

## **L'insostenibile leggerezza delle CSS**

Un Contributo di Massimiliano Malè – psicopedagogo, direttore dei Servizi della Cooperativa Sociale Nikolajewka ONLUS, consigliere regionale e nazionale di Federsolidarietà

La Comunità Socio Sanitaria, unità di offerta lombarda per disabili, allo status quo in balia tra sociale e sociosanitario rischia il collasso se non verrà profondamente ripensata la normativa di riferimento. Un'analisi dei motivi e spunti di riflessione per un futuro più roseo.

**a cura di Alice Melzi - martedì, Ottobre 29, 2019**

<http://www.lombardiasociale.it/2019/10/29/linsostenibile-leggerezza-delle-css/>

### **Prima domanda: ma perché le hanno aperte?**

Le CSS sono uno strano prolungamento delle Comunità Alloggio Handicap (CAH), già regolamentata da normativa regionale almeno dal 1986, che trovano la loro forma definitiva nel Piano Socio Assistenziale 88/90. Il sistema dei servizi per la disabilità è rimasto più o meno immutato fino al 2003, quando una ventata di novità lo modifica più nella sostanza che nella forma.

Intorno a quegli anni la prima unità d'offerta a subire una sostanziale trasformazione è il CRH, cioè Centro Residenziale Handicap, che diviene, sulla scorta del DPR 14/01/97<sup>[1]</sup>, Residenza Sanitaria (Assistenziale) Disabili, con acronimo RSD. Poco dopo arrivano, al posto del Centro Socio Educativo (CSE), il Centro Diurno Disabili (CDD) e, in luogo della CAH, la Comunità Socio Sanitaria (CSS). Il primo segue la medesima strada della RSD, cioè si informa al DPR 14/01/97, come servizio residenziale a ciclo diurno, mentre la seconda subisce uno strano trattamento. La CSS non cancella la CAH, come accade per il CRH, non crea una nuova unità di offerta parallela, come per il CSE, ma di fatto le attribuisce anche la competenza di effettuare alcune attività socio sanitarie. Infatti la CSS è la possibilità di conferire alla CAH un po' di fondo sanitario, ma la sostanza della CAH non cambia. I requisiti autorizzativi della CSS restano quelli della CAH definiti dalla L.R. 1/86 e dal PSA 88/90, ed è a partire dal possesso dei requisiti autorizzativi e da ulteriori requisiti definiti dalla Regione<sup>[2]</sup> che la CAH chiede l'accreditamento socio sanitario.

### **Che cosa sono o non sono le CSS**

Le CSS sono, testualmente, leggendo il punto 1 della DGR 18333/04: “[...] la Comunità Socio Sanitaria è la Comunità Alloggio socio assistenziale autorizzata al funzionamento che, essendo disponibile anche all'accoglienza di persone adulte con grave disabilità privi (il genere non coincide nel testo originale, ndr) di sostegno familiare ed essendo stata scelta dall'utente come sua dimora abituale, sia accreditata al sistema socio sanitario regionale”. Ma una visione mista che dimentica il DPR 14/01/97 per quanto riguarda i requisiti autorizzativi, ma lo ricorda per quanto riguarda, l'accreditamento può funzionare<sup>[3]</sup>? Prima dicevo che una CSS è una CAH che possiede ulteriori requisiti di accreditamento, che corrispondono ad alcuni standard organizzativi, gestionali e minimamente anche strutturali. Tra questi c'è

n'è uno tipicamente socio sanitario, cioè lo standard di personale da calcolarsi in minuti settimanali, esattamente come per le RSA, RSD e CDD, di cui parlerò oltre, quando tratterò del tema sostenibilità.

## **Che cosa fa una CSS**

Una CSS accoglie persone con disabilità grave. Può accogliere persone orientabili ad RSD, ma che per motivi sociali (o semplicemente perché in RSD mancano posti letto) è stata data loro la possibilità di usufruire della comunità. La CSS però, rispetto a una RSD, fornisce servizi diversi e decisamente minori sul piano delle prestazioni sanitarie, prestazioni che dovrebbero essere compensate da un'esperienza di vita più familiare e con una maggiore propensione alla partecipazione sociale e alla presenza sul territorio. Se la RSD difficilmente può somigliare ad una casa, viste le dimensioni e gli standard strutturali, la CSS è a tutti gli effetti una casa. Di solito si tratta di appartamenti di grandi dimensioni, i cui standard sono proprio quelli della civile abitazione, inseriti in contesti urbani residenziali. La CSS prima d'essere una struttura dovrebbe essere un'esperienza di vita, dove tutti in base alla proprie capacità partecipano alla gestione quotidiana. Tutti partecipano a fare le pulizie, la spesa e alla preparazione dei pasti. La gestione della quotidianità collettiva e individuale diventano il mezzo e al contempo il fine di una migliore qualità della vita, che non è fatta solo di mestieri, preparazione pasti e autonomia personale, ma anche di svago e gestione del tempo libero. E come per ogni persona del nostro modello culturale, per il quale la vita domestica è contro bilanciata da un impegno esterno, come il lavoro o lo studio, anche nella CSS è stata prevista una soluzione della continuità, introducendo la doppia frequenza con altri servizi sociali o socio sanitari. Anche il rientro a domicilio fa parte della visione qualitativa della comunità.

L'architettura comunitaria della CAH/CSS non è solo alternativa a quella familiare, ma è alternativa anche e soprattutto a quella dell'istituto, grande o piccolo che sia. L'istituto, la RSD né è un esempio, non è affatto il demone (anche se qualcuno lo pensa), è una struttura con un modello di vita di tipo alberghiero: stanze singole, doppie o triple, sale da pranzo, locali per diverse attività, grandi corridoi che costituiscono i connettori tra zone residenziale e di attività. Il fatto che gli istituti diventino prigioni<sup>[4]</sup> è dovuta a una aberrazione pedagogica e non di certo per motivi strutturali o dimensionali.

Alla luce di tutto questo la differenza tra CSS e istituto non sta nella dimensione, ma nel modello di vita.

## **Oggi, in Lombardia è ancora possibile la CSS?**

Sì lo è ancora, visto che di fatto le CSS continuano ad essere accreditate, e in numero di posti regionali di CSS a budget è stato di recente ampliato. Ma se un imprenditore mi chiedesse se può avere senso (imprenditoriale) investire in CSS, senza voler averne nessuna perdita e neanche alcun profitto, gli risponderai certamente di no! Trascuriamo le seduzioni etiche, sociali e una certa fascinazione pedagogica (secondo la quale la piccola dimensione risolverebbe tutti i problemi), le CSS oggi non possono stare in piedi per diversi motivi.

**Motivo 1: La gestione del rischio in una CSS**

L'elemento più critico della CSS è la gestione del rischio. Infatti, anche se da un punto di vista autorizzativo ci si richiama a norme di natura più sociale che sanitaria, tutta l'attuale produzione normativa del settore la incastra nel sistema dei servizi socio sanitari e sanitari. Basti vedere i verbali di vigilanza e appropriatezza in cui i controlli sono in sostanza tutti derivati dalla DGR 2569/14, che a sua volta è la pronipote del DPR 14/01/97. Anche la semplice applicazione dei D.Lgs. 231/01 e 81/08, crea non poche complicazioni in un'organizzazione di fatto con pochissimo personale. Così come li creerà la futura applicazione della c.d. Legge Gelli<sup>[51]</sup>, sulla responsabilità in ambito sanitario. Perché, lo si voglia o meno, sotto il profilo normativo la CSS, in questo momento, è considerata da Regione Lombardia come una UdO del sistema socio sanitario, mentre lo spirito sociale che la ispira, ma più pragmaticamente, definisce le regole di autorizzazione al funzionamento, è stato vittima di una ben strana dimenticanza.

