

Torre Pellice (TO)

La Bottega del Possibile - 23-24 novembre 2006

Seminario

**Il lavoro con i disabili
La residenzialità: la situazione e le prospettive**

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà, grusol@grusol.it - www.grusol.it

**La residenzialità per persone disabili nella legislazione della
regione Marche**

La situazione alla fine degli anni '90

Fino alla seconda metà degli anni novanta 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. A queste si aggiunge una struttura pubblica in provincia di Pesaro. 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 riguardante i 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 (1). 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.

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 ne indirizzi programmatori 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 stabilisce 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 nel 2002 quando la Regione - recepisce il decreto 308/2001, riguardante i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento dei servizi diurni e residenziali - con la legge 20/002, *Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*. 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 hanno riguardato anche la parte relativa alla disabilità.

- 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, Per quanto riguarda il personale educativo i cambiamenti apportati hanno modificato questa parte. 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 dovranno realizzarsi.

Riguardo al modello ci si può ritenere soddisfatti visti i rischi di riproposta di strutture da venti posti letto più volte avanzato. Le modifiche al Regolamento 1/2004 (comprese quelle riguardanti il Centro diurno) - pur non stravolgendo il modello disegnato - che vanno nella direzione di un ampliamento della capacità recettiva di un aumento delle figure sociosanitarie rispetto a quelle educative sono da giudicare negativamente.

Riguardo le figure 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 (vedi appendice) 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 Zona (DGR 1688/2005) per gli anni 2005-2007, per quanto riguarda la residenzialità per disabili da l'indicazione ad ogni Ambito territoriale sociale di realizzare 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 è stato complicato da una recente delibera regionale (1168/2006) 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. Di seguito si riporta un commento alla delibera che evidenzia tutte le criticità della situazione marchigiana. Una situazione che richiede con urgenza ora la definizione del fabbisogno delle strutture, oltre a quello dei costi e dei criteri di compartecipazione.

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

Con la delibera regionale n. 1168 del 16.10.2006, *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.) la regione Marche, integrando la DGR 406/2006, ha individuato, per l'anno 2006, le Comunità socio-educative-riabilitative (CoSER) destinatarie del cofinanziamento regionale (50% regione, 25% Zona sanitaria, 25% - dedotta compartecipazione utente - Comune di residenza). La delibera ha inoltre 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 delibera 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 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 complessivamente 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 in via 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 finanziamento (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 quella 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 realizzerebbe 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 determina 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 definiscano 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.

In conclusione, augurandoci una rapida modifica - secondo le indicazioni sopra dette - auspichiamo vivamente che si vogliano adottare provvedimenti che normino in maniera complessiva il sistema.

Continuare con provvedimenti come quello di cui ci siamo occupati, a nostro parere come abbiamo cercato di argomentare, crea molti più problemi di quelli che intende risolvere.

Appendice

Si riporta la *lettera*, del 2 agosto 2006, inviata dