

# **OSSERVATORIO SUI PERCORSI OSPEDALIERI DELLE PERSONE CON DISABILITA'**

**Persone con disabilità: “le barriere sanitarie”  
negli ospedali della Provincia di Foggia**

***Gruppo di lavoro:***

***Prof. Vincenzo Di Staso***

**(Garante delle persone con disabilità del Comune di Manfredonia)**

***Dott. Carmine Mione***

***Dott. Michele Gatta Illiceto***

***Dott. Gaetano Granatiero***

**OSSERVATORIO SUI PERCORSI OSPEDALIERI DELLE PERSONE CON DISABILITA'**  
*Gruppo di lavoro: Prof. Vincenzo Di Staso (Garante delle persone con disabilità del Comune di Manfredonia),  
Dott. Carmine Mione, Dott. Michele Gatta Illiceto, Dott. Gaetano Granatiero*  
Pec: [gaetano.granatiero.chak@fg.omceo.it](mailto:gaetano.granatiero.chak@fg.omceo.it) ; Email: gaetano.granatiero1@virgilio.it

**Premessa**

In data 01/04/2016 sono stati presentati all'Istituto Superiore di Sanità i risultati di una Indagine conoscitiva sui percorsi ospedalieri per le persone con disabilità, realizzata dalla Onlus Spes contra spem, in partenariato con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, in collaborazione con la Fondazione Ariel e con il contributo di Fondazione Umana Mente del Gruppo Allianz. L'indagine, la prima in Italia, ha messo in luce in modo sistematico la disparità dei trattamenti sanitari (ambulatoriali ed ospedalieri) tra persone con e senza disabilità. E' emerso infatti che "l'ospedale non è un posto per disabili", in Italia: quasi due strutture sanitarie su tre non hanno un percorso prioritario per i pazienti con disabilità che devono fruire di prestazioni ospedaliere e oltre il 78% degli ospedali non prevede spazi adatti di assistenza per le persone con disabilità intellettiva, motoria e sensoriale. In buona sostanza, l'attesa al pronto soccorso, un esame invasivo per diagnosticare una malattia, la degenza in reparto, che rappresentano situazioni di disagio per qualsiasi paziente, si trasformano in un vero e proprio ostacolo per chi vive in una condizione di fragilità. Sono le cosiddette "barriere sanitarie", che rischiano di essere insormontabili soprattutto negli ospedali del Mezzogiorno, prova ne è il divario in materia, tra Nord e Sud della nostra Penisola; basti considerare infatti, che per persone con disabilità cognitiva sono previsti percorsi sanitari nel 29% degli ambulatori e dei reparti del Nord Italia contro il 6,5% di quelli del Sud. Secondo l'OMS (World Health Organization, WHO), "le persone con disabilità hanno il doppio delle possibilità di trovare operatori non preparati e strutture inadeguate rispetto alle persone senza disabilità ed è tre volte più alta la probabilità che venga loro negato l'accesso a cure sanitarie e quadruplicata la possibilità che vengano trattate senza rispettare la loro dignità."

Nel 2007 nel Regno Unito è stata avviata una campagna dal significativo titolo "Death by indifference" (Morte per indifferenza). In quella occasione sono stati raccolti e documentati casi di singoli pazienti con disabilità deceduti non a causa di patologie, ma per carenze o trattamenti clinici non appropriati. Ne è scaturito l'istituzione di un Osservatorio che ha evidenziato alcuni dati significativi pubblicati nel Report del seguente tenore: il 49% dei decessi occorsi nel 2012 possono essere considerati morti evitabili, cioè decessi che si sarebbero potuti evitare, sulla base delle conoscenze scientifiche e della tecnologia disponibile, con un trattamento medico adeguato o con una migliore organizzazione ospedaliera (amenable deaths) o con misure di Sanità Pubblica nel senso più ampio (preventable deaths). Inoltre, dato ancor più sconcertante, è stato l'uso non appropriato del cosiddetto "ordine di non rianimare" (do not resuscitate order) che, in diverse circostanze, è stato applicato non solo senza avvertire o senza il consenso dei familiari, ma soprattutto in assenza di una condizione di malattia in fase avanzata senza prospettiva di miglioramento o guarigione - quindi non sulla base di una non proporzionalità delle manovre rianimatorie - ma solo sulla base della presenza di una disabilità intellettiva del paziente.

E, nella nostra provincia di Foggia, cosa succede ad una persona con disabilità, durante un ricovero per una patologia non inerente alla sua disabilità?

**La ricerca nella Provincia di Foggia**

Un Gruppo di lavoro composto dal Garante delle persone con disabilità di Manfredonia, Prof. Vincenzo Di Staso, Dott. Carmine Mione, Dott. Michele Gatta Illiceto e Dott. Gaetano Granatiero ha costituito l'OSSERVATORIO SUI PERCORSI OSPEDALIERI DELLE PERSONE CON DISABILITA' al fine di promuovere:

- una indagine conoscitiva sull'adeguatezza, l'accessibilità alle cure, personalizzazione e coordinamento dei percorsi sanitari per le persone con disabilità,
- la crescita della cultura dei diritti della persona con disabilità,
- la sensibilizzazione delle Direzioni Sanitarie al problema della degenza delle persone con disabilità,
- la Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale.

E' stato adattato, alla realtà locale, il questionario elaborato nella prima indagine, consistente in una parte relativa alla tipologia della struttura ed una seconda articolata in 14 domande a risposta chiusa concernenti la presenza di misure, presidi, percorsi clinico assistenziali, figure professionali all'interno dell'ospedale per facilitare l'accesso e la cura delle persone con diverse tipologie di disabilità. È stato inserito un quindicesimo item in cui il rispondente poteva inserire altre misure presenti nella struttura e non previste dal questionario.

Sono stati individuati gli indirizzi e i contatti degli ospedali pubblici e delle strutture ospedaliere accreditate. Sono state riscontrate n. 8 strutture di cui 4 pubbliche e 4 private.

Sono state inviate tramite PEC, in data 01/02/2025 e 10/02/2025, alle Direzioni Generali degli ospedali individuati, le lettere di richiesta di partecipazione all'indagine su base volontaria e basata sull'autocompilazione del questionario. Le Direzioni che non avevano adempiuto alla richiesta, sono state ulteriormente sollecitate, sempre con PEC, in data 20/02/2025.

Hanno risposto al questionario 6 strutture ospedaliere (66,67%). 3 pubbliche e 3 private.

La ricerca ha messo in evidenza che

MAPPE A RILIEVO E PERCORSI TATTILI: Nessuna struttura è dotata di percorsi tattili e di mappe a rilievo per persone non vedenti.

DISPLAY LUMINOSI per le persone con deficit uditivo. Sono presenti nel 33,3% degli ospedali. 2 strutture: 1 pubblica ed 1 privata.

BARRIERE ARCHITETTONICHE: L'accessibilità e la visitabilità alle strutture è garantita in 4 ospedali (66,67%) 1 pubblico e 3 privati.

FLUSSO PRIORITARIO. E' presente in 4 strutture (66,67%) di cui 1 pubblica e 3 private.

PUNTO UNICO DI ACCOGLIENZA. Solo 1 ospedale privato (16,67%) ha questo requisito.

LOCALI E/O PERCORSI AD HOC: 3 ospedali (50%) di cui 1 pubblico e 2 privati presentano percorsi clinico assistenziali con locali e spazi dedicati alle persone con disabilità, fra questi solo 1 (16,67%) struttura pubblica, ha il Pronto Soccorso con tali requisiti.

LA FIGURA DEL CASE MANAGER: E' presente solo in 2 strutture private (33,33%)

LA PERMANENZA, OLTRE L'ORARIO PREVISTO PER LE VISITE: La totalità delle strutture (100%) consente la permanenza del caregiver della persona con disabilità oltre l'orario previsto per le visite. Si richiama il DPCM del 2 marzo 2021 art. 11

INCONTRI TRA LA GOVERNANCE DELL'OSPEDALE E LE RAPPRESENTANZE DELLE ASSOCIAZIONI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ: Solo 1 struttura (16,67%), privata garantisce tale requisito, oltre che conoscere ed applicare "La Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale", mentre 4 nosocomi (66,67%) 1 pubblico e 3 privati, sostengono di essere a conoscenza delle problematiche connesse al ricovero ospedaliero delle persone con disabilità.

Dall'analisi delle misure e degli strumenti concreti presenti all'interno delle strutture che possono in qualche misura garantire una degenza ed una fruizione dei servizi dignitosa alle persone con disabilità, notiamo che:

- poche strutture prevedono un flusso prioritario per le persone con disabilità;
- nessuna struttura è dotata di percorsi tattili e mappe tattili per i non vedenti;
- pochissime strutture hanno locali e spazi idonei alla visita medica, sia in Pronto Soccorso sia all'interno del nosocomio, per persone con disabilità in particolare intellettiva/cognitiva che hanno bisogno di una maggiore attenzione e tranquillità al fine di essere collaborativi e non oppositivi nel percorso di cura che stanno intraprendendo;
- sono ancora troppe le strutture che non dispongono di display luminosi.

I dati sopra indicati danno un quadro della situazione generale che ci aiuta a capire il problema e, soprattutto può indurre i decisori politici ed istituzionali a riflettere sulla necessità di costruire un sistema che punti alla centralità della persona nei servizi di cura e assistenza, mettendo in campo strumenti per migliorare l'accesso e la cura intraospedaliera delle persone con disabilità. Tutto ciò implica un grande cambiamento culturale, da realizzarsi con un forte impegno formativo e di sensibilizzazione degli operatori del settore. Perciò si rende necessario definire progetti con l'obiettivo di ricercare percorsi nuovi di accoglienza medica coordinata a favore dei disabili gravi e gravissimi, con deficit intellettivo, comunicativo e neuromotorio che offrano percorsi a misura per le persone affette da disabilità e garantiscano servizi diurni, come ambulatori e day hospital, assistenza in pronto soccorso e ricoveri ospedalieri. Fra essi, in Italia, è prassi riferirsi a due progetti:

- il progetto DAMA (Disabled advanced medical assistance), presente in 20 ospedali in Italia, prevalentemente in Lombardia;
- il progetto PASS, presente in Toscana.

Il progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance) rappresenta un sistema ospedaliero di presa in carico e risposta ai bisogni di salute delle persone con disabilità complessa e/o cognitivo relazionale, personalizzazione del percorso che deve avvenire attraverso gli accomodamenti ragionevoli, per rispondere ai bisogni di prevenzione diagnosi e cura non necessariamente collegati alla disabilità. Il DAMA si prefigge lo scopo di abbattere le barriere sanitarie che impediscono alle persone con disabilità l'accesso alle cure su base di equità e di non discriminazione, e in particolare, ad indagini e terapie complesse. Gli obiettivi fondamentali che esso si pone sono:

- ridurre la necessità di ricoveri ordinari e di accessi in pronto soccorso;
- l'esecuzione di tutte le prestazioni in un unico accesso;
- la creazione di percorsi clinici dedicati e adattabili alle esigenze della singola persona.

Il progetto PASS (Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali) nasce per garantire un equo accesso alle cure per le persone con disabilità. L'obiettivo è quello di garantire ai cittadini con disabilità, nelle diverse situazioni di accesso al sistema sanitario regionale, sia a livello ambulatoriale che di ricovero e di emergenza-urgenza, la disponibilità di una serie di informazioni cliniche e logistico-organizzative, utili ad assicurare una migliore qualità del servizio finalizzata a rispondere in modo personalizzato e specifico ai diversi bisogni assistenziali e diagnostico terapeutici espressi.

## PROPOSTA

Si propone di dotare tutte le strutture ospedaliere sia pubbliche che private di

- percorsi e mappe tattili per le persone con disabilità visiva
- display luminosi per persone con disabilità uditiva;
- locali e spazi idonei alla visita medica di persone con disabilità intellettiva e cognitiva, sia nei pronto soccorso sia all'interno degli ospedali;
- renderle accessibili e visitabili eliminando le barriere architettoniche;
- reperire spazi dedicati all'accoglienza, osservazione e stabilizzazione presso il dipartimento emergenza ed urgenza e la disponibilità del servizio anestesia e rianimazione per la sedazione

farmacologica dei pazienti non collaboranti agli esami clinico-strumentali e alle cure di emergenza

Un sondaggio, condotto dall'Istituto Serafico di Assisi e rivolto a persone con disabilità, caregivers e associazioni, evidenzia che il 63,3% del campione ha dovuto spostarsi fuori regione per accedere a esami e visite e il 79,6% è stato costretto a rivolgersi a più di una struttura.

Le persone con disabilità presentano bisogni specifici di tipo logistico, organizzativo e assistenziale che prescindono dalla tipologia stessa di disabilità e che devono essere conosciuti ed intercettati per costruire un'offerta di servizi sanitari in grado di dare risposta adeguata alle diverse problematiche di salute alle quali, questa fascia di cittadini più vulnerabili, può andare incontro.

Gli ospedali e i percorsi ospedalieri, a qualsiasi livello, sia ambulatoriale che di pronto soccorso, che di ricovero, non sono concepiti per coloro che hanno caratteristiche particolari, per persone che abbiano esigenze differenti da un paziente ordinario.

E' convincente comune che i nostri servizi sanitari non siano pienamente accessibili, specie per le disabilità complesse. È un fatto culturale: in ospedale è tutto pensato in funzione della malattia, non del malato e delle caratteristiche che quel malato può avere. A farne le spese sono i pazienti.

Lo stereotipo più difficile da scardinare rispetto al connubio tra disabilità e presa in carico sanitaria, presa in carico del paziente "reale", con le sue peculiarità ed esigenze è sicuramente il pensiero del "non si può fare".

Serve un cambiamento culturale e politico e la corresponsabilità di tutti i ruoli coinvolti nel sistema sanitario, sia a livello istituzionale sia delle singole strutture, pazienti con disabilità, caregiver e associazioni che li rappresentano compresi.

#### LA PRESA IN CARICO

La presa in carico globale indica che al disabile occorre offrire risposte rapide attraverso strutture adeguate e personale formato orientate alla attivazione di percorsi dedicati e garantiti da una rete di referenti presenti nelle unità operative coinvolte per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di ricovero e di emergenza-urgenza.

Sarebbe opportuno che un dirigente della direzione sanitaria ospedaliera che abbia una visione generale e trasversale di tutta l'organizzazione ospedaliera e garantisce il contributo di tutte le specialità e di tutti i servizi presenti nell'ospedale assumesse il ruolo di referente - coordinatore, e rappresentasse la figura di riferimento nei confronti della direzione ospedaliera e dei colleghi dell'ospedale. svolgendo una funzione di presa in carico ospedaliera diagnostica e clinico-assistenziale delle persone con disabilità complessa e/o cognitivo relazionale, e di raccordo con la sua famiglia/caregiver, la medicina territoriale ed i servizi ospedalieri.

#### LA SCHEDA DI ACCESSO

Al primo contatto è basilare la compilazione di una scheda di accesso, che preveda anamnesi medica (familiare, fisiologica, patologica prossima e remota, farmacologica) e anamnesi comportamentale, coinvolgendo paziente e/o caregiver, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, eventuali specialisti di fiducia del paziente.

#### PRESTAZIONE AMBULATORIALE

L'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale è, a maggior ragione per le persone con disabilità, da privilegiare in tutte situazioni in cui è possibile erogare cure in sicurezza senza ricorrere al ricovero, perché si riduce il disagio che può essere generato dal distacco dal proprio ambiente. Sarebbe importante permettere l'accesso a più visite ed esami in uno stesso giorno, usufruendo così (sempre laddove necessario) di una sola sedazione procedurale. Le visite ambulatoriali dovrebbero essere organizzate nel rispetto delle esigenze del singolo paziente tenendo in considerazione le diverse tipologie di disabilità:

Gli obiettivi principali sono:

- adottare il paradigma "All in one time" per ridurre quanto più possibile il numero di accessi alle strutture sanitarie mediante la concentrazione in un unico accesso di tutte le prestazioni necessarie, considerato che ciascuno di essi implica il superamento di difficoltà importanti ed

un notevole sforzo organizzativo da parte della stessa persona e/o della famiglia e che, talvolta, in caso di disabilità intellettiva, può essere motivo di trauma;

- ridurre/annullare l'attesa per l'effettuazione delle prestazioni al momento dell'accesso al servizio;
- evitare alla persona con gravi problemi di collaborazione ogni trauma causato da una collaborazione forzata con contenzione fisica;
- agevolare gli adempimenti amministrativi;
- consentire al familiare/caregiver di accompagnare il paziente in ogni fase della diagnostica/terapia.

### RICOVERO OSPEDALIERO

Al fine di garantire una assistenza h 24 sarebbe opportuno, come avviene per i reparti pediatrici che sono già strutturati per accogliere il piccolo paziente ed uno dei suoi genitori, mettendo a loro disposizione, durante la degenza, un letto, un bagno ed il vitto, anche per le persone disabili, che al pari di un bambino hanno bisogno della presenza del proprio caregiver h 24, vengano ricoverati in reparti dove oltre al proprio posto letto sia previsto anche quello per chi li accompagna.

Nei Pronto Soccorso non è necessario realizzare corsie preferenziali per i disabili ma è necessario creare le condizioni affinché possano attendere il loro turno in tranquillità, senza scavalcare un altro paziente che, pur non essendo disabile, potrebbe essere affetto da una patologia più grave. Alle persone con disabilità psichiche, che non riuscirebbero a sostare per più di qualche minuto in un luogo rumoroso ed affollato, ad esempio, andrebbe riservata una sala d'attesa "privata". Così come dovrebbero aver diritto, laddove necessario e a seconda del singolo caso, alla sedazione procedurale e la struttura ospedaliera dovrebbe dotarsi di un protocollo che ne preveda l'esecuzione.

### FORMARE MEDICI E PROFESSIONISTI SANITARI

«Per perseguire questo obiettivo è auspicabile che tutti i medici abbiano una formazione ad hoc per il trattamento dei pazienti con disabilità, a prescindere dalla loro area di specializzazione. Una formazione che andrebbe estesa anche ai professionisti sanitari già abilitati e chi, a vario titolo concorre all'assistenza ed alla cura dei disabili all'interno delle strutture del SSN

### COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

E' stata approvata, recentemente, dalla commissione Affari Sociali della Camera una risoluzione che impegna il Governo ad intervenire per migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari ed ospedalieri per le persone con disabilità:

- a) istituire un monitoraggio nazionale sull'adeguatezza e l'accessibilità alle cure negli ospedali italiani per le persone con disabilità, al fine di mappare le strutture ospedaliere in base agli ostacoli e alle possibili forme di discriminazione che le medesime persone incontrano per la cura di patologie non direttamente correlate alla disabilità stessa, evidenziando punti di forza ed eventuali criticità con le quali esse si scontrano e, in base ai risultati del citato monitoraggio, ad assumere, in coordinamento con le regioni, le iniziative necessarie affinché tutte le strutture vengano adeguate per rendere effettivamente fruibile il diritto del paziente con disabilità ad essere accolto nelle strutture stesse;
- b) ad effettuare, altresì, un monitoraggio sull'attuazione dei progetti relativi alla ristrutturazione di edifici destinati a strutture sanitarie, con particolare riferimento agli interventi diretti all'abbattimento delle barriere architettoniche, previsti e finanziati dal PNRR, dagli accordi di programma e dal Fondo per lo sviluppo e la coesione;
- c) ad assumere, sentite le regioni, le iniziative di competenza, anche di carattere normativo, volte ad assicurare una rapida presa in carico dei pazienti con disabilità e a sviluppare un'adeguata rete di strutture sanitarie territoriali, in particolare nelle aree interne, volte ad assistere le persone con disabilità prevedendo modalità organizzative e gestionali che tengano conto delle peculiarità del paziente, in particolare attraverso:

- la predisposizione di un percorso dedicato per le persone con disabilità, da realizzare con il coinvolgimento del paziente e del suo accompagnatore, di percorsi e mappe tattili per le persone con disabilità visiva e *display* luminosi per persone con disabilità uditiva;
  - l'individuazione di locali e spazi idonei alla visita medica di persone con disabilità intellettiva e cognitiva, sia nei pronto soccorso sia all'interno degli ospedali;
  - l'identificazione di percorsi diagnostico-terapeutici rapidi e appropriati, che tengano conto della particolare accoglienza e delle cure speciali da riservare al paziente con disabilità, anche attraverso il reperimento di spazi adeguati;
  - la predisposizione, su un unico livello, di locali privi di qualunque barriera architettonica che renda difficoltoso l'accesso;
  - il reperimento di spazi dedicati all'accoglienza, osservazione e stabilizzazione presso il dipartimento emergenza ed urgenza e la disponibilità del servizio anestesia e rianimazione per la sedazione farmacologica dei pazienti non collaboranti agli esami clinico-strumentali e alle cure di emergenza;
- d) a promuovere l'attivazione di *équipe* multidisciplinari, in maniera uniforme sul territorio nazionale, che seguano il paziente nel suo percorso ospedaliero prevedendo il controllo domiciliare, operando in sinergia con i medici di medicina generale e con i pediatri;
- e) a valutare l'opportunità di adottare iniziative volte a promuovere, nel rispetto dell'autonomia universitaria, una formazione specifica del personale sanitario e socio-sanitario affinché sia in grado di relazionarsi e di assistere correttamente la persona con disabilità, tenendo conto delle diverse disabilità, da realizzare anche in collaborazione con le università, inserendo, limitatamente ai professionisti sanitari, tali temi sia nella formazione di base sia nell'ambito della formazione continua in medicina (Ecm), e con particolare attenzione anche alla formazione del personale interno ed esterno proveniente dal mondo delle associazioni e del volontariato;
- f) a sviluppare e sostenere, d'intesa con le regioni, in maniera uniforme sul territorio nazionale, l'attivazione di un servizio domiciliare erogato da personale formato per svolgere esami e prelievi, ove possibile, presso le abitazioni dei pazienti con disabilità;
- g) a promuovere un modello organizzativo che riduca quanto più possibile il numero di accessi alle strutture sanitarie da parte delle persone con disabilità, favorendo pertanto la presa in carico e le cure domiciliari;
- h) a garantire alle persone con disabilità, in condizioni di eguaglianza con le altre, la partecipazione agli *screening* oncologici, l'accesso ai percorsi diagnostici oncologici e il trattamento secondo specifici percorsi terapeutici mediante inserimento nelle reti oncologiche regionali;
- i) a valutare l'opportunità di prevedere l'istituzione di un «numero verde» attivo 24 ore su 24, da realizzare in collaborazione con i volontari delle associazioni di tutela delle persone con disabilità, dotato di un «protocollo di colloquio telefonico», dove l'operatore, preventivamente istruito a raccogliere e interpretare la segnalazione di una probabile malattia che si manifesta con l'aspetto di alterazioni comportamentali, raccolga i dati di primo inquadramento e si interfacci con l'ospedale, attivando i servizi appropriati alle situazioni – programmabili o di emergenza – e informando i familiari dei percorsi da seguire e delle figure professionali che prenderanno in carico il paziente al suo arrivo;
- l) a implementare, d'intesa con le regioni, una piattaforma gestionale e di raccolta dei dati epidemiologici e clinici relativi ai problemi di salute delle persone con disabilità, per valutare incidenza e prevalenza delle malattie, comprese le malattie neoplastiche, in modo da fornire un patrimonio di informazioni indispensabile per i percorsi di formazione del personale, per le *équipes* cliniche e per definire i migliori percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, superando le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari evidenziate in premessa;
- m) a promuovere l'adozione di linee guida nazionali, anche ai fini della realizzazione della piattaforma di cui alla lettera l), in modo da consentire un'organizzazione ed

un'implementazione omogenea dei servizi richiamati in premessa, collegabili in una rete strutturata, a garanzia di appropriati livelli di assistenza, della qualità dell'accoglienza e della formazione del personale;

- n) a definire un modello organizzativo nazionale di riferimento per l'accoglienza e l'assistenza medica delle persone con disabilità, promuovendone l'implementazione, in modo uniforme a livello nazionale, anche attraverso la valorizzazione di progetti già consolidati e sperimentati quale il DAMA, oltre ad altre buone pratiche presenti nel nostro Paese, affinché siano garantiti tutti gli accomodamenti ragionevoli necessari per rendere accessibili ad ogni persona i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, sia a livello ospedaliero che territoriale;
- o) a valutare l'opportunità di istituire un fondo nazionale, in capo al Ministero della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, al fine di finanziare, in ciascuna regione, l'implementazione del modello organizzativo nazionale di riferimento per l'accoglienza e l'assistenza medica delle persone con disabilità;
- p) ad attivare, d'intesa con le regioni, iniziative volte alla migliore informazione alle persone con disabilità e ai familiari nei percorsi individuali, anche prevedendo il massimo coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari;
- q) ad adottare iniziative volte ad eliminare ogni forma di privazione della capacità giuridica che non sia strettamente necessaria per il bene superiore della persona con disabilità, agevolando l'espressione del consenso libero e informato che dovrebbe essere sempre alla base di qualsiasi prestazione sanitaria, anche e soprattutto se rivolta alle persone con disabilità.

## SITOGRAFIA

1. [www.disabili.com](http://www.disabili.com)
2. Indagine conoscitiva sui percorsi ospedalieri delle persone con disabilità A cura di: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
3. [www.spescontraspem.it/](http://www.spescontraspem.it/)
4. [www.sanitainformazione.it](http://www.sanitainformazione.it)
5. [www.anffas.net](http://www.anffas.net)
6. [www.progettodama.it](http://www.progettodama.it)
7. [www.sossanita.it](http://www.sossanita.it)
8. [www.old.aspct.it](http://www.old.aspct.it)
9. [www.personemagazine.it](http://www.personemagazine.it)
10. [www.pass.sanita.toscana.it](http://www.pass.sanita.toscana.it)
11. [www.mobilitaautonoma.org](http://www.mobilitaautonoma.org)
12. [www.camera.it](http://www.camera.it)

## BIBLIOGRAFIA

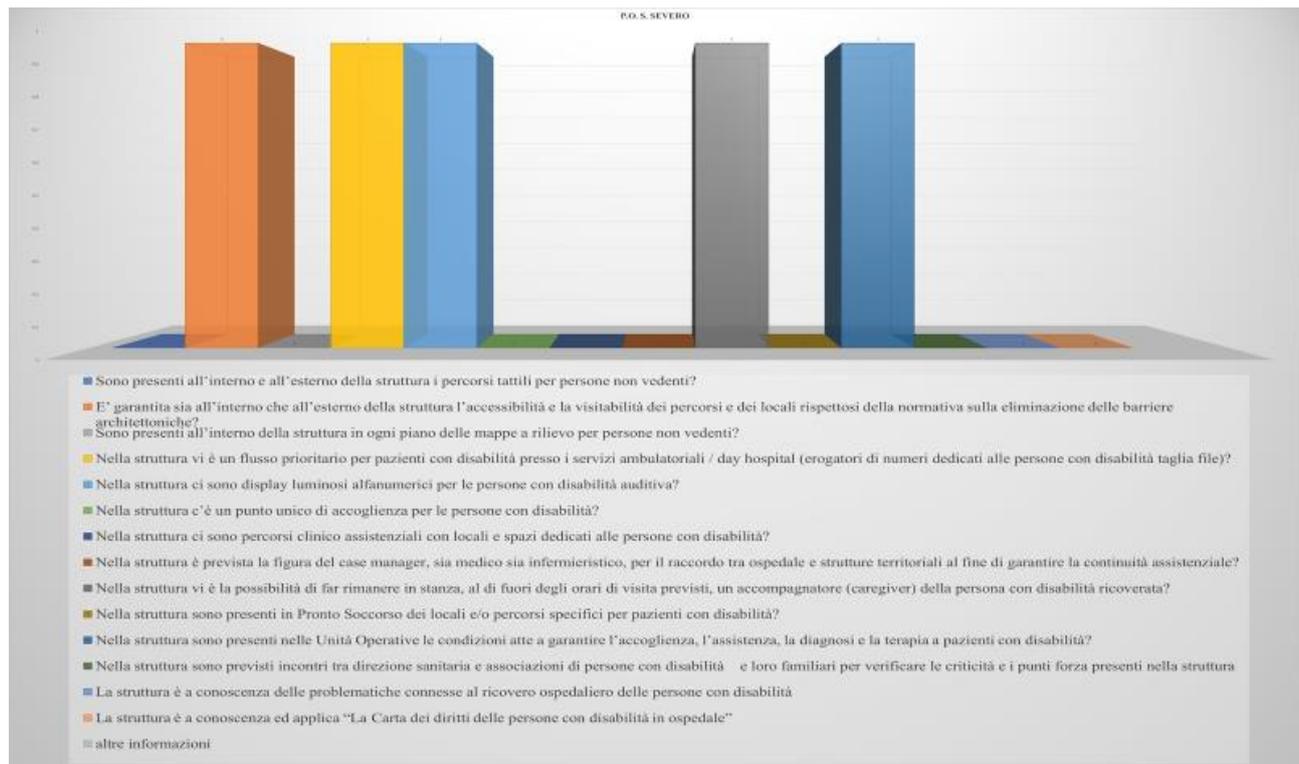
1. Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale. Spes contra spem Onlus, 2013.

# **OSSERVATORIO SUI PERCORSI OSPEDALIERI PER LE PERSONE CON DISABILITA'**

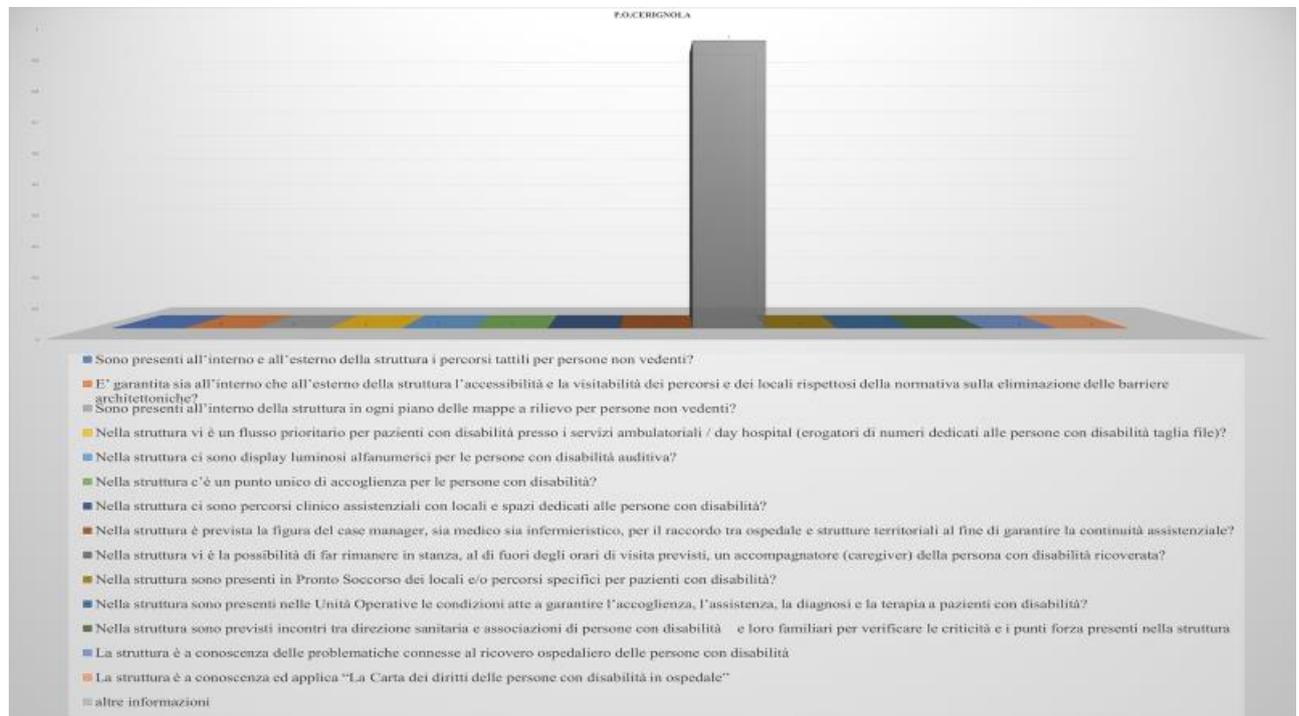
**Personne con disabilità : “le barriere sanitarie” negli ospedali della Provincia di Foggia**

*Gruppo di lavoro: Prof. Vincenzo Di Staso (Garante delle persone con disabilità del Comune di Manfredonia),  
Dott. Carmine Mione, Dott. Michele Gatta Illiceto, Dott. Gaetano Granatiero*

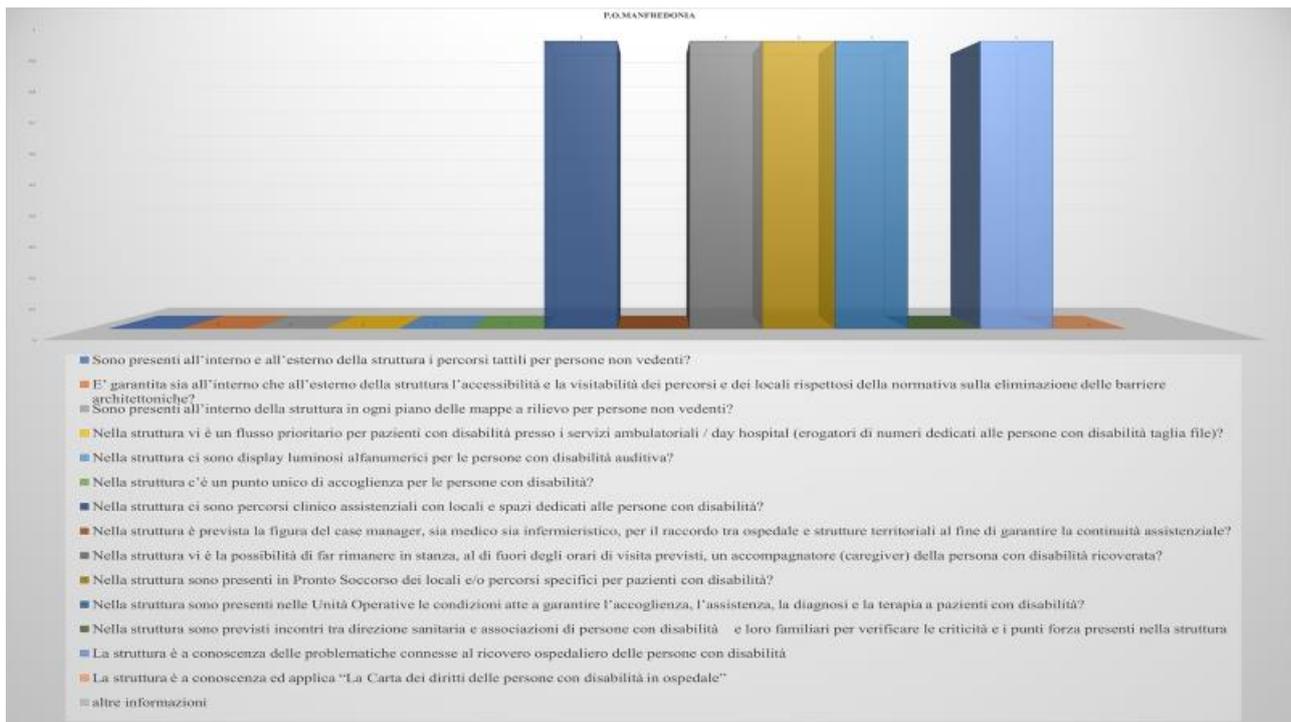
Tab.1 Le risposte al questionario del Presidio Ospedaliero di San Severo



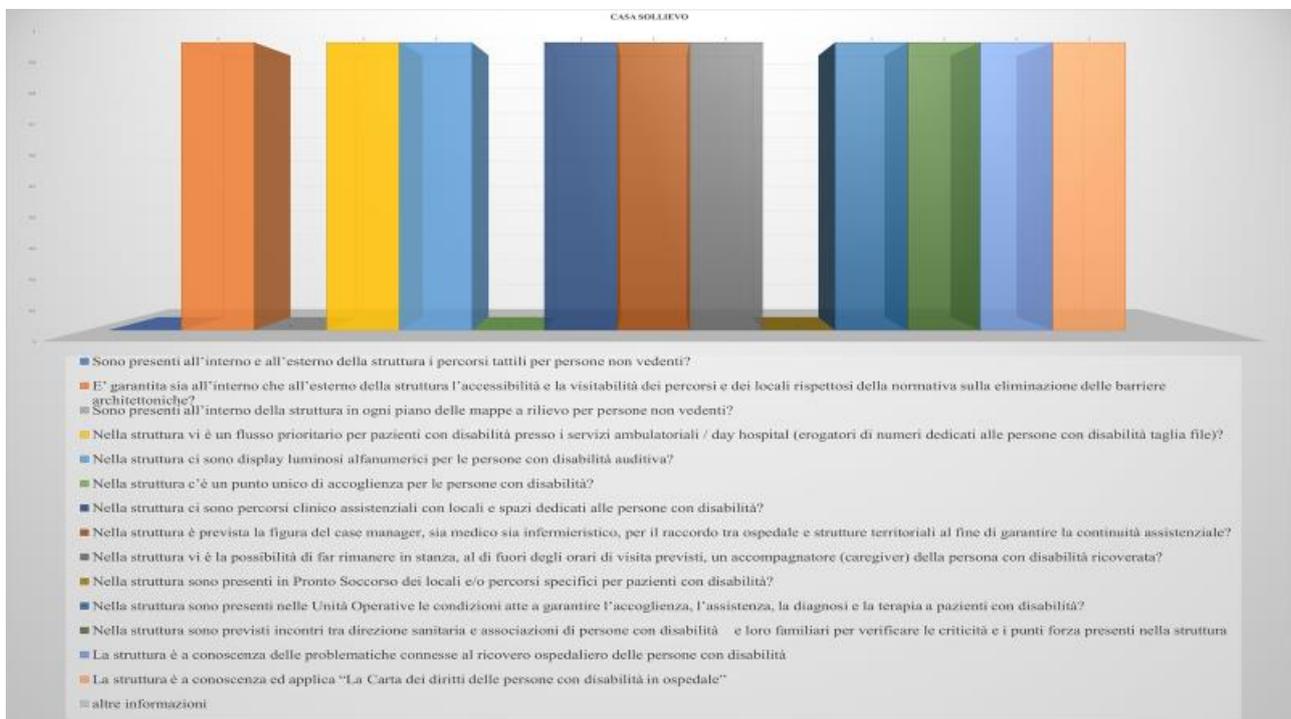
Tab.2 Le risposte al questionario del Presidio Ospedaliero di Cerignola



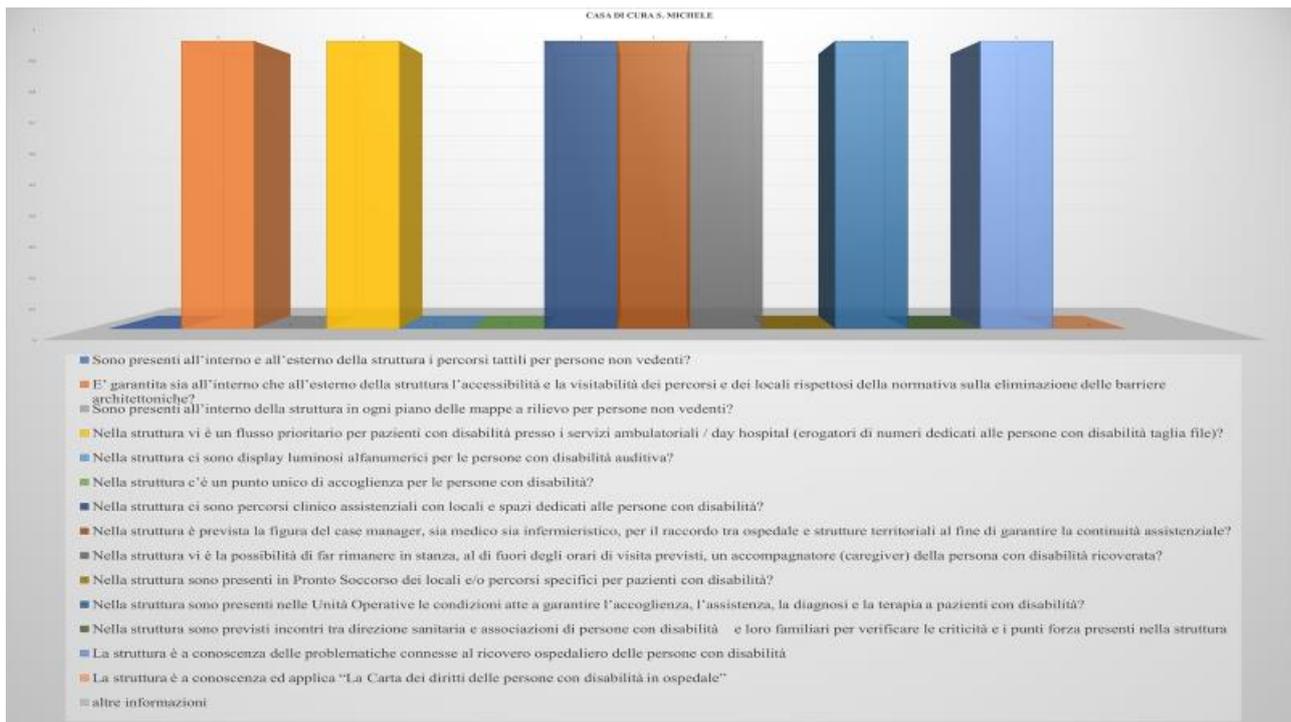
Tab.3 Le risposte al questionario del Presidio Ospedaliero di Manfredonia



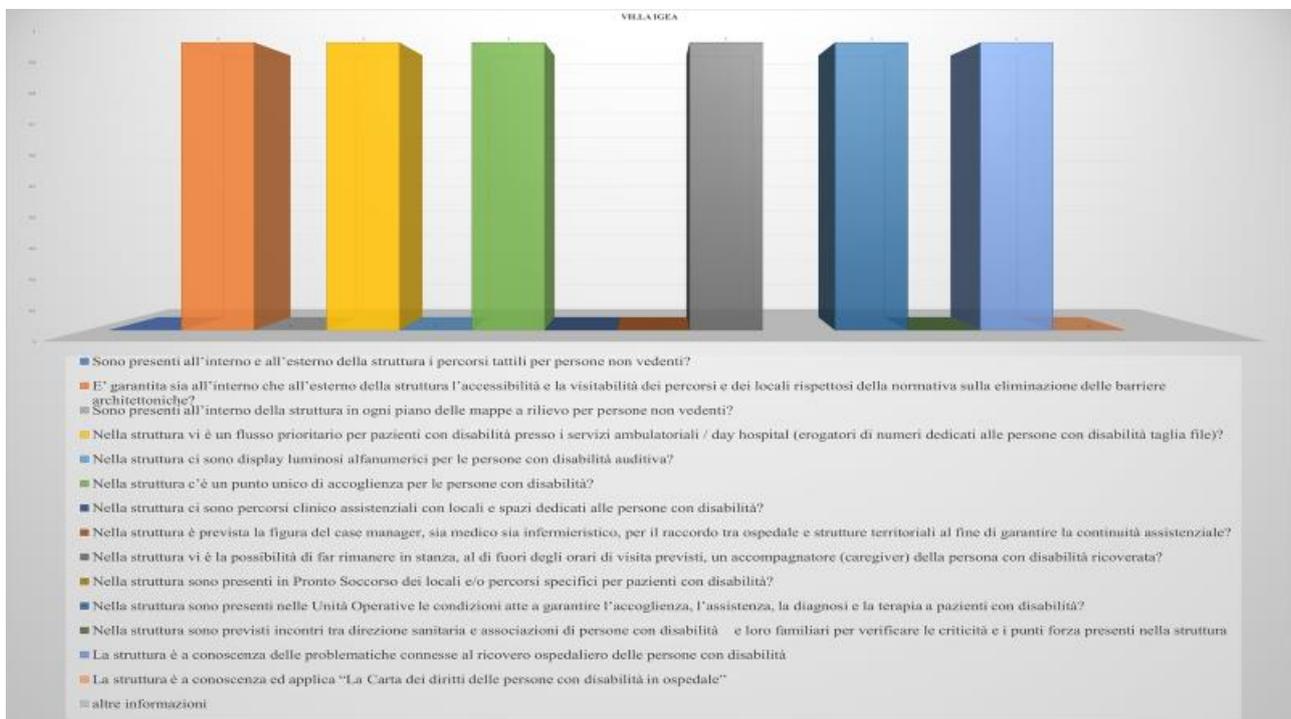
Tab.4 Le risposte al questionario di Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo



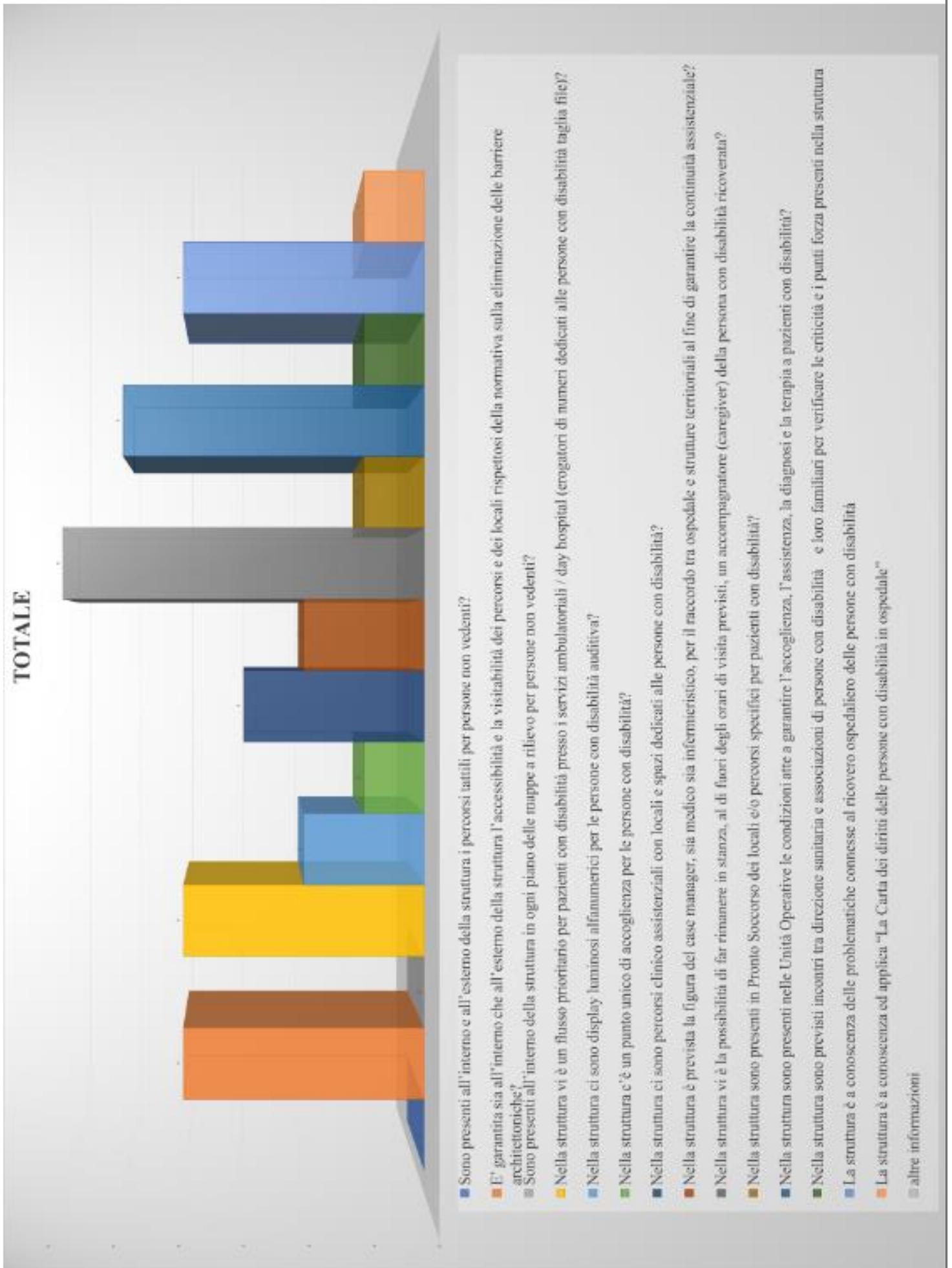
Tab.5 Le risposte al questionario della Casa di Cura S. Michele



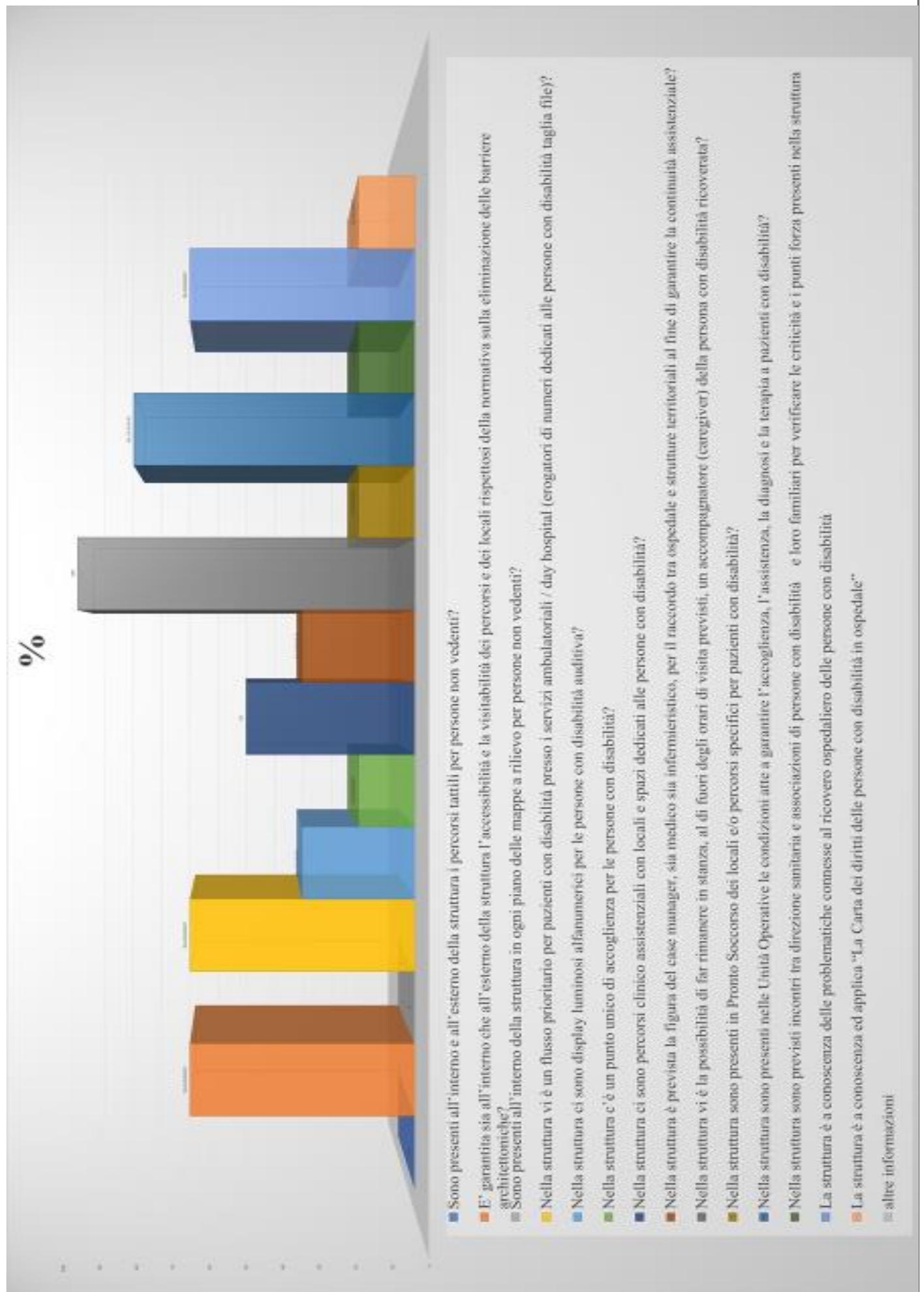
Tab.6 Le risposte al questionario della Casa di Cura prof. Brodetti "Villa Igea"



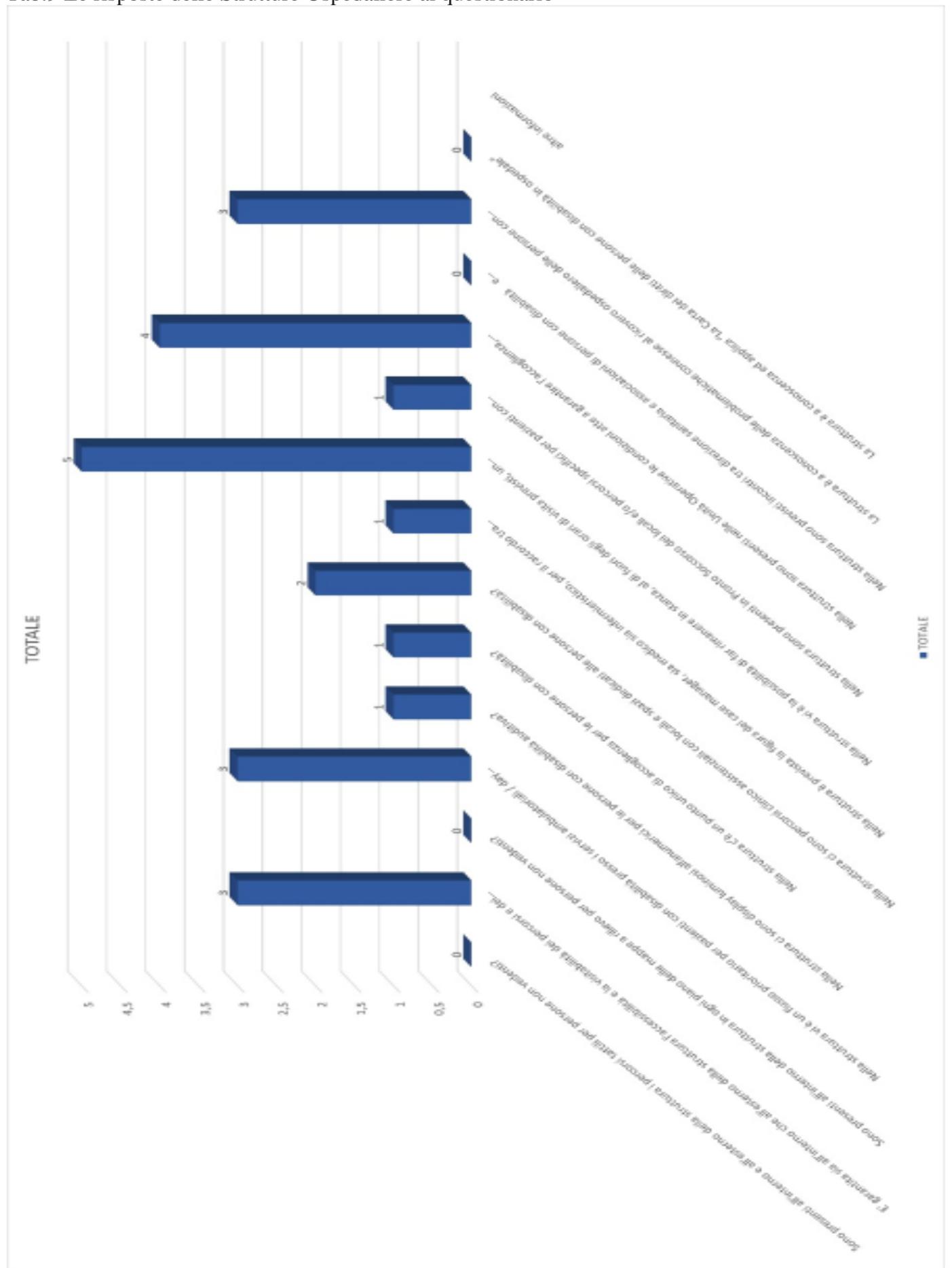
Tab.7 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al questionario



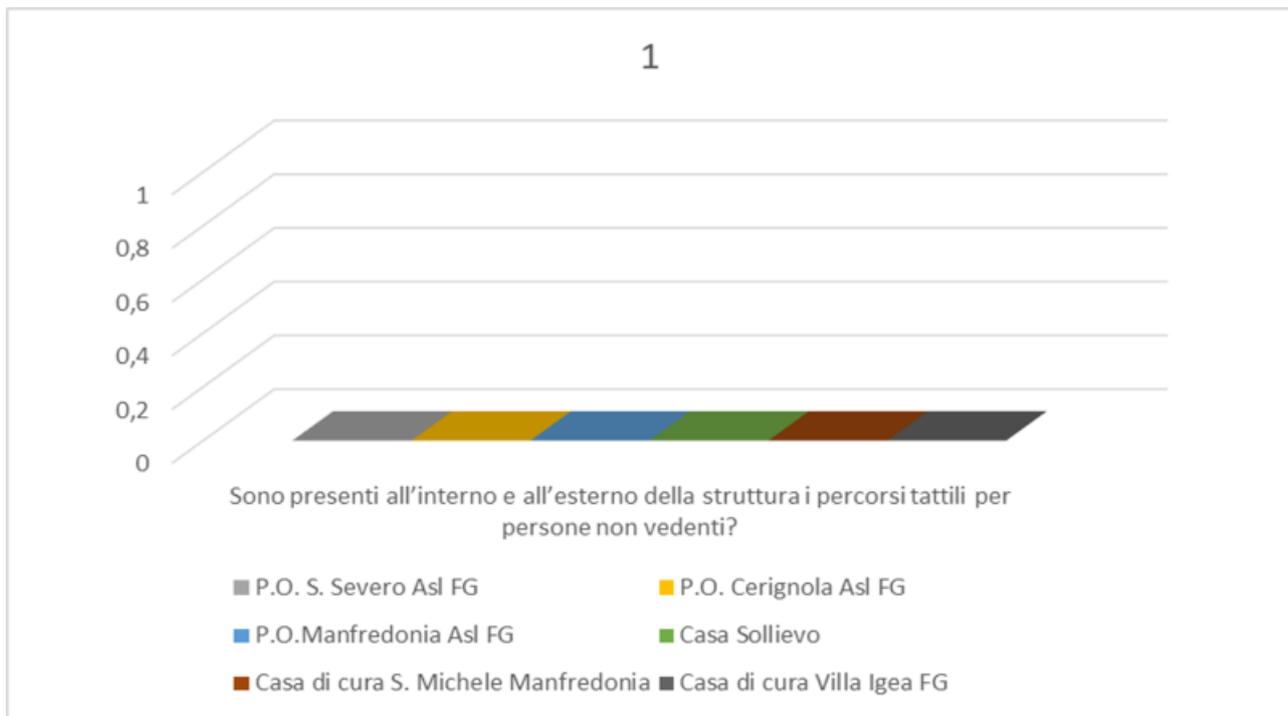
Tab.8 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al questionario



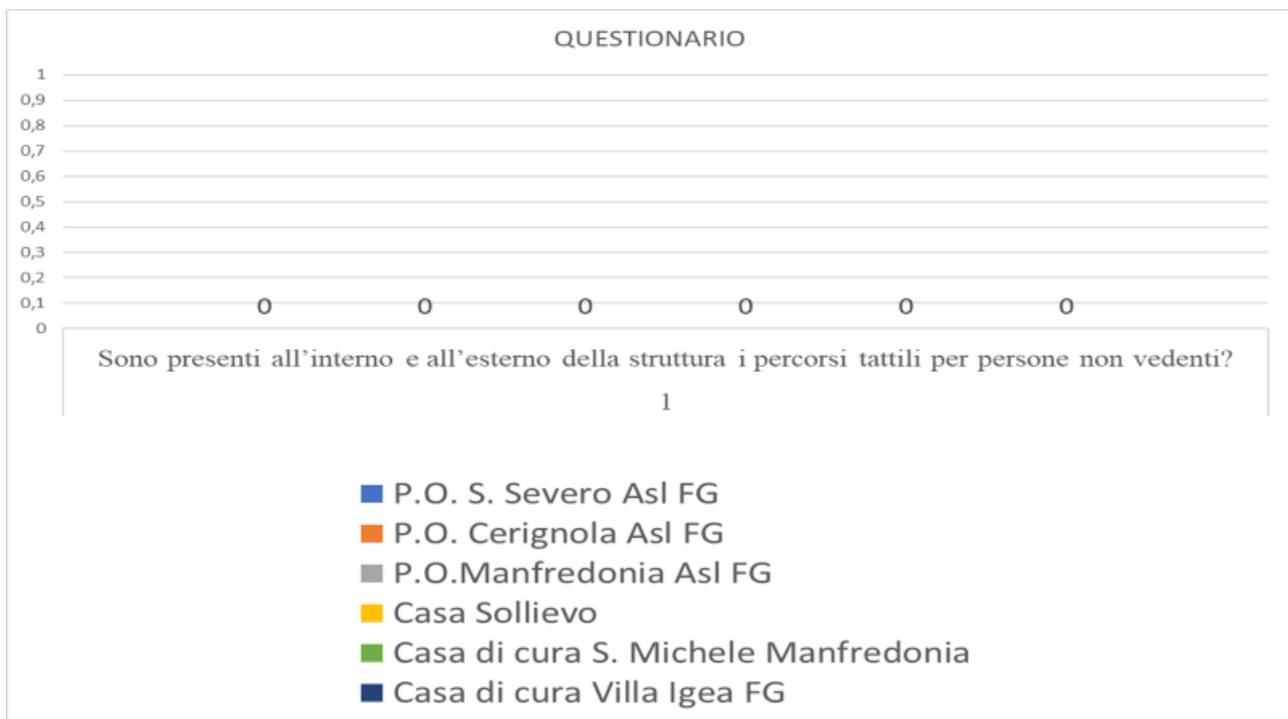
Tab.9 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al questionario



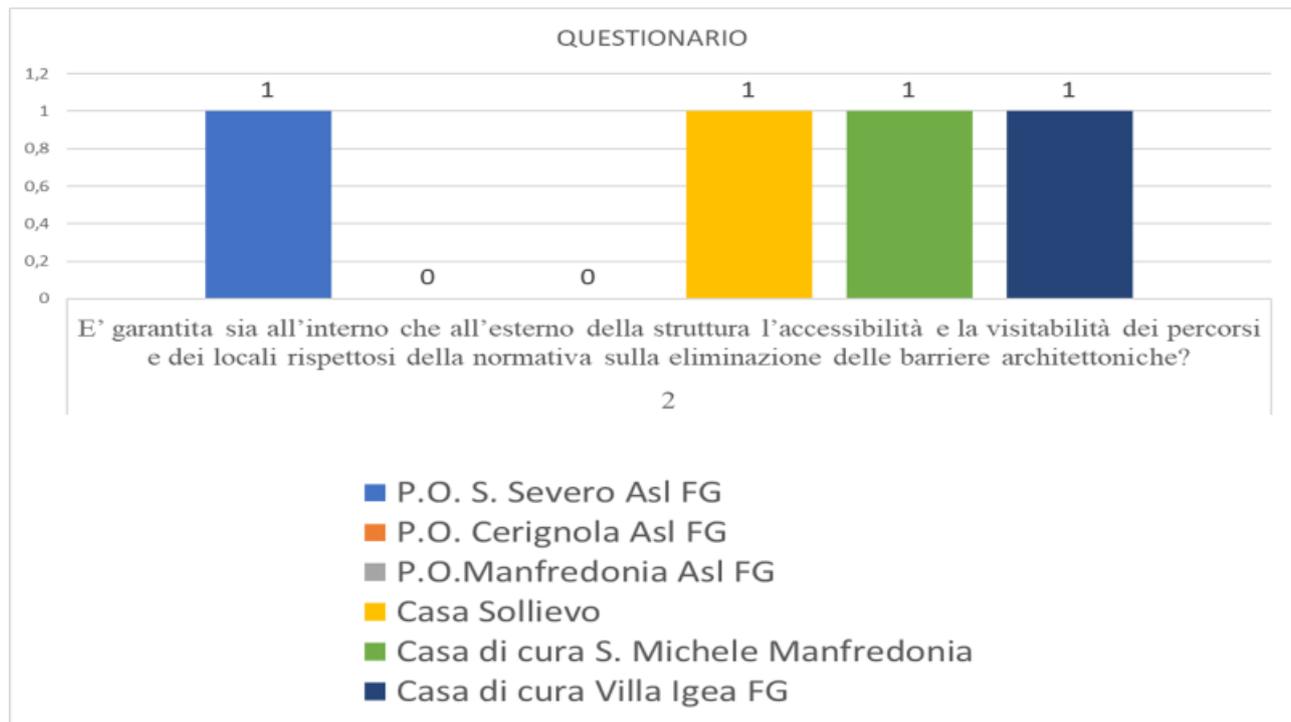
Tab.10 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 1 del questionario



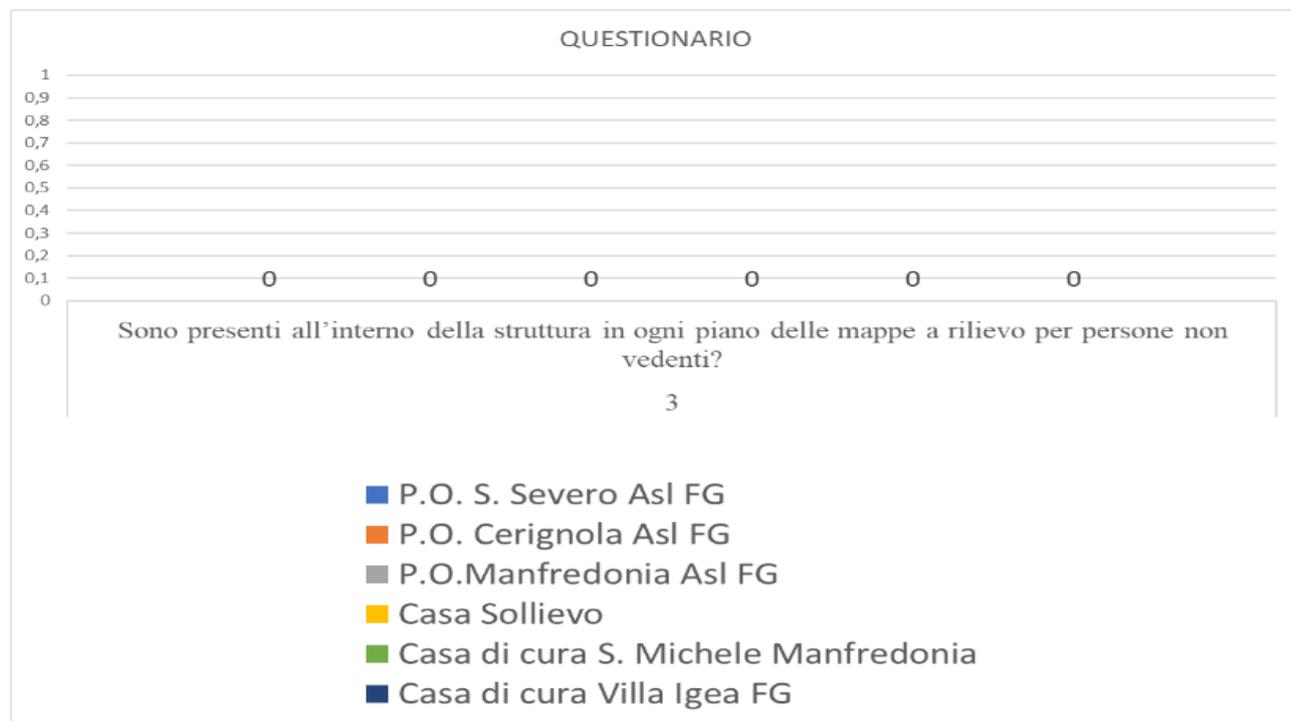
Tab.11 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 1 del questionario



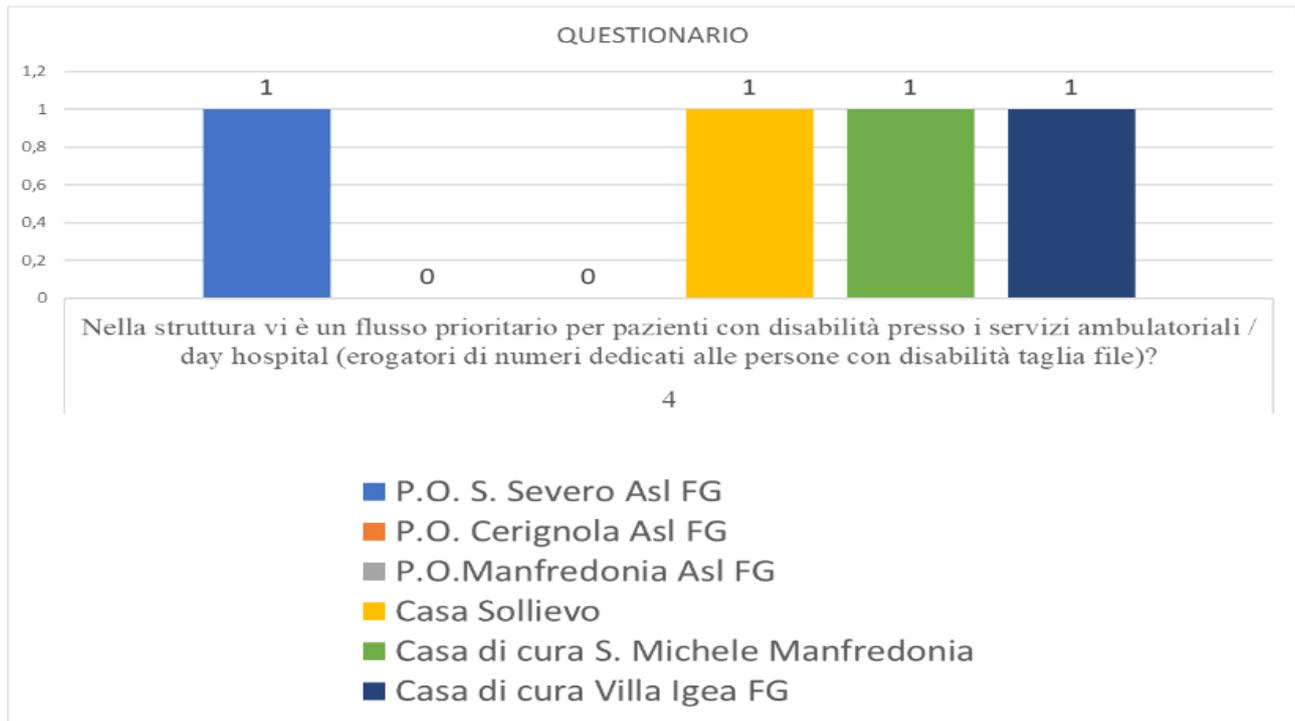
Tab.12 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 2 del questionario



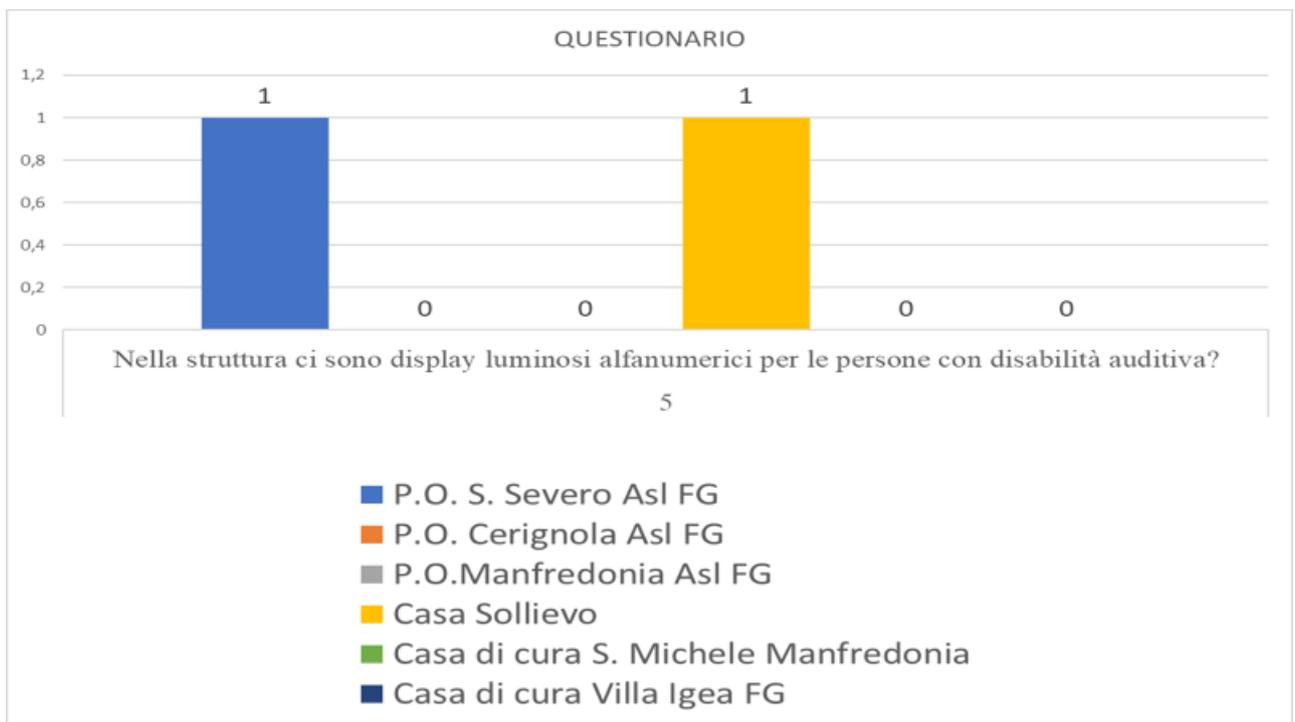
Tab.13 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 3 del questionario



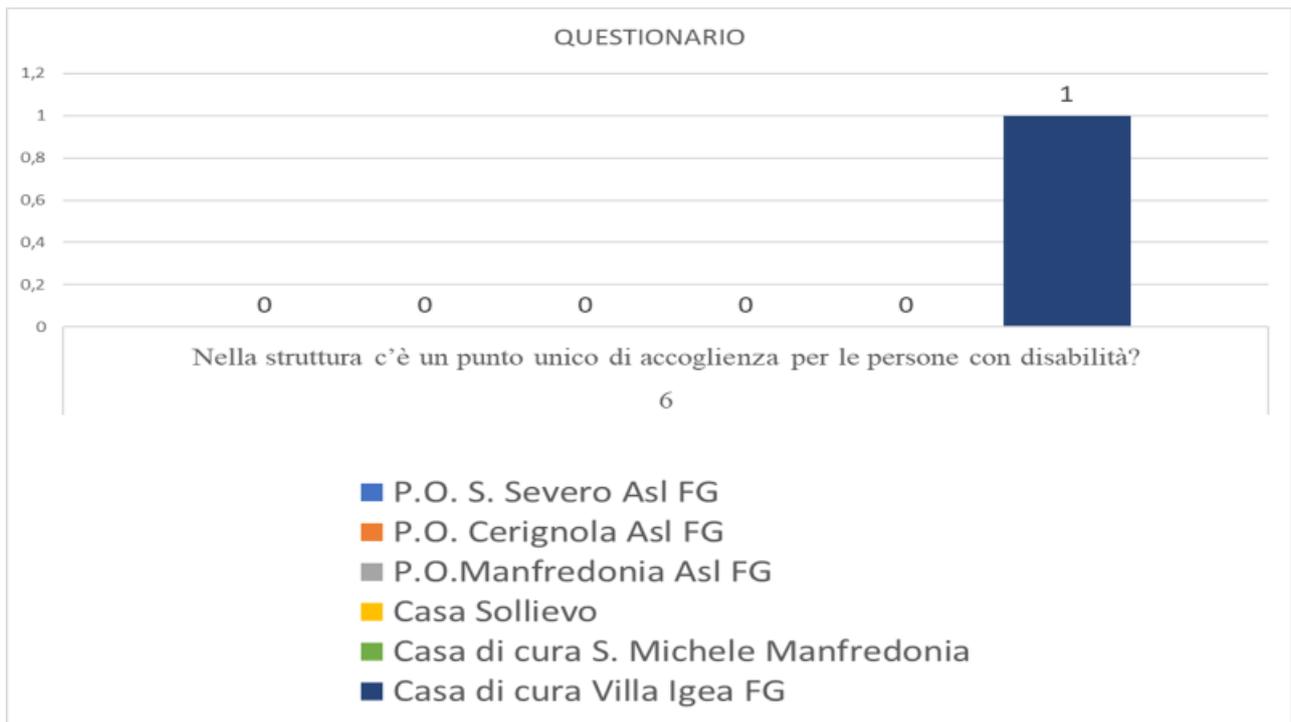
Tab.14 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 4 del questionario



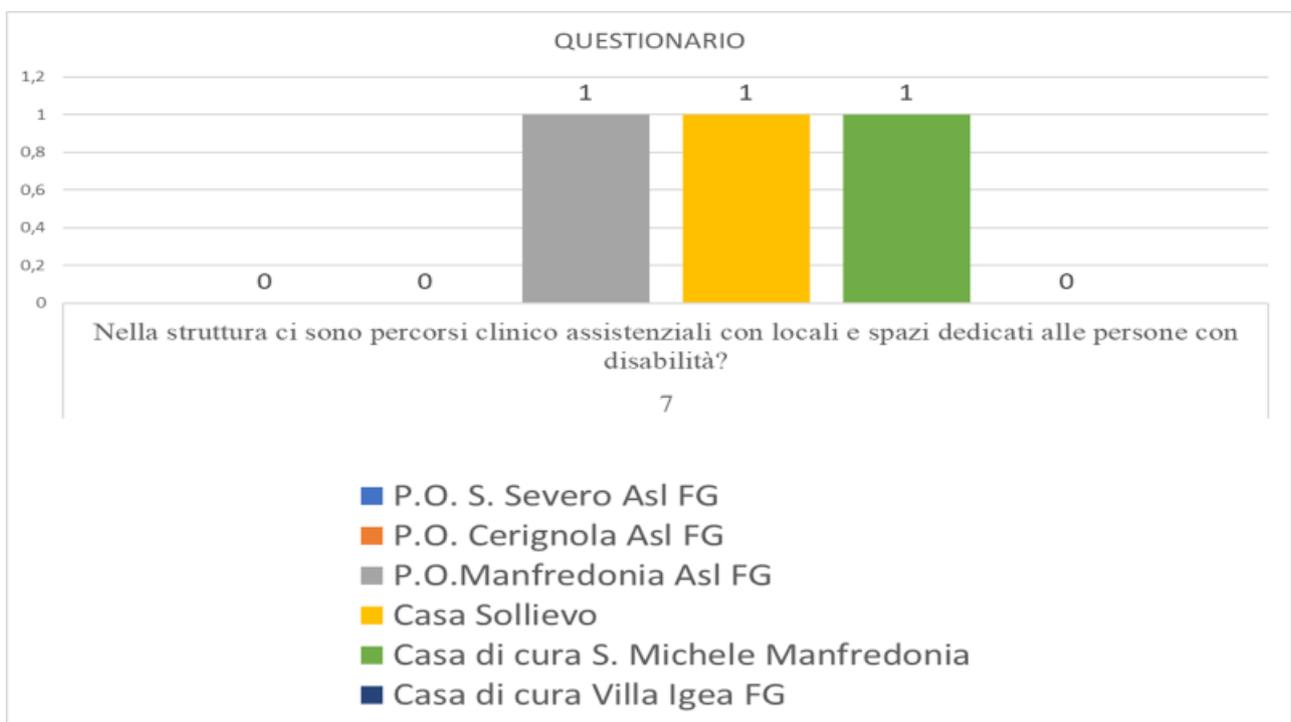
Tab.15 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 5 del questionario



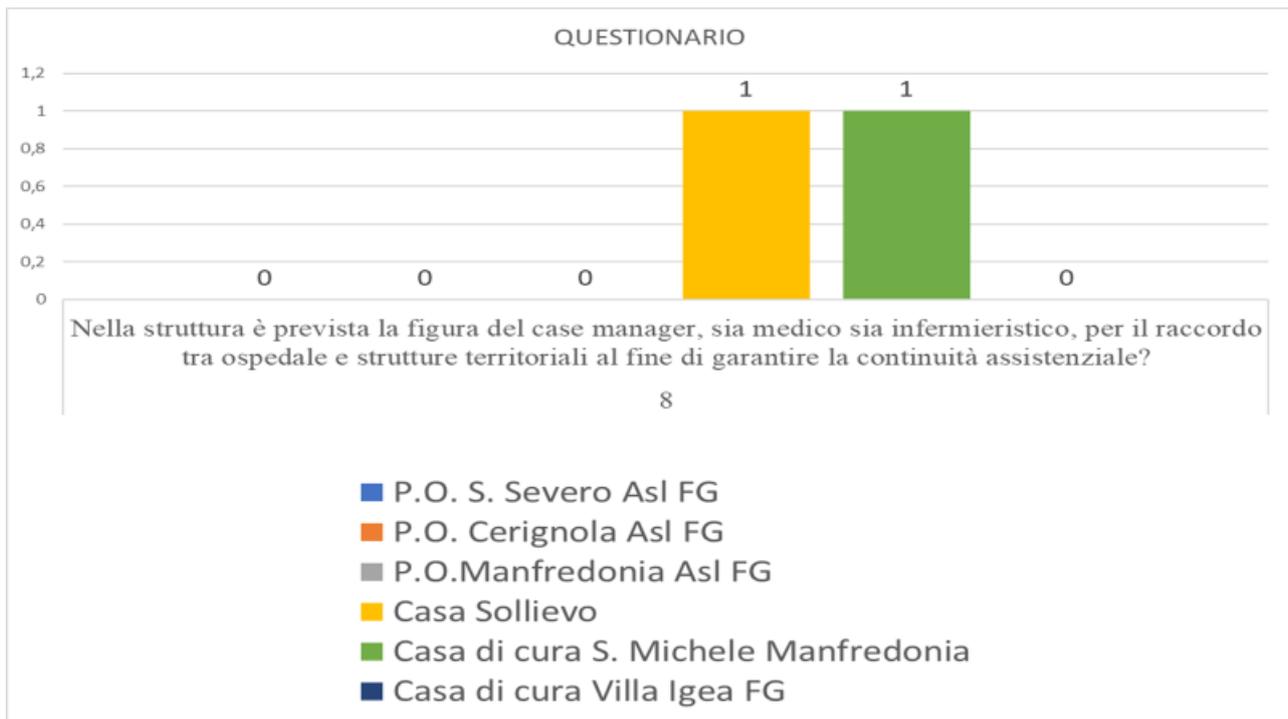
Tab.16 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 6 del questionario



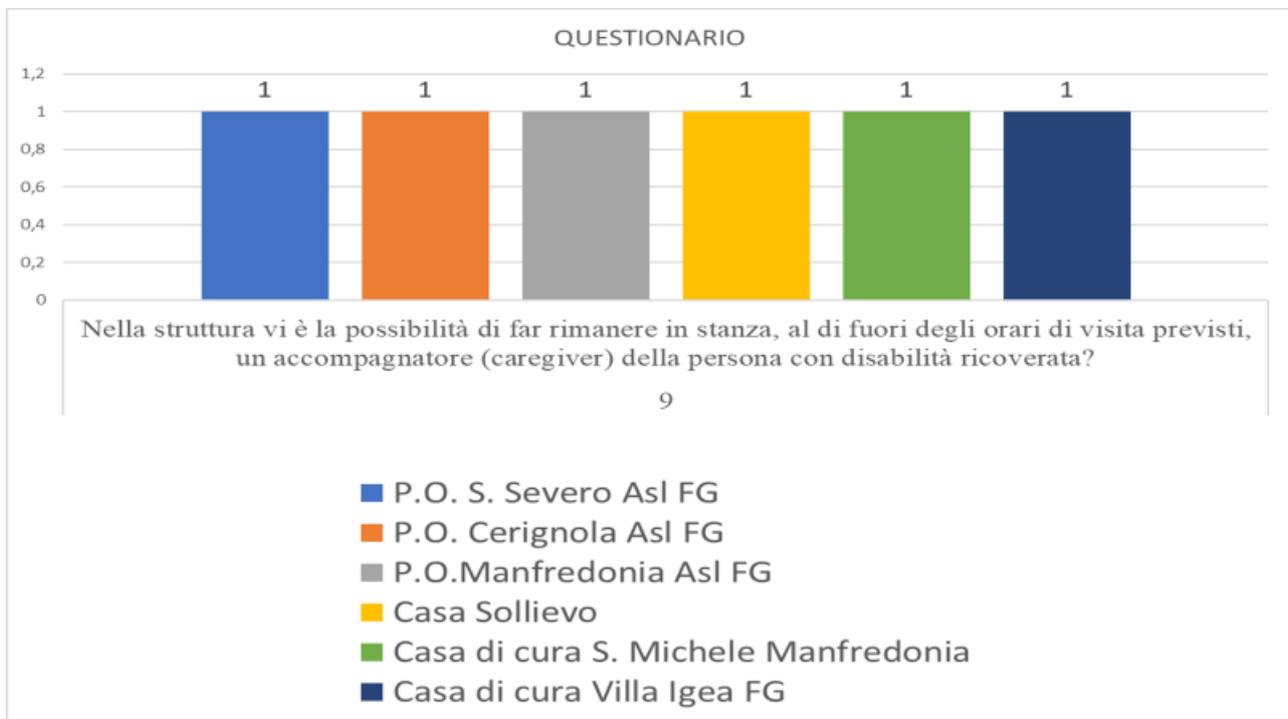
Tab.17 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 7 del questionario



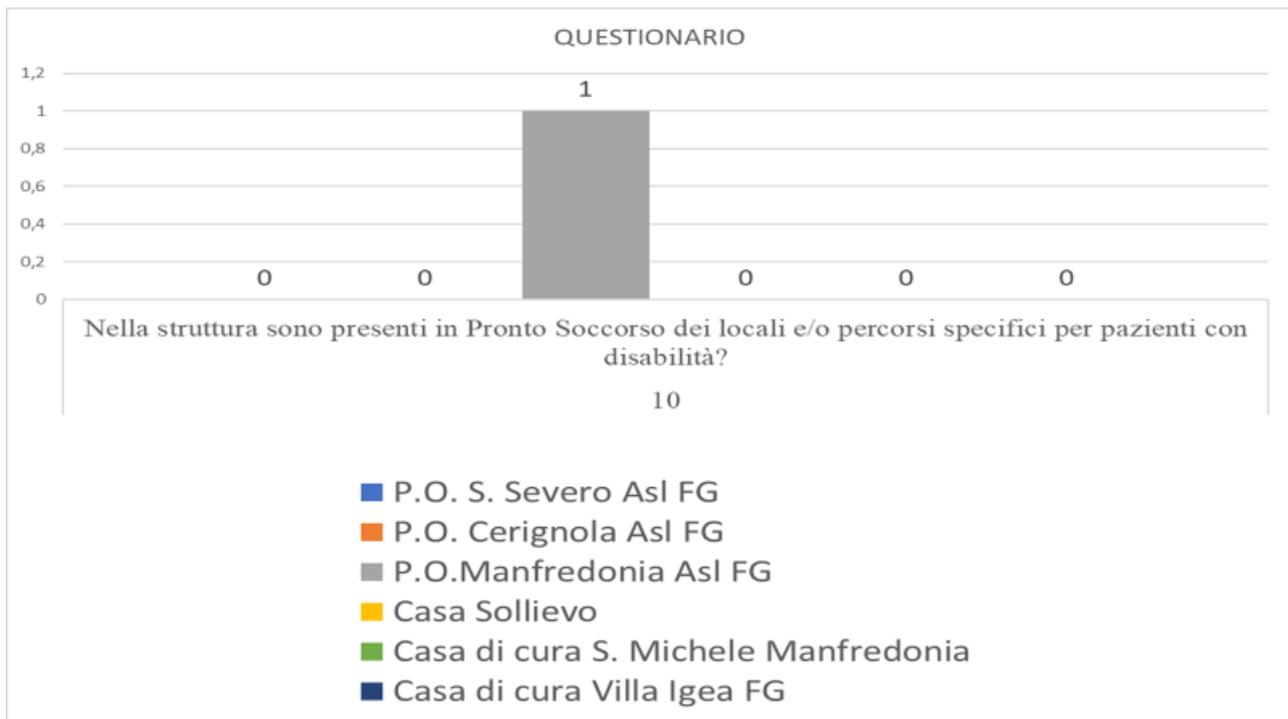
Tab.18 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 8 del questionario



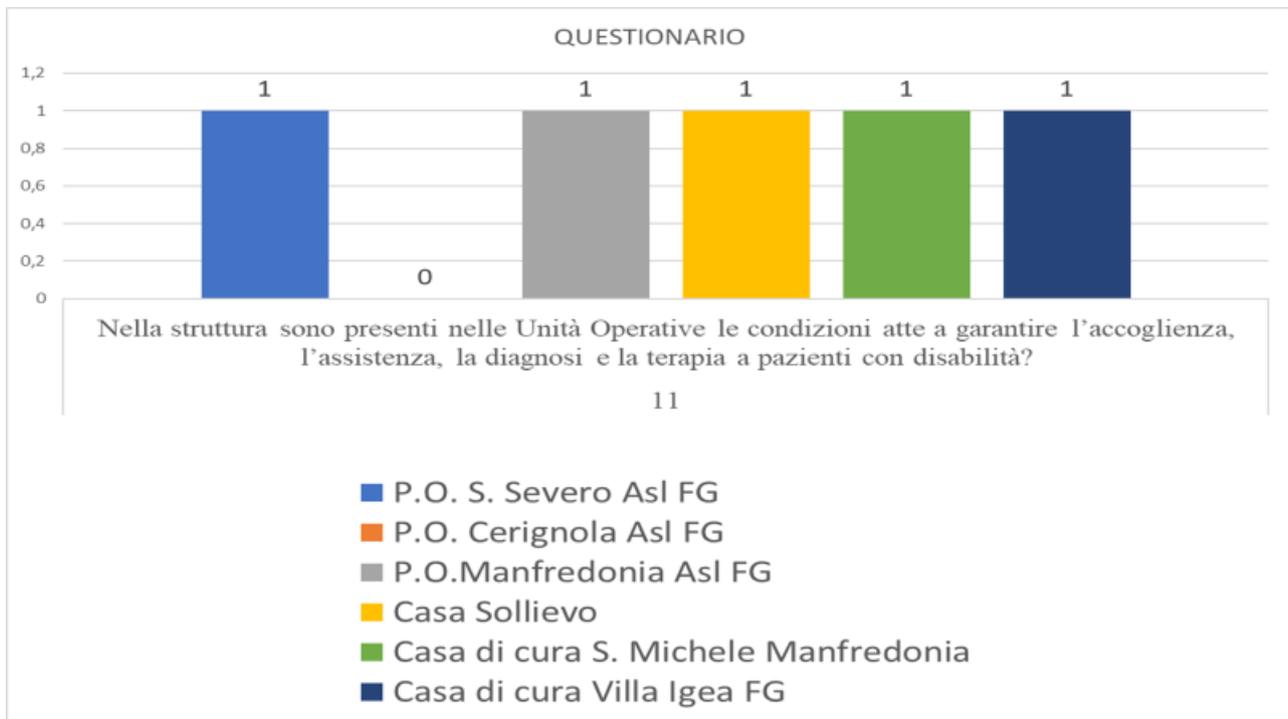
Tab.19 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 9 del questionario



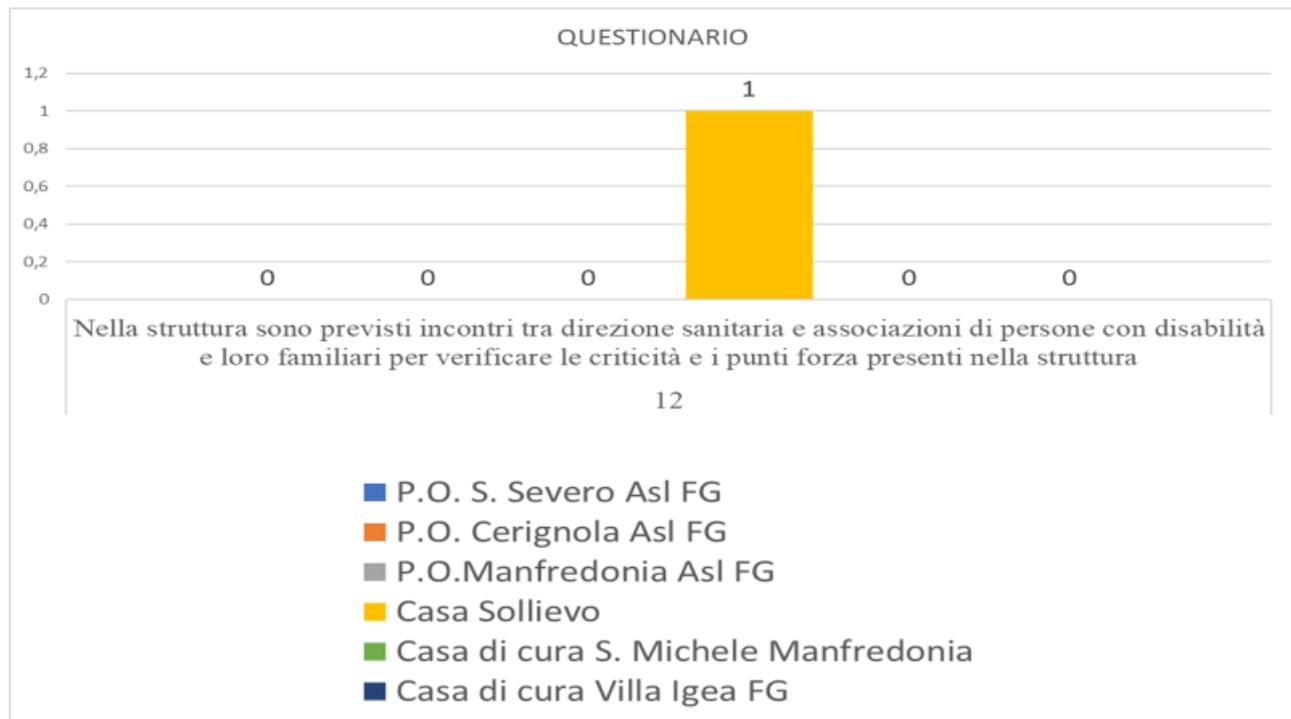
Tab.20 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 10 del questionario



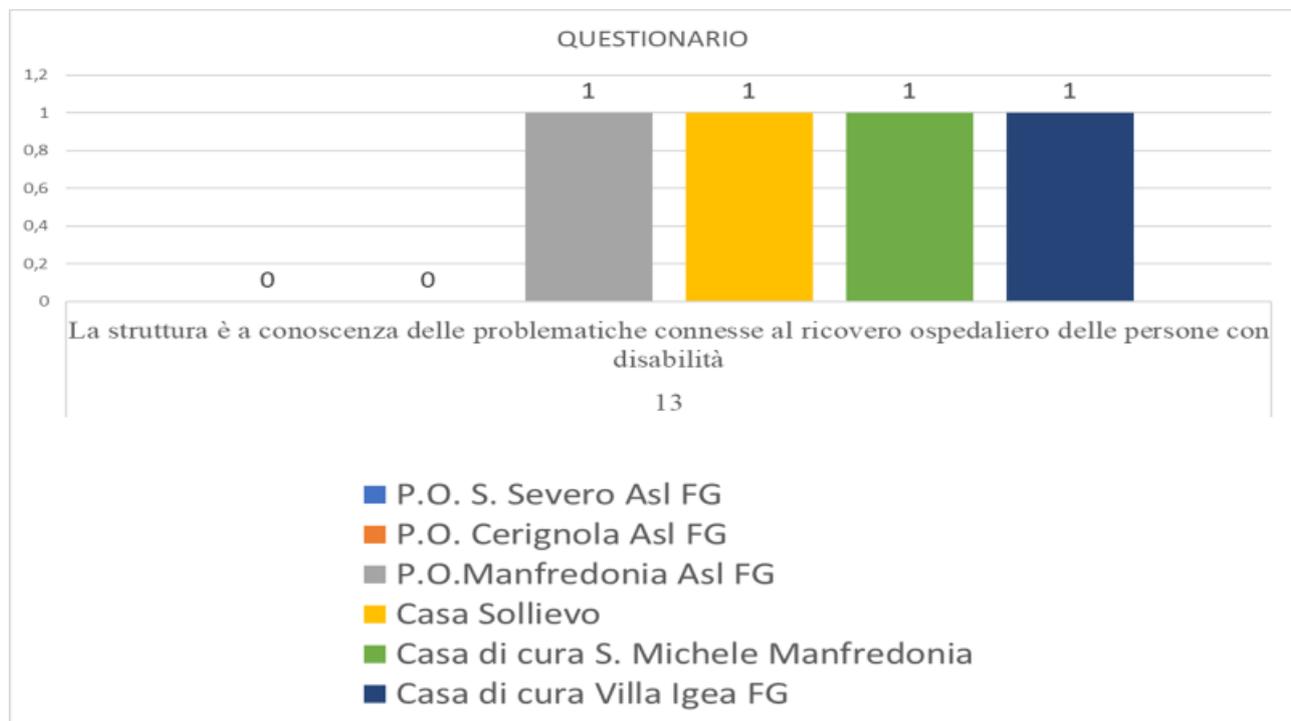
Tab.21 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 11 del questionario



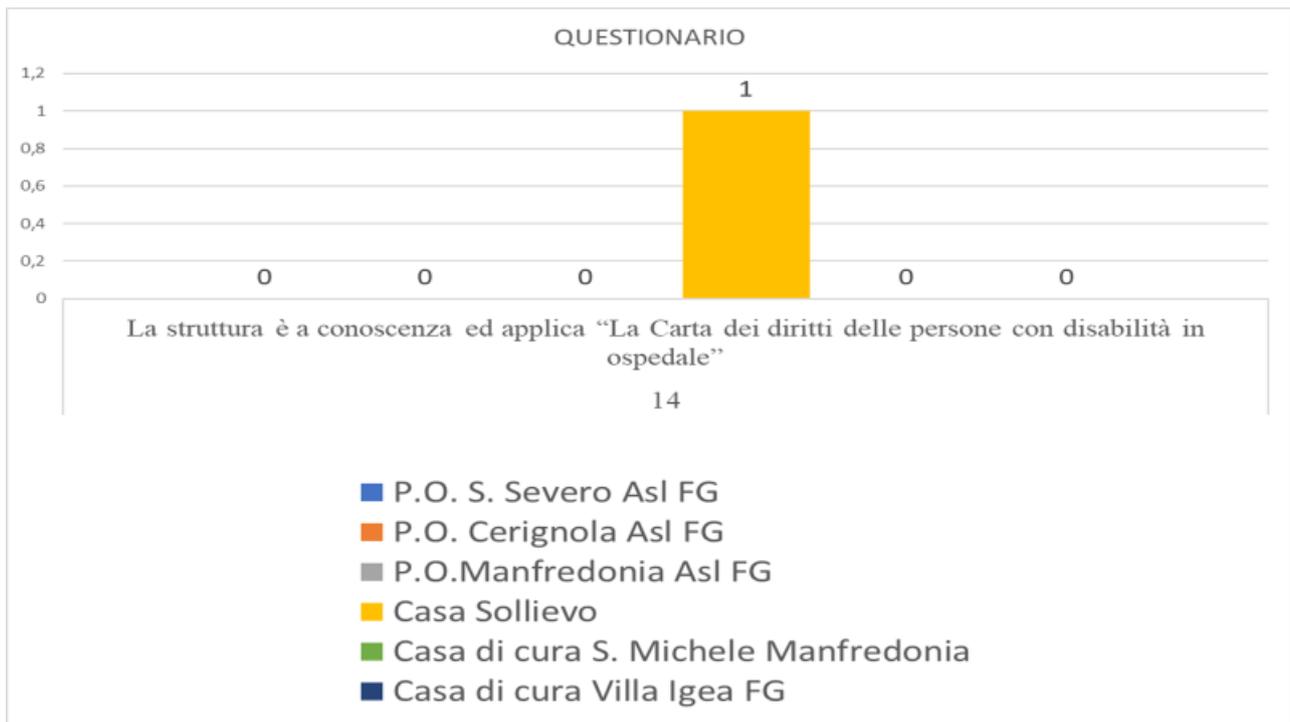
Tab.22 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 12 del questionario



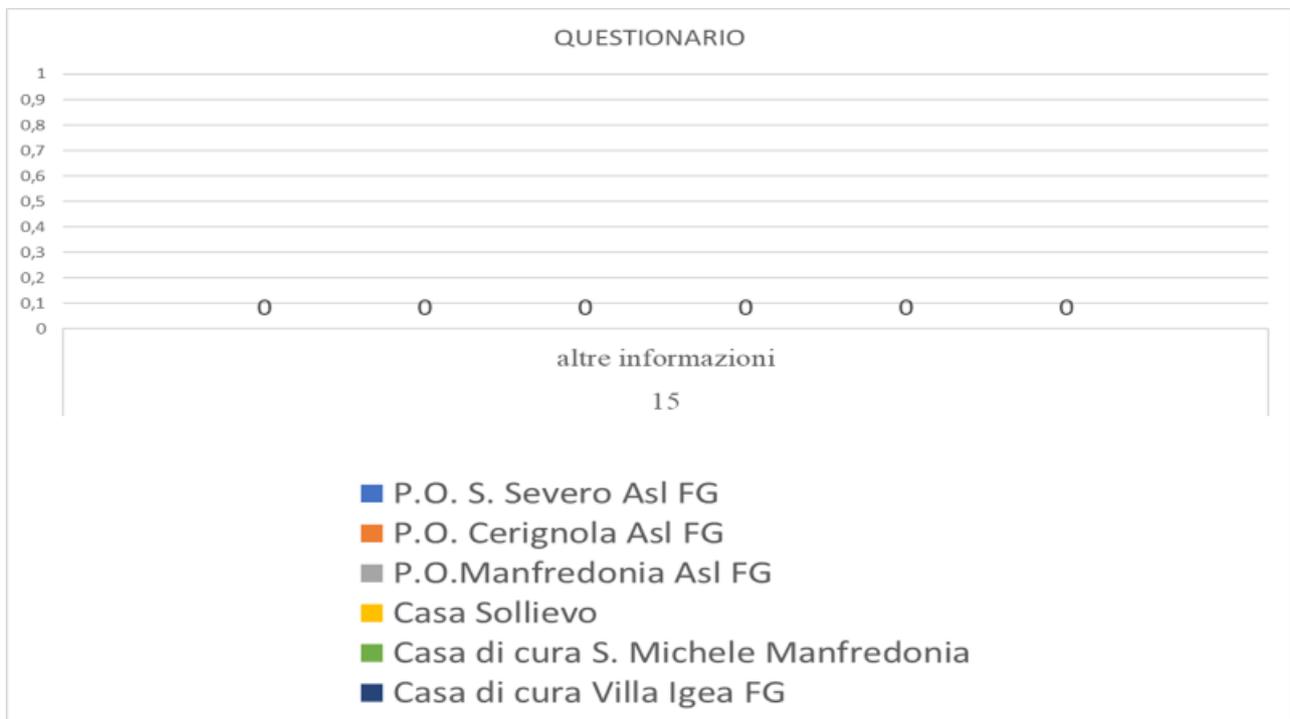
Tab.23 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 13 del questionario



Tab.24 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 14 del questionario



Tab.25 Le risposte delle Strutture Ospedaliere al quesito n. 15 del questionario



Tab.26 Le risposte delle Strutture Ospedaliere: riepilogo