**Motivo 2: Far quadrare i conti...**

Nelle CSS c'è un elemento fondamentale che ne mina la sostenibilità economica, cioè la dimensione. La CSS è troppo, troppo piccola per il sistema di remunerazione adottato. Mi spiego. Abbiamo detto che lo standard di una CSS è misurato in minuti-settimanali, come per le altre unità di offerta della Disabilità. In particolare alla CSS sono richiesti 800 min/sett. per ospite. In una comunità con 10 ospiti significa poco meno di 7.000 ore anno di personale richiesto per farla funzionare. Poca roba, in termini di costo del lavoro, circa €140.000, bastano e avanzano. Grossomodo €38 al giorno per ospite, che sono pochi, meno di qualsiasi tariffa giornaliera minima di Fondo Sanitario Regionale delle unità di offerta disabilità (che le sarebbero superiori minimo del di circa 7 euro). Ed ecco che escono subito fuori altri due problemi che minano la sostenibilità dalla CSS, oltre alle dimensioni. Il primo è che le CSS, €38 al giorno per ospite, se li sognano, visto che la media è circa la metà; il secondo è che l'anno, volenti o nolenti, è di 8760 ore e quindi far funzionare una CSS €7.000 ore di personale è impossibile. La CSS non dovrebbe essere aperta tutte le ore dell'anno, ma solo teoricamente, perché in caso di malattia o di altra forza maggiore, deve sempre avere personale disponibile. Poi durante i momenti in cui gli ospiti non ci sono, si devono fare tutta una serie di attività, anche di natura alberghiera e gestionale, che non consentono l'effettiva chiusura. Perciò per gestire una comunità alloggio può servire anche il doppio del personale previsto dagli standard regionali, con il conseguente aumento del costo del personale, a cui si devono aggiungere le utenze, le assicurazioni, ammortamenti e affitti, e anche l'acquisto di cibo. Certo non si tratta, di spese di natura esclusivamente sanitaria quest'ultime, ma di spese sociali e miste. Spese sostenute da utenti e/o altri enti competenti come i Comuni, a cui già spetta coprire il 50%<sup>[61]</sup> dei costi dell'insufficiente personale a standard socio sanitario.

**Motivo 3: Ma allora è sociale o sanitaria la CSS?**

Il costo del personale complessivo si dovrebbe aggirare intorno ai €140.000, per pagare 7.000 ore di personale. Come abbiamo detto però di ore ne servono quasi il doppio. Da una parte molte comunità hanno ospiti che non frequentano altri servizi e che, salvo casi particolari, non possono essere lasciati soli, per cui è impossibile mettere in atto misure organizzative volte a diminuire la copertura delle 8760 ore all'anno; dall'altra, molte ore della giornata devono essere coperte da più operatori contemporaneamente. Questo è il motivo, per cui difficilmente in una comunità lombarda con quasi 10 ospiti troveremo meno di 11 mila ore<sup>[71]</sup>. E questo è il motivo per cui 140.000 euro saranno del tutto insufficiente per pagare il personale, che invece ne costerà circa 200.000 a fronte di una copertura media di fondo sanitario di €55.000<sup>[81]</sup>. Mediamente un gestore di una CSS deve trovare altre entrate solo per il personale di circa €145.000. Pertanto sui Comuni e sugli utenti graverà non solo il costo di personale eccedente gli standard, ma anche gran parte di quello necessario per raggiungere lo stesso standard settimanale di

accreditamento.

La risposta alla domanda sulla prevalenza sociale o sanitaria della CSS è ambivalente: per quanto riguarda i costi, certamente è socio-sanitaria, dal momento che il personale sanitario è la spesa più alta per una CSS e incide per quasi il 70% dei costi totali; invece dal punto di vista delle entrate è decisamente sociale dal momento che le entrate di Fondo Sanitario contribuiscono per meno del 20% alla copertura dei costi totali. Ora capite perché ho parlato di *strana dimenticanza* dell'ispirazione sociale della CSS?

## **Conclusioni: perché ha senso chiudere le CSS**

La CSS è una struttura con alta responsabilità; complessità organizzativa mostruosamente elevata, direbbe il rag. Fantozzi; con entrate molto volatili, perché le piccole dimensioni non solo diminuiscono le economie di scale, ma riducono le entrate. E' infatti sufficiente la carenza di un solo ospite per vedere ridotto il fatturato almeno del 10%<sup>[1]</sup>. In conclusione, l'unica certezza che abbiamo è proprio che la remunerazione è del tutto insufficiente. Ma che senso ha continuare a svolgere un'attività come questa?

## **Epilogo: può essere possibile una CSS?**

Nonostante quanto ho scritto gli enti gestori, soprattutto quelli cooperativi, continuano a investire, gestire e credere nelle CSS. Innamorati del potenziale sociale, inclusivo e di qualità della vita della CSS, non si soffermano sui conti. Una CSS dove i risultati delle attività socio sanitarie – cioè l'essenza socio sanitaria della CSS – sono la partecipazione alla vita di comunità, la partecipazione sociale, la vicinanza col territorio, la possibilità di vivere in modo alternativo alla famiglia e all'istituto, dovrebbe non solo essere possibile, ma necessaria. Purtroppo se non verrà profondamente ripensata la normativa di riferimento, quella dei controlli e la remunerazione, non è possibile vedere un futuro, né roseo né d'altro colore, per un'unità d'offerta che è riuscita, nella missione impossibile di rispondere alle necessità residenziali di 1600 persone con grave disabilità, con costi sul FSR davvero minimi per 15 anni.

---

<sup>[1]</sup> Il Decreto del Presidente della Repubblica 14/01/1997 è l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. E' la norma che sta alla base della definizione degli standard strutturali, organizzativi e gestionali delle strutture socio sanitarie e sanitarie. Il DPR prevede che le strutture che esercitano attività sanitaria e socio sanitaria debbano possedere per funzionare dei requisiti secondo due ordini. I requisiti di autorizzazione, che sono minimi e vengono definiti dal DPR stesso, e gli ulteriori requisiti (di accreditamento) che all'interno di una struttura generale fornita dallo stesso DPR vengono definiti dalle regioni.

<sup>[2]</sup> Si tratta requisiti gestionali, come di 800 min/sett per ospiti e l'esclusione del personale volontario in

assistenza notturna, il resto non lo elenco, ma rimando all'allegato A della DGR 18333/04.

<sup>[3]</sup> Non rispondo, sono un pedagogista, non un giurista, però nel DPR 14/01/1997 si legge che possono essere accreditate strutture già autorizzate, ma anche se riconosce la competenza delle regioni in materia di autorizzazione sanitaria, non è chiaro se quella della CSS possa essere considerata come autorizzazione sanitaria.

<sup>[4]</sup> Al proposito è apprezzabile l'importante contributo Michel Foucault negli anni '60.

<sup>[5]</sup> Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". La questione della responsabilità dell'assistenza è molto complessa e non viene introdotta da questa norma, il cui scopo è di spingere il sistema socio sanitaria a adottare modelli di gestione del rischio, in modo da prevenire eventi avversi, includendo anche delle condizioni esimenti da responsabilità degli enti. La norma non è attualmente completamente operativa.

<sup>[6]</sup> Dal momento che il FSR stanziava circa la metà delle risorse necessarie per pagare il costo di personale, la rimanente metà dovranno sostenerla comuni e utenti.

<sup>[7]</sup> Dato tratto dall'analisi di 13 schede struttura di CSS della prov. Di BS e Valcamonica effettuata nel 2014.

<sup>[8]</sup> La media di costo del personale e del FSR è elaborata su 13 schede struttura riferite al 2014 della prov. di BS è di €201.000, la spesa per personale non a standard è marginale. Gli importi di FSR non si sono modificati dal 2014.

<sup>[9]</sup> Questo vale per CSS con 10 ospiti, in CSS con meno ospiti, il fenomeno assume ancora maggiore rilevanza.