

# LA RESIDENZIALITÀ PER PERSONE DISABILI NELLA LEGISLAZIONE DELLA REGIONE MARCHE\*

FABIO RAGAINI  
GRUPPO SOLIDARIETÀ

*Un percorso all'interno della normativa regionale in materia di residenzialità per disabili. La positiva svolta impressa alla fine degli anni '90, rischia di essere bloccata dalla mancata emanazione di interventi di sistema da troppo attesi come: definizione costo retta, criteri di compartecipazione tra gli enti e fabbisogno*

## LA SITUAZIONE ALLA FINE DEGLI ANNI '90

Fino alla seconda metà degli anni novanta nella regione Marche il sistema della residenzialità permanente per persone disabili è costituito esclusivamente dagli Istituti ex art. 26/833. Dunque strutture sanitarie private convenzionate con il servizio sanitario regionale attraverso le ASL.

Il numero dei posti letto complessivo è di circa 680, distribuito in 9 strutture. Le strutture private sono molto diverse per tipologia di utenza, capacità recettiva, prestazioni erogate. Alcune operano all'interno della logica istituzionale, segnata anche da grandi dimensioni, altre si caratterizzano per prestazioni molto specialistiche, altre ancora sono organizzati secondo un modello comunitario.

Con gli accordi tra Regione e Centri Convenzionati a partire dal 1997 e poi con il Piano sanitario 1998-2000 viene ridisegnata l'offerta di queste strutture. Alcune mantengono una caratterizzazione come residenzialità permanente e verranno riclassificate come RSA disabili o come Residenze riabilitative estensive (RSR), altre si indirizzeranno verso interventi di riabilitazione intensiva e con degenza a termine (queste ultime manterranno la residenzialità permanente ad esaurimento - morte o trasferimento - degli utenti).

In realtà gli utenti delle RSA disabili e delle RSR estensive sono del tutto assimilabili. Sono strutture a totale carico sanitario (poco più di 100 euro al giorno la retta delle RSA, 130 quella delle RSR); La regione (DGR 2200/2000 sui requisiti delle strutture) non ha stabilito la capacità recettiva di queste residenze (ha solo

indicato che alcune di queste possono prevedere "gruppi appartamento" per un massimo di 10 ospiti), le camere possono essere anche di 4 letti. Lo standard assistenziale previsto è di 140 minuti al giorno sia per le RSA disabili che per le RSR estensive, senza specificare la differenziazione tra le figure impiegate (a questi e altri standard le strutture dovevano adeguarsi entro il 2005. A fine 2005 la Regione ha prorogato sine die tali adempimenti). La normativa, risulta evidente, teneva conto delle situazioni preesistenti di queste residenze. Basti pensare all'indicazione dei 4 letti; in alcuni Istituti ancora oggi ci sono camere da 8 letti.

Attualmente sono presenti complessivamente circa 450 posti letto dati dalla somma di RSA disabili e RSR estensive. Va segnalato che ci sono strutture al cui interno sono presenti "moduli" di RSA e di RSR estensive<sup>1</sup>. Tra i 450 posti si possono considerare in non più di 50-60 posti quelli (pur classificati come Rsa disabili) che si ispirano al modello comunitario. Sono quelli della comunità di Capodarco (Fermo e Fabriano).

In sostanza la residenzialità rivolta a persone disabili fino alla seconda metà degli anni novanta è tutta ricompresa all'interno della programmazione sanitaria (residenzialità riabilitativa) e anche chi vuole sperimentare modelli comunitari si inserisce - soprattutto per la certezza del finanziamento - all'interno del settore sanitario. La programmazione sociale in generale e nello specifico per quanto riguarda i servizi residenziali per disabili sconta un grosso ritardo. Nelle Marche il primo piano sociale regionale è del 2000.

\* L'articolo riprende, per gran parte, il testo della relazione al seminario promosso dall'associazione *La Bottega del Possibile, Il lavoro con i disabili. La residenzialità: la situazione e le prospettive*, Pinerolo, (TO) 23-24 novembre 2006.

<sup>1</sup> Per maggior dettaglio, cfr., F. Ragaini, *Riabilitazione residenziale e accoglienza permanente per persone handicappate nel Piano sanitario della regione Marche*, in *Appunti sulle politiche sociali*, n. 5/1998, p. 12; Gruppo Solidarietà (a cura di), *I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche*, 2003.

Va segnalato che la stessa legge regionale di settore del 1982 (l.r.18/82) grazie alla quale, venivano erogati contributi ai Comuni che erogavano interventi a favore delle persone disabili non ha mai finanziato interventi di riguardanti la residenzialità. Anche quando nel 1996 e nel 2000 è stata modificata, non ci sono state novità. Di fatto, dunque, fino alle soglie del duemila, non esiste nelle esperienze territoriali comunità per disabili né indirizzi programmatici da parte della Regione.

#### IL CAMBIAMENTO DEGLI ANNI SUCCESSIVI

Il cambiamento avviene con il recepimento della legge 162/1998 di modifica della legge 104/92; con il finanziamento statale la regione Marche promuove nel 1998 la realizzazione delle prime "comunità alloggio" per il "dopo di noi"; il finanziamento è rivolto ai comuni per la realizzazione di comunità che possono avere una capacità recettiva massima di 6 persone. Il progetto viene rifinanziato prevedendo due comunità per provincia (totale 8); successivamente il progetto viene ampliato con il fondo della finanziaria per il 2001 (legge 388/2000) con il finanziamento di altre comunità (questa volta a gestione del privato sociale) nel territorio regionale. Complessivamente attraverso l'utilizzo dei finanziamenti delle due leggi e con fondi specifici della regione vengono finanziate circa 15 comunità (la capacità recettiva viene portata ad un massimo di 8 utenti).

La realizzazione delle comunità incontra diverse difficoltà e non tutte quelle destinatarie del finanziamento sono state attivate; ad ogni modo viene segnata una grande discontinuità con il passato attraverso la realizzazione di piccole comunità a titolarità sociale. Riguardo il finanziamento, una delibera regionale ha stabilito che in fase di prima attuazione la Regione interverrà sul costo retta (peraltro non fissato) con un contributo del 50%. La restante quota verrà ripartita al 50% tra Comuni (dedotta la partecipazione dell'utente) e ASL di residenza.

#### LA LEGGE 20/2002 E IL REGOLAMENTO ATTUATIVO DEL 2004

Il cambiamento più importante avviene però con la legge 20/2002 Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento DISCIPLINA IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale DELLE STRUTTURE E

DEI SERVIZI SOCIALI A CICLO RESIDENZIALE e semiresidenziale, norma con la quale la Regione recepisce il decreto 308/2001 riguardante i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO dei servizi diurni e residenziali. Per quanto riguarda le strutture rivolte a persone disabili vengono individuate tre tipologie di residenze:

1) la **comunità alloggio**: è una struttura residenziale parzialmente autogestita destinata a soggetti maggiorenni in condizioni di disabilità, privi di validi riferimenti familiari, che mantengono una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.

2) la **comunità socio-educativa-riabilitativa** (che ricomprenderà le comunità alloggio del progetto "dopo di noi") è una struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a persone maggiorenni in condizioni di disabilità, con nulla o limitata autonomia e non richiedenti interventi sanitari continuativi, temporaneamente o permanentemente prive del sostegno familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale.

3) la **residenza protetta** è una struttura residenziale destinata a persone, in condizioni di disabilità con gravi deficit psico-fisici, che richiedono un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria.

Nella stessa legge viene ridefinito anche il mandato del Centro diurno che diventa Centro diurno socio-educativo-riabilitativo, struttura territoriale a ciclo diurno rivolta a soggetti in condizioni di disabilità, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che abbiano adempiuto l'obbligo scolastico e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso di inserimento lavorativo o formativo.

Ma è con il Regolamento 1/2004, "Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale", che le strutture indicate nella legge 20/2002 prendono corpo attraverso la definizione degli standard di funzionamento (capacità recettiva, standard personale, standard strutturali). Il Regolamento è stato modificato lo scorso 10 ottobre e il testo non è stato ancora pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione; modifiche importanti, per lo più

negative, hanno riguardato anche la parte relativa alla disabilità<sup>2</sup>.

- La **comunità alloggio** (ciò che in altre regioni viene chiamato Gruppo Appartamento), può accogliere un massimo di sei persone, che mantengono una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa.
- La **comunità socio-educativa-riabilitativa** (CoSER), prevede un massimo di 10 utenti (erano 8 prima della modifica) compreso un posto per la pronta accoglienza. La tipologia di utenza è quella definita dalla legge 20/02, Cambiamenti si sono avuti riguardo il personale educativo. La nuova formulazione è la seguente *Il personale educativo, in rapporto alla tipologia dell'utenza ed all'organizzazione delle attività, è in misura mediamente non inferiore a 1:2 nelle ore più significative della giornata* (così la precedente versione: *Il personale educativo, in rapporto alla tipologia dell'utenza ed all'organizzazione delle attività, è in misura mediamente non inferiore a 1:2 nelle ore più significative della giornata e complessivamente pari ad almeno il 70% di tutto il personale*). Per quanto riguarda il personale socio-sanitario è in misura adeguata ad assicurare le funzioni tutelari di supporto al personale educativo: è comunque assicurata la presenza di un operatore nelle ore più significative della giornata.
- La **residenza protetta** è dimensionata, di norma, per l'accoglienza di 18 ospiti articolati in due nuclei e di 2 posti per la pronta accoglienza o accoglienza programmata (prima delle modifiche erano 16 su due nuclei da 8). La tipologia di utenza è quella definita dalla legge 20/02. Per quanto riguarda il personale *Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione di 90 minuti di assistenza educativa e di 140/170 minuti complessivi di assistenza sociosanitaria e infermieristica pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza ed all'organizzazione delle attività, con presenza nelle 24 ore dell'operatore socio-sanitario e pronta disponibilità infermieristica nelle fasce orarie in cui non sia presente l'infermiere*. Così prima della modifica: *Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti (educatore, operatore socio-sanitario, infermiere) sono determinate*

*in funzione di 170/200 minuti complessivi di assistenza pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza ed all'organizzazione delle attività, con presenza nelle 24 ore dell'operatore socio-sanitario e pronta disponibilità infermieristica nelle fasce orarie in cui non sia presente l'infermiere.*

Dunque è nel 2004 che si ridisegna il modello residenziale sociosanitario (a titolarità sociale) nella regione (quello sanitario sopra descritto, Rsa disabili e RSR estensive, rimane inalterato). Se si esclude la comunità alloggio rivolta a soggetti capaci di buona autogestione, sono due le tipologie di comunità individuate dalla regione. Le **CoSER** e le **Residenze protette**. Entrambe di fatto sono strutture di nuova istituzione; le CoSER ricomprendono le "comunità alloggio del dopo di noi", le Residenze protette al momento non sono presenti. Riguardo al modello ci si può ritenere soddisfatti visti i rischi di riproposta di strutture da venti posti letto più volte avanzato. Purtroppo le recenti modifiche al Regolamento 1/2004 (comprese quelle riguardanti il Centro diurno) che vanno nella direzione di un ampliamento della capacità recettiva, di un aumento delle figure sociosanitarie rispetto a quelle educative e soprattutto rendono possibile che le strutture possano realizzarsi anche al di fuori dei contesti abitati, sono da giudicare negativamente. Riguardo la figura di educatore la situazione è assolutamente critica; queste figure di fatto sono assenti, *educatori si diventa lavorando nei servizi educativi*. E' un problema molto rilevante, mai affrontato nella nostra regione, che deve essere posto con forza, se si vuole effettivamente lavorare sulla qualità degli interventi. Ma ora il problema è tutto sul versante applicativo della normativa. In primo luogo rimane aperto il problema degli accorpamenti. Le norme non dicono nulla in proposito. Era invece necessario stabilire l'impossibilità dell'accorpamento. Proprio in questi giorni il problema si è posto con forza con la richiesta di autorizzazione di un Istituto di 52 persone diviso, così affermano i gestori, su cinque piani che la Regione intende autorizzare come CoSER.

#### LE INDICAZIONI REGIONALI SUI PIANI DI ZONA

Per quanto riguarda la programmazione sociale le Linee Guida regionali sui Piani di

<sup>2</sup> Per una dettagliata analisi, cfr. Si dovrebbe fare così ma si può fare diversamente. A proposito dei nuovi requisiti delle strutture sociali e sociosanitarie e diurne e residenziali nelle Marche, Appunti sulle politiche sociali n.1-2007, p.20.

Zona (DGR 1688/2005) per gli anni 2005-2007, per quanto riguarda la residenzialità per disabili, indica la realizzazione di una CoSER ogni 40-50.000 abitanti. Ciò significa nel territorio regionale (1.500.000 abitanti) una previsione di circa 350 posti. In realtà a questa indicazione non ha fatto seguito, da parte regionale, l'emanazione di atti che andassero verso la realizzazione di questo obiettivo: finanziamento ai Comuni, definizione costo retta e criteri di compartecipazione tra sanità e sociale.

Di fatto dunque l'importante definizione dei requisiti delle strutture se non accompagnate da finanziamenti, indicazione di fabbisogno, definizione costo retta e criteri di compartecipazione, si rivela del tutto insufficiente per lo sviluppo del sistema; un sistema che rimane bloccato.

La situazione attuale vede dunque oltre alle già indicate strutture sanitarie (RSA disabili e RSR estensive) la presenza di circa 15 CoSER (mediamente il costo retta praticato è di 120 euro al giorno), certamente largamente insufficienti rispetto al fabbisogno e comunque non realizzate all'interno di una programmazione unitaria.

Deve inoltre far pensare - ma non è compito di questo contributo - la difficoltà di molte comunità attivate ad occupare i posti presenti, tenuto conto che in alcuni casi si tratta di rientri di soggetti istituzionalizzati in altri di utenza proveniente dai servizi psichiatrici. Occorre pertanto fortemente interrogarsi su questi punti e soprattutto sul ruolo dei servizi nell'accompagnamento alla residenzialità. Così come è evidente il rischio che anche delle piccole strutture (8-10 posti) ripropongano modelli istituzionali: la capacità recettiva è condizione necessaria ma non sufficiente per evitare il rimodellarsi di logiche istituzionali.

#### **LA DELIBERA DI FINANZIAMENTO DELLE COMUNITÀ**

Il quadro descritto è stato recentemente complicato da una delibera regionale n. 1168/2006<sup>3</sup> che volendo ridefinire i criteri di compartecipazione delle comunità finanziate con i progetti "dopo di noi" (legge 162/98 e 388/2000) e volendo finanziare altre comunità sorte nel territorio regionale ha, nonostante le buone intenzioni, prodotto più problemi di quelli che voleva risolvere.

La delibera n. 1168 ha individuato, per l'an-

no 2006, le Comunità socio-educative-riabilitative (CoSER) destinatarie del cofinanziamento regionale (50% regione, 25% Zona sanitaria, 25% - dedotta compartecipazione utente - Comune di residenza) ed ha confermato il tetto massimo di 175.000 euro sul quale viene calcolato il contributo regionale del 50% sul costo retta (identificando quindi un costo retta giornaliero di circa 120 euro). Fino alla emanazione di questa norma ricevevano il finanziamento regionale del 50% solo le comunità - ora, ai sensi della legge 20/2002 e del Regolamento 1/2004, diventate CoSER - istituite ai sensi della legge 162/1998 e 388/2000. Le altre comunità presenti, o in via di attivazione, non potevano usufruire, quindi, del contributo regionale. Considerato inoltre che la Regione non ha definito i criteri di compartecipazione economica per la gestione delle CoSER, tra Comuni e Zone sanitarie, ci si trovava in una situazione di difficoltà e impasse. La definizione della compartecipazione alla spesa tra gli enti poteva derivare quindi solo da un accordo tra le parti. Come sopra indicato, quanto stabilito, seppur approvato a poco più di due mesi dalla fine dell'anno, vale per il 2006.

La delibera stabilisce inoltre che:

- le CoSER che potranno usufruire del cofinanziamento sono solo quelle indicate nella deliberazione 406/06 e nella presente. Altre strutture, che dovessero istituirsi non potranno beneficiare del contributo regionale.
- si avvierà, entro l'anno 2008, un monitoraggio delle CoSER esistenti e la valutazione delle necessità del territorio regionale per individuare l'effettiva necessità di cofinanziare ulteriori nuove strutture.

Viene inoltre fornito il seguente dato: "Circa la mappatura effettuata dal Servizio, allo stato attuale, risulta che nell'intero territorio regionale sono attualmente funzionanti o in via di attivazione entro il 2006 n. 24 COSER di cui: 5 istituite ai sensi dell'art. 10 e 41 ter della legge n. 104/92, modificata con legge n. 162/98, n. 7 ai sensi dell'art. 81 della legge n. 388/2000 e n. 9, realizzate successivamente o comunque non in riferimento a specifica normativa. Considerato che l'attuale normativa regionale prevede che ciascuna COSER possa ospitare un massimo di 8/10 utenti ne deriva che com-

<sup>3</sup> Criteri di compartecipazione alla spesa, tra gli enti e soggetti interessati, per la gestione di Comunità socio-educative-riabilitative residenziali per disabili gravi ad integrazione precedente deliberazione n. 406 del 10.4.2006 ed integrazione della medesima deliberazione n. 406/06. Il testo è consultabile in [www.grusol.it](http://www.grusol.it).

plessivamente le 24 COSER una volta andate a regime saranno in grado di fornire risposta di residenzialità e di sollievo a circa 250 disabili gravi". Dunque la nuova delibera trova motivo nella necessità di sanare una evidente discriminazione tra identiche strutture funzionanti nel territorio regionale. Ma ancora una volta viene rimandata la definizione di aspetti essenziali per il sistema dei servizi - in questo caso residenziali - per persone disabili. A delibera approvata restano ancora irrisolti i seguenti aspetti:

a) **l'individuazione del fabbisogno di queste strutture** (peraltro diverse delle comunità indicate come destinatarie del finanziamento non sono ancora attivate e difficilmente lo saranno entro il 2006. Inoltre non essendo stato indicato l'elenco completo delle CoSER finanziate non è possibile sapere dove, in quali territorio, sono collocate e dunque se in diversi ambiti sociali sono ancora assenti comunità residenziali, che comunque se realizzate, fino al 2008, non potranno ricevere contributo regionale). Va segnalato inoltre che la somma delle CoSER attivate o invia di attivazione secondo il dato regionale è di 21 (5+7+9) e non di 24. A questo va aggiunto che le Linee Guida

per la predisposizione dei Piani di Zona indicavano, per il triennio 2005-07, la realizzazione di una CoSER ogni 40-50.000 abitanti per circa 350 posti in tutta la regione. Nel caso in cui, ora, un Ambito, sprovvisto di comunità volesse adempiere a tale indicazione, con certezza fino al 2008, non fruirebbe del contributo regionale.

b) **la definizione del costo retta delle Coser** (così come della Comunità protetta) e delle quote di partecipazione di Comuni e Zone sanitarie.

E' con la determinazione di questi provvedimenti di programmazione che si offrono ai territori chiare indicazioni e riferimenti certi per la realizzazione del sistema di interventi e servizi locali. Continuare nel rinvio produce il solo effetto di rincorrere ciò che nel territorio si realizza.

Dunque da un lato si tratta ancora una volta di una occasione perduta dall'altro - nel tentativo di affrontare e risolvere diversi problemi con un provvedimento settoriale - si rischia di produrre ulteriore confusione. Aggiungendo, inoltre, tra le strutture destinatarie del finanzia-

## Viaggiando in oriente

Libri per conoscere l'India, le sue tradizioni, contraddizioni, i ritmi di un mondo antico che rischia di essere sommerso dalla modernità. Protagonista del romanzo **Acqua** è Chuyia, una bambina rimasta vedova che, come imposto dalla tradizione che la considera oramai inutile in quanto non può più risposarsi né generare figli, viene mandata nell'ashram con donne che come lei hanno perso il marito e sono costrette a vivere lontane dalle famiglie, con il cranio rasato, indossando solo una lunga veste bianca, con il divieto di portare abiti colorati e cuciti, in una quotidianità fatta di miseria, privazioni e rimpianti. Ma anche per la piccola Chuyia la forza della verità del movimento ispirato al Mahtama riaccende la speranza della liberazione. **Ultima India** ripropone un affascinante diario di viaggio: nel raccontare i gesti delle persone incontrate, i luoghi, gli odori, i rumori di una realtà sospesa e riflessiva tanto lontana dalle illusorie certezze occidentali, l'autrice ridisegna questo paese, facendoci immergere nell'anima, in un percorso geografico che si trasforma inevitabilmente in cammino dello spirito. Partendo dalla narrazione del massacro che ha insanguinato la città di Kathamndu - da cui il titolo **Forget Kathamandu** - (l'omicidio nel 2001 dei monarchi uccisi dal figlio ereditario che poi si è tolto la vita) l'autrice si inoltra nella storia del Nepal e nel cuore della vita del popolo nepalese, in un racconto dove le notizie e i resoconti giornalistici si arricchiscono di citazioni letterarie, filosofiche, e rimandi storici per capire le ragioni della rivoluzione che da decenni sconvolge questo paese, tra povertà, sfruttamento e difficili tentativi di democrazia.

Bapsi Sidhwa, **Acqua**, Neri Pozza, Vicenza 2006, pag. 206, 15,00 euro; Sandra Petrigani, **Ultima India**, Neri Pozza, Vicenza 2006, pag. 143, 14,50 euro; Manjushree Thapa, **Forget Kathamandu**, Neri Pozza, Vicenza 2006, pag. 312, 18,00 euro.



mento (CoSER) un Istituto non solo si mina alla radice il modello comunitario della residenzialità per disabili avviato dalla regione a fine anni 90, sostanzialmente confermato nel Regolamento 1/2004 e nelle modifiche della recente Deliberazione 31/2006, ma lo si scardina. Il concetto di "capacità recettiva" a salvaguardia del modello comunitario, per il quale in tanti ci siamo battuti nella predisposizione dei Regolamenti, così non esiste più. Forse ora apparirà più chiaro perché con insistenza abbiamo richiesto - nella predisposizione del Regolamento 1/2004 e poi nelle modifiche - che fosse inserita, tra i requisiti la norma che vietava gli accorpamenti. Cercava di evitare - come ratificato da questa delibera - che un Istituto diventasse una comunità.

Ma l'Atto si segnala per un altro aspetto negativo. Riguarda l'interconnessione tra richiesta di autorizzazione ed effettivo funzionamento come CoSER. Per essere in presenza di una CoSER (e ricevere il finanziamento) è evidente che non basta che l'ente gestore faccia domanda di autorizzazione. Non basta il rispetto dei requisiti strutturali (peraltro i più impegnativi sono triennali o quinquennali); è necessario che la *tipologia di utenza* sia quel-

la della CoSER e che il *percorso di ingresso* avvenga secondo le indicazioni del Regolamento regionale. Dunque le comunità che la delibera indica come in via di attivazione, o anche quelle date per già attivate, hanno l'obbligo del rispetto di queste indicazioni. In questo senso la situazione più eclatante è quella dell'Istituto di Loreto. Ma può non essere la sola.

C'è poi l'assimilazione dell'**Istituto Divina Provvidenza** di Loreto tra le CoSER e dunque beneficiario del contributo regionale. L'inserimento di questa struttura in questa delibera è un grave errore. Per più ragioni:

a) perché non si è in presenza di una CoSER (e non sembrerebbe esserlo, neanche per la stessa delibera, che conteggia le 24 CoSER (o 21?) non inserendo le 5 - si fa fatica anche a scriverlo - della Divina Provvidenza; stessa cosa nel conteggio, a regime, degli utenti delle CoSER). Errore ancora più grande si realizzerrebbe se come CoSER (sarebbero 5) venisse autorizzata; non è una CoSER perché: 1) è una struttura di 52 persone; 2) non ha nulla in comune con il modello di comunità disegnato dal Regolamento 1/2004; 3) ospita utenti diversi da quelli di una CoSER; 4) gli operatori sono per la maggioranza suore dell'Istituto (ciò deter-

## Le bussole

Argomenti complessi ed attuali trattati in modo chiaro, essenziale ed accurato: questo l'obiettivo dei volumi che sono compresi nella collana *le bussole*, delle edizioni Carocci, che propone strumenti per trovare risposte ad interrogativi, chiarire dubbi. Capitoli brevi, con schemi riassuntivi che ne facilitano la comprensione e li rendono preziosi strumenti per approfondimenti e aggiornamenti. Il testo **La valutazione psicologica dell'anziano** descrive i modelli di osservazione e di raccolta di informazioni sullo stato di declino delle funzioni cognitive nella terza età, al fine di stabilire se si tratta di processi normali dell'invecchiamento o di condizioni a rischio di patologie / demenze. Quando inizia il riconoscimento scientifico del possibile utilizzo delle attività espressive in psichiatria per la cura delle malattie mentali? Quali sono le possibili applicazioni di queste tecniche? A queste ed altre domande risponde il volume **Che cosa sono le arti - terapie**. In **Genitori e adolescenti** viene affrontato il tema delle difficoltà di comunicazione e relazione che insorgono tra genitori e figli quando quest'ultimi iniziano a rivendicare diritto di autonomia e la volontà di prendere decisioni da soli: vengono indicati suggerimenti e tecniche per gestire e prevenire situazioni conflittuali e garantire il funzionamento familiare. Metodologie e tecniche per la ricerca scientifica vengono analizzate e spiegate in **Psicologia dello sviluppo**, con sia riferimenti teorici che esempi pratici di osservazione e raccolta dei dati per lo studio del comportamento dei soggetti in età evolutiva.

Maria Rosa Baroni, Anna Getrevi, **La valutazione psicologica dell'anziano**, 2005, pp. 142, euro 9.50; Roberto Caterina, **Che cosa sono le arti-terapie**, 2005, pp. 126, euro 9.50; Elvira Cicognani, Bruna Zani, **Genitori e adolescenti**, 2003, pp. 126, euro 9.50; Mirco Fasolo, **La ricerca in psicologia dello sviluppo: tecniche ed esercizi**, 2006, pp. 111, euro 9.50

mina il così basso costo retta); 5) ha una gestione del tutto privata nel rapporto con gli enti. Per qualcuno paga l'ASUR, per qualcuno paga il comune, per qualcuno pagano entrambi, per qualcuno paga solo l'utente.

Inoltre, rispetto al finanziamento delle altre CoSER, il contributo regionale (21 euro per utente) in questo caso non va a ridurre le rette degli enti (come nelle altre) ma è aggiuntivo alla retta praticata.

#### I CAMBIAMENTI NECESSARI E GLI ATTI DA EMANARE

a) Per prima cosa va stralciata la situazione dell'Istituto *Divina Provvidenza*. Non è non può essere inserito tra le CoSER. Poi bisogna verificare sia per la Divina provvidenza che per le altre CoSER che ci sia rispondenza riguardo l'utenza ospitata e il rispetto del percorso di ingresso (si segnala inoltre l'art. 5 della Deliberazione 31/2006, di modifica del Regolamento 1/2004, la norma stabilisce che le CoSER, le Comunità protette, i Centri socio educativi riabilitativi che accolgono utenza diversa o in numero superiore a quanto previsto dall'allegato A possono essere autorizzate ad esercitare l'attività anche in deroga alla tipologia di utenza e alla capacità recettiva prevista in tali strutture ed alla articolazione in nuclei. Si specifica inoltre che l'autorizzazione è subordinata alla prescrizione che le strutture presentino programma di adeguamento concordato con i servizi sociali territoriali e redatto secondo gli indirizzi e i termini stabiliti dalla giunta. Bisognerà ora vedere come la regione intenderà utilizzare questo strumento. Se nella direzione di un accompagnamento verso il passaggio alle indicazioni contenute nel Regolamento 1/2004, o nel mantenimento di situazione "atipiche". Inoltre il rinvio alla emanazione di indirizzi regionali - senza fissare una scadenza - non può che preoccupare).

b) E' poi del tutto urgente che si emanino gli atti sopra indicati (definizione del costo retta e della compartecipazione tra gli enti; definizione del fabbisogno di comunità) senza ulteriori rinvii. Ciò peraltro deve valere anche per residenze protette e per i Centri socio educativi riabilitativi (CSER). In particolare va ricordato che i CSER, normati dal Regolamento 1/2004, sono finanziati, con un contributo ai comuni, attraverso la legge regionale 18/96. Come è risaputo molti Centri operano non in conformità con le indicazioni regionali sia riguardo alle figure professionali, all'utenza accolta, alla capacità recettiva, ai periodi di apertura del Servizio.

Una volta definito costo retta e quote a carico degli enti, saranno gli stessi, come per altri interventi e servizi, a ricevere la quota regionale di finanziamento, mettendo così fine alla fase sperimentale, con la regione direttamente impegnata nella contribuzione, iniziata con l'avvio delle prime comunità.

#### CONCLUSIONE

La regione Marche deve chiarire quale strada intende percorrere; per riprendere la strada tracciata è del tutto urgente definire al più presto:

a) il fabbisogno delle strutture, tenendo conto delle positive indicazioni presenti nelle linee guida sui piani di zona;

b) il costo della retta giornaliera e dei criteri di compartecipazione tra sanità e sociale.

Ritardare ancora, come si sta facendo, l'emanazione di questi provvedimenti significa mantenere bloccato, dunque tornare indietro, un percorso programmatico che ha avuto il merito di definire aspetti rilevanti del sistema dei servizi. Un impegno che, irragionevolmente e incredibilmente, la regione sembra voglia disattendere.



#### Giunti in redazione

- AA. VV., **La riforma dei servizi sociosanitari. L'impegno del volontariato**, CSV Lazio, Associazione Nuovo Welfare, Roma 2006, p. 255
- AA. VV., **Sollievo, disabili e servizi: una lettura esplorativa**, Provincia di Bergamo, 2006 p. 239
- AA. VV., **Da spazio autismo a spazio famiglia**, Provincia di Bergamo, 2004, p. 190
- AA. VV., **Il Terzo settore nelle politiche sociali**, Provincia di Bergamo, 2003, p. 243
- AA. VV., **Figli di immigrati. Conoscenza ed azione per favorire l'integrazione**, Provincia di Bergamo, Bergamo 2006, p. 293
- AA. VV., **L'eccezionale quotidiano. Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia**, Istituto degli Innocenti, Firenze 2006, p. 840