

# LE NORME E LE PRASSI. SULLE COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISTURBI MENTALI NELLE MARCHE

FABIO RAGAINI  
GRUPPO SOLIDARIETÀ

Prendendo spunto dai contenuti di una convenzione tra Zona sanitaria ed ente gestore di comunità alloggio per persone con disturbi mentali, l'analisi mette in evidenza l'incoerenza tra classificazione e funzione della struttura. Una situazione che ha importanti ricadute sul sistema dei servizi e dunque sugli utenti

Ritorniamo, nutrendo testardamente ancora speranza che qualcuno - all'interno degli assessorati alla salute e alle politiche sociali, nell'Asur, nelle Zone territoriali, negli Ambiti sociali, negli enti gestori e anche nelle organizzazioni degli utenti - prenda consapevolezza di quanto sia sbagliato continuare a produrre atti intrisi di ambiguità e non conformi alla normativa vigente che hanno ricadute pesantissime sul sistema dei servizi, sulla qualità degli stessi e ovviamente sugli utenti. Ci riferiamo alla situazione riguardante alcune comunità alloggio per soggetti con disturbi mentali. L'occasione la fornisce la recente delibera 751/2010<sup>1</sup> nella quale la Regione prende atto della regolarità della convenzione tra la Zona territoriale 5 di Jesi e l'organizzazione di volontariato L'Alveare avente sede in Assisi (PG) che gestisce la Comunità Alloggio Villa Ricci a Monteroberto (AN).

## LE COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISTURBI MENTALI NELLA NORMATIVA REGIONALE

Occorre brevemente ritornare su queste comunità<sup>2</sup> per capire perché la lettura della delibera in oggetto produce irritazione. Si tratta di comunità - disciplinate dalla legge 20/2002 - con funzione di accoglienza abitativa caratterizzate da *bassa intensità assistenziale* e sono destinate a *soggetti autosufficienti privi di un valido supporto familiare*. Nello specifico, le comunità alloggio per persone con disturbi mentali si caratterizzano per essere rivolte a soggetti con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale di tipo sanitario; le comunità sono parzialmente autogestite, collegate se necessario con un servizio di assistenza a carattere domestico e con i servizi territoriali del DSM. Come si desume dagli obiettivi e della tipologia di utenza sopra richiamata, non han-

no uno standard di assistenza definito come tutte le altre comunità con funzione tutelare e protetta (art. 3, comma 3 e 4), prevedono infatti soltanto l'attivazione (requisito 10) di un servizio di assistenza domiciliare di supporto e la presenza programmata degli operatori del DSM (requisito 11). Ciò significa che mai e poi mai in queste comunità possono essere presenti operatori sulle 24h perché significherebbe che gli utenti ospitati sono diversi dalla tipologia prevista per questi servizi. Non dovrebbe essere necessario argomentare ulteriormente - tanto è chiara la formulazione - per ogni persona di buon senso e con competenze sufficienti per interpretare atti normativi e regolamentari.

## FUNZIONANO PROPRIO COSÌ?

Nella delibera sopra citata si legge che per queste Comunità, che di norma<sup>3</sup> dovrebbero ospitare 6 utenti, la Zona 5 paga una quota annua pari a 236.411 euro. Ciò determina, prendendo a riferimento la presenza di 6 persone una quota giornaliera sanitaria a carico di ogni utente pari a circa 107 euro, alla quale si aggiunge una quota a carico dell'utente e/o del comune che dovrebbe essere pari al 30%<sup>4</sup>. Se così fosse ci troveremmo di fronte ad una retta giornaliera complessiva pari a 130-140 euro, con una quota a carico dell'utente superiore a 30 euro al giorno.

E' evidente che ci si trova davanti ad una chiara situazione di incoerenza tra classificazione e funzione. Non costa 130-140 euro al giorno - una cifra assimilabile a quelle praticate nelle comunità protette che peraltro la Regione non ha mai avuto la bontà di definire - una retta per soggetti con alti livelli di autonomia, in comunità parzialmente autogestite collegate con un servizio di assistenza domiciliare che si avvalgono del supporto del

DSM. Le persone lì ricoverate hanno altri bisogni, evidentemente incompatibili con la risposta che può dare una comunità alloggio. Si è mai visto una ASL che paga oltre 100 euro al giorno per soggetti con alti livelli di autonomia all'interno di comunità parzialmente autogestite? L'ASL assume forse oneri per un utente ospite di un Gruppo appartamento (*I Gruppi appartamento sono strutture residenziali destinati ad un numero massimo di 6 utenti con caratteristiche di autosufficienza e residuo minimo di bisogno assistenziale, Dal Progetto obiettivo salute mentale, Del. 132/2004*) la cui tipologia di utenza è del tutto assimilabile alle Comunità alloggio<sup>5</sup>?

Prima di porre alcune domande a tutti coloro che secondo l'atto istruttorio hanno espresso parere positivo circa l'approvazione del provvedimento, pare utile rispondere alla obiezione che a volte ci viene rivolta circa il motivo della critica a provvedimenti – come quelli in oggetto – che cercano di trovare soluzioni ai problemi delle persone<sup>6</sup>. Rispondiamo dunque previamente che bisognerebbe avere l'accortezza di distinguere i piani e dunque evitare dannose confusioni. Se si costruisce un sistema - come si è tentato di fare con la legge 20/2002 e i Regolamenti attuativi – che sulla base dei bisogni delle persone, individua standard di servizio, è evidente ad ogni persona di buon senso ed in buona fede - magari anche di sinistra - che lo scardinamento di questo sistema ha effetti nefasti sugli utenti e sul sistema dei servizi perché non solo riduce le tutele ma legittima una discrezionalità a tutto danno del soggetto più debole. Se non si fosse stati ancora sufficientemente chiari: chi decide lo standard del servizio, chi decide le figure professionali, chi decide quali sono gli oneri a carico della sanità, chi decide se l'utente deve compartecipare? Ecco: chi ha deciso tutto questo?

#### DOMANDE CUI SI CHIEDE UNA RISPOSTA

Giunti a questo punto però pare indispensabile, a partire dai contenuti dell'Atto istruttorio, porre alcune domande cui si desidererebbe ricevere adeguata risposta.

1) il funzionario del Servizio politiche sociali che "ha comunicato di non avere rilievi da formulare in merito", si è chiesto come mai in una comunità alloggio la sanità assuma oneri di quel rilievo pari a circa il 70%? Si è chiesto se quelle strutture prevedono tariffa? Si è chiesto

se costa 130-140 euro al giorno una comunità con funzione abitativa, quanto potrebbe costarne una con funzione protetta. Altre domande potrebbe formularsi, ma ci fermiamo qui.

2) Il responsabile della P.O. Area salute mentale del servizio salute che - ritenendo l'atto coerente "con la normativa e la programmazione regionale" ha comunicato che "nulla osta all'approvazione del provvedimento in oggetto" - si è chiesto come sia possibile che in una comunità con funzione abitativa per soggetti con buoni livelli di autonomia tali da richiedere il solo supporto del servizio comunale di assistenza domestica l'Asl possa assumere oneri di quella rilevanza? Si è chiesto come sia possibile che in una comunità che il POSM definisce "con caratteristiche prevalentemente sociali", rispetto alle quali il Servizio sanità, non ha competenze, la Zona di residenza possa assumere un onere giornaliero pari a oltre 100 euro; il 70% del costo?

3) L'atto trova fondamento su "leggi e disposizioni sia statali che regionali tra le quali il Dpcm 29-11-2001 (...)" ; è fin troppo facile affermare che il riferimento normativo riguardante questa tipologia di strutture è la legge regionale 20/2002 e i suoi Regolamenti attuativi (1/2004 e 3/2006) e che secondo gli stessi si è di fronte ad una struttura con funzione abitativa (..) destinata a soggetti autosufficienti (art. 3, legge 20/2002). Una tipologia di struttura che non trova riferimento nell'allegato 1c del dpcm 29.11.2001, nel quale si fa riferimento ad oneri sanitari in strutture a bassa intensità assistenziale che erogano prestazioni terapeutiche e socioriabilitative (40% a carico della sanità). Cifra peraltro assolutamente sottostimata dal decreto<sup>7</sup>. Prestazioni che non riguardano le comunità alloggio della legge 20/2002 in quanto le stesse sono rivolte ad altra tipologia di soggetti (vedi sopra).

4) Se i bisogni di persone con "disturbi mentali" necessitano di un maggior numero di posti residenziali è forse il caso di dire basta al subdolo utilizzo di servizi che hanno altra funzione e di provvedere alla autorizzazione ed al finanziamento delle diverse tipologie di comunità previste dal progetto obiettivo salute mentale. A chi giova continuare con questa finzione? Qual è l'utilità del mantenimento di un sistema di questo tipo bloccato oramai da un decennio<sup>8</sup>? Dunque si faccia quel che si deve fare a partire dal dato di realtà: quelle strutture, per la tipologia di utenti ricoverati,

abbiano altra autorizzazione e altri requisiti – attraverso la legge 20/2000 – definendo nel contempo: standard, tariffe e se presenti criteri di compartecipazione.

5) Le Commissioni d'Ambito che devono provvedere a verificare il rispetto dei requisiti delle strutture si preoccupano anche di verificare se ci sia corrispondenza tra tipologia di utenza prevista e quella presente? La Regione (vedi nota 1) che in risposta all'interrogazione - nel luglio 2008 - rispondeva che non risultavano comunità alloggio nelle quali erano presenti coperture assistenziali sulle 24 ore e conseguente retta giornaliera ritiene ancora non necessaria una verifica della situazione così da "andare a verificare direttamente lo stato delle cose, coinvolgere i Comuni competenti, far intervenire la Commissione d'Ambito e nel caso di irregolarità, invitare il Comune competente alla revoca immediata dell'autorizzazione"?

#### FARE OGGI QUELLO CHE SI ATTENDE DA ANNI

E' dunque tempo che la Regione faccia ciò che si attende da anni, dimostri di essere capace di fare programmazione sociosanitaria mettendo mano – cosa che non ha mai fatto – alla reale regolamentazione delle strutture e dei servizi socio sanitari (che ricomprendono quelli sanitari a rilievo sociale, quelli ad elevata integrazione, quelli sociali a rilievo sanitario)? Cessi l'inguardabile pratica di delibere settoriali che riguardano specifiche strutture e in modo sistemico definisca senza ambiguità standard, fabbisogno, tariffe (parametrize sugli standard) compartecipazioni tra sanità e assistenza sociale. Dimostri di avere la capacità - se ha a cuore bene comune ed un sistema di garanzie e opportunità per tutti - di governare un sistema che l'assenza di programmazione regionale ha reso profondamente iniquo. E' abbastanza triste che a rammentare tutto questo debba essere una associazione di volontariato.



#### Note

- 1 [http://www.norme.marche.it/Delibere/2010/DGR0751\\_10.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2010/DGR0751_10.pdf).
- 2 Per un approfondimento rimandiamo a *Sulle autorizzazioni di comunità alloggio per persone con disturbi mentali nelle Marche*, [www.grusol.it/vocesociale/01-08-08.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/01-08-08.PDF), nel quale viene spiegato nel dettaglio cosa sono queste comunità. La riflessione prende spunto da una interrogazione (2008) - nella quale si segnalava l'incoerenza tra classificazione e funzione di questi servizi - del consigliere regionale Massimo Binci e dalla risposta dell'allora assessore ai servizi sociali. Nel testo oltre al nostro commento è riportata una lettera nella quale si presenta la situazione delle comunità alloggio nella Zona 5 di Jesi.
- 3 Vedi anche; Regione Marche, *Le modifiche ai requisiti delle strutture sociali e sociosanitarie. Un grande passo indietro*, in [www.grusol.it/informazioni/05-12-06.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/05-12-06.PDF).
- 4 Usiamo il condizionale perché la determinazione della compartecipazione non è fissata da alcuna norma regionale, ma solo da accordi locali; anzi; più che da accordi locali da disposizioni unilaterali, come in questo caso, delle Zone Territoriali.
- 5 E' questa la ragione per cui abbiamo sempre sostenuto che questa tipologia di strutture non dovessero essere incluse all'interno della legge 20/2002.
- 6 A questo proposito si consiglia anche la lettura del documento *Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche*, [www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF), che rimanda ad altri approfondimenti. Si veda anche, Gruppo Solidarietà (a cura di), *I dimenticati. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche* (2010) [www.grusol.it/pubblicazioni/libro2010.asp](http://www.grusol.it/pubblicazioni/libro2010.asp).
- 7 Su questo e altri contenuti del Dpcm 29.11.2001, cfr., F. Ragaini, *Riforma e livelli essenziali di assistenza. Prospettive sociali e sanitarie*, 16-2002, p. 3.
- 8 Vedi per un approfondimento nella parte riguardante la salute mentale, *Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche*, in, [www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF).
- 9 Rimandiamo per un maggior dettaglio al documento del Comitato Associazioni tutela di richieste e proposte per la nuova legislatura in tema di politiche sociali; in, [www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF](http://www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF).