

FNA 2015 - All'insegna della continuità

La conferma delle misure B1 e B2

L'articolo analizza la nuova delibera di riparto del Fondo per la Non Autosufficienza 2015, che fornisce indicazioni in sostanziale continuità con l'impianto dello scorso anno. Vengono puntualizzati i risultati consolidati, i problemi ancora presenti e soprattutto posti alcuni punti di attenzione che pesano sull'applicazione della delibera.

a cura di Giovanni Merlo - martedì, novembre 17, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/11/17/fna-2015-allinsegna-della-continuita/>



Con la DGR X/4249 la Giunta Regionale ha approvato il programma operativo per l'utilizzo delle risorse destinata dal Fondo per la Non Autosufficienza destinata alla Lombardia. Il programma è caratterizzato da una sostanziale continuità con i programmi approvati e realizzati negli ultimi due anni ([DGR 740](#) del 2013 e [DGR 2655](#) e [2883](#) del 2014). Una scelta che viene sostenuta da un discreto incremento delle risorse disponibili, di [provenienza statale](#) (che passano da 51.714.000 a 60.645.000) e da mantenimento delle risorse aggiuntive della Regione a sostegno di alcune tipologia di intervento (Voucher per interventi sociosanitari per la misura B1)

Attraverso la gestione del FNA la Regione Lombardia ha dato il via ad una serie di interventi finalizzati ad offrire un sostegno alle persone con disabilità che necessitano di maggior sostegno, che vivono in famiglia e che non sono in carico ad altri servizi, come ad esempio Centri diurni o altre Unità di offerta semiresidenziali o residenziali. **Un insieme di iniziative che ha conseguito, come primo importante risultato, quello di raggiungere un alto numero di persone con disabilità che non ricevevano in precedenza altre forme di supporto pubblico continuativo.** Un altro indubbio merito di queste misure è stato quello di prevedere **maggiori forme di integrazione operativa, rispetto al passato, tra Asl e Comuni e di favorire forme di presa in carico globale e la progettazione di interventi in un'ottica meno prestazionistica e di "budget di cura".**

Non sono mancati e non mancheranno gli aspetti critici connessi sostanzialmente a tre aspetti (si veda [precedente articolo](#)): una **integrazione sociosanitaria più di carattere amministrativo che sostanziale, la riduzione della presa in carico all'erogazione di un contributo economico, la perdurante disomogeneità degli interventi a carico delle amministrazioni comunali.**

L'impianto della delibera 2015

Come accennato, la DGR 4249 conferma l'impianto delle precedenti delibere in materia. Nello specifico:

- promuove una misura (B1) di stampo universalistico e quindi indipendente dal reddito, per le persone che sono considerate "con gravissima disabilità", cioè in condizione di dipendenza vitale, secondo criteri di carattere sanitario molto circoscritti (almeno una compromissione nel dominio della motricità o dello stato di coscienza e in quelli della respirazione e della nutrizione). La gestione di questa misura è affidata alle ASL e prevede l'erogazione di un contributo di 1000 € mensili e di un Voucher per interventi sociosanitari di 360 € al mese (estendibili a 500 € per i minori)

- promuove una seconda misura (B2), selettiva in base a indicatori reddituali e sociali, in favore delle persone considerata "con grave disabilità" (definite come gravi limitazioni delle capacità funzionali che ne compromettono significativamente l'autosufficienza e l'autonomia), gestita dai Comuni. Si prevede l'erogazione in forma di buoni o voucher di contributi fino a 800 € mensili, anche per persone che frequentino unità di offerta semiresidenziali, seppure con una riduzione del Buono concesso.

Il programma operativo insiste in favore dell'integrazione progettuale e operativa tra ASL e Comuni ma anche fra Comuni dello stesso territorio, così come di un processo di presa in carico complessiva della persona e del suo nucleo familiare. Infatti anche quest'anno si prevede:

- la prosecuzione dell'attività delle "cabine di regia" formate da Asl e Comuni per favorire l'integrazione degli interventi sociosanitari e sociali.

- La partecipazione al processo di presa in carico sia di operatori ASL che dei Comuni, in particolare per la valutazione multidimensionale del bisogno che vede il coinvolgimento anche della persona e del suo nucleo familiare.

- La progettazione degli interventi, caratterizzata da una forte personalizzazione e flessibilità per venire incontro alle specifiche esigenze delle persone.

Viene inoltre garantita l'assoluta continuità degli interventi in atto, in particolare per la misura B1, comunicando alle persone coinvolte di poter fare affidamento nel tempo su questi sostegni, nonostante siano di fatto determinati da trasferimenti economici dallo Stato alla Regione che hanno un carattere annuale.

I punti di forza

Data la situazione è quindi presumibile che per il 2016 vedremo confermati i punti di forza come quelli di criticità già emersi nel corso degli ultimi mesi.

Il principale punto di forza è rappresentato dalla **capacità dimostrata da questa misura di intercettare persone con disabilità che necessitano di molti sostegni fino ad ora sconosciute ai servizi o comunque destinatari di servizi e benefici caratterizzati dalla precarietà**. Nel giro di poco più di due

anni, le persone complessivamente coinvolte dalla misura B1 sono circa 2500: tra queste circa il 30% sono minori: un numero considerevole, che non è più così lontano, tanto per avere una indicazione, al numero complessivo di persone che vivono oggi in un servizio come la RSD (Residenza Sanitaria Disabili, che ospitano circa 3800 persone)

Un secondo aspetto, di particolare interesse per il mondo associativo, è **l'attenzione prestata, almeno come indicazione di principio, al sostegno ai progetti di vita indipendente**, seppure con una serie di problemi sul piano dell'applicazione concreta.

Il terzo effetto positivo di questo insieme di misure ormai di carattere pluriennale, è la loro **natura maggiormente integrata tra Asl e Comuni e contrassegnata da una forte personalizzazione degli interventi**: due caratteristiche poco presenti nell'insieme di iniziative promosse dalla filiera di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali accreditati quali Cdd, Cse, Sfa, Rsd e Css.

I problemi

E' proprio su quest'ultimo punto che si riscontrano i primi problemi in fase di implementazione. Nel passaggio dalla teoria alla pratica, infatti, questo cambio di passo del sistema di welfare sociale regionale ha trovato numerose difficoltà:

- **L'integrazione** ha avuto in molti casi un profilo più burocratico e amministrativo che sostanziale, e non abbiamo assistito a particolari interventi e progetti pensati e realizzati anche solo insieme da operatori Asl e dei Comuni. Esempio, da questo punto di vista, la difficoltà ad identificare un solo punto di accesso al Programma, anche solo per richiedere l'attivazione delle misure siano esse B1 o B2.
- **L'intero processo di presa in carico** viene presentato e caratterizzato come finalizzato all'accesso al contributo economico e non come processo di presa in carico globale, che viene prima della definizione degli interventi.
- **La valutazione multidimensionale** è stata spesso ridotta ad una semplice attività di certificazione (per definire se la persona fosse grave o gravissima) e non come primo passo di una presa in carico globale per orientare in modo significativo l'utilizzo dell'insieme delle risorse disponibili.
- **Le scelte dei Comuni** per definire, a vario titoli, i meritevoli della misura B2 e le tipologie degli interventi da promuovere sono stati caratterizzate da un'ampia disomogeneità e da un tasso molto alto di discrezionalità.

Alcuni punti di attenzione

Alcuni specifici passaggi della DGR meritano di essere segnalati come potenzialmente critici, per verificarne gli effetti, anche in vista di auspicabili modifiche nel prossimo futuro:

- **un'azione di questa vastità e ambizione, per essere efficace, dovrebbe essere accompagnata da un processo di carattere informativo e formativo adeguato e continuativo e essere oggetto di un monitoraggio e di una analisi che non dovrebbe limitarsi, alla elaborazione di dati di carattere quantitativa**, per quanto raffinata come quella elaborata dagli uffici regionali. A distanza di tre anni dall'avvio dei primi progetti sarebbe opportuno domandarsi, ad esempio, quali siano stati gli esiti di questa misura, nel cambiamento della Qualità della vita delle persone coinvolte.

- **Tra i destinatari della misura B1 rimane una poco giustificabile disparità di trattamento** tra le persone "affette da malattie del motoneurone o in stato vegetativo" per i quali non si prevedono limiti di età e persone "affette da altre patologie" per i quali il limite di età è fissato in 69 anni.

- **I criteri per definire i destinatari della misura B1 sono esclusivamente sanitari**, anche per un problema che deriva dalla normativa nazionale, ma rimangono comunque **ancora eccessivamente selettivi**.

- **Il Progetto individuale di assistenza, a partire dalla denominazione, ha un profilo e una natura eccessivamente sbilanciata sul piano sanitario e assistenziale** che, per definizione, non esaurisce i bisogni e le necessità fondamentali di una persona.

- Sempre in riferimento al Progetto individuale, **si fa riferimento alla figura del Case Manager, come sottoscrittore del progetto, "dimenticandosi" che nella nostra Regione questa figura è stata più volte annunciata ma non ancora formalizzata.**

Per quanto riguarda la misura B2, gli aspetti maggiormente delicati, in cui il tasso di discrezionalità lasciato ai Comuni sembra eccessivo, sono:

- la definizione della platea dei **meritevoli è molto ampia rispetto alle risorse disponibili** e, ancora una volta, descritta in modo prevalentemente sanitario. Accanto a questo criterio **si affaccia inevitabilmente quello della capacità di spesa, attraverso la valutazione dell'ISEE.**

- **Non si definisce la tipologia di ISEE a cui si fa riferimento né alcuna indicazione effettiva sulle soglie di accesso.** Si invitano i comuni ad adottare criteri univoci a livelli di Ambito e di modulare le fasce in modo coerente con la tipologia di interventi. Nella realtà dei fatti, la quasi totalità dei Comuni adotta l'ISEE ordinario (cioè quello familiare) anche se una lettura attenta della normativa nazionale farebbe propendere per l'ISEE sociosanitario. Molto frequente poi l'individuazione di **soglie di accesso molto diverse da Comune a Comune che risultano particolarmente spesso penalizzanti per le persone e famiglie che versano in condizione di "non povertà" ma che non possono essere considerate per questo ricche.**

- Anche **la possibilità di cumulare le due misure (B1 e B2)** se è ben descritta nel caso di progetti di vita indipendente appare **molto vaga (e quindi discrezionale) nel caso in cui viene permessa in caso di "situazione di deprivazione economica"**

- Infine ma non certo per ultimo, si diceva del merito di questi provvedimenti di prevedere una particolare attenzione al sostegno ai progetti di vita indipendente. Il rammarico è che si mantenga una **idea di vita indipendente ancorata al "prototipo" di persone con grave disabilità fisico-motoria che vanno a**

vivere "da sole": l'osservazione della realtà ci presenta situazioni molto diversificate di modalità di realizzazione di progetti di vita indipendente, sia ad esempio mantenendo il proprio domicilio con i propri familiari così come di persone con disabilità intellettiva che desiderano costruire un proprio percorso di vita al di fuori del contesto familiare senza voler essere inseriti in contesti istituzionalizzanti.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station