializzate costituite dalle Regioni, qualora ciò non fosse possibile per i motivi sopra elencati, si rende necessaria l'adozione di alcune linee guida per la presa in carico di tali persone con disabilità.

Una soluzione potrebbe prevedere che la persona con disabilità non autosufficiente soggiorni in strutture tipo casa-famiglia con la presenza di operatori tali da provvedere alle necessità quotidiane (es. igiene personale, toilette ecc.) insieme ad altre persone non autosufficienti con personale infermieristico/OSS.

Tale soluzione permetterebbe la presa in carico della persona non autosufficiente o parzialmente autosufficiente non in rapporto 1:1 ma attraverso l'utilizzo di personale condiviso e già formato. L'ipotesi prospettata assumerebbe uguale valore anche in caso di paziente non positivo al Covid-19 ma costretto all'isolamento a causa del contatto con caregiver e/o assistenti personali infettati.

Il soggiorno in strutture ricettive condivise risulterebbe più sicuro rispetto a un ricovero in RSA (si veda quanto successo in Lombardia).

Imporre ai servizi residenziali di predisporre un piano e spazi per l'isolamento di eventuali ospiti positivi al coronavirus asintomatici o paucisintomatici, nella struttura stessa, ove possibile, o in strutture intermedie extra-ospedaliere dotate di personale sanitario e attrezzate con farmaci, kit di protezione, bombole di ossigeno liquido per la somministrazione domiciliare;

Rinforzare il personale sanitario interno alle strutture residenziali.

In ultimo

Nel bando emesso dalla Protezione Civile, per il reclutamento di 1500 operatori sociosanitari, da destinare presso strutture sanitarie assistenziali, residenze per disabili e istituti penitenziari, considerato il numero impegnato nelle diverse strutture e penitenziari, le rimanenti disponibilità devono costituire un elenco-riserva da impiegare nelle necessarie Unità Speciali di cura da istituire presso le Regioni per prestare assistenza domiciliare in favore delle Persone con disabilità che ne abbiano specifico bisogno.

FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap)

27 aprile 2020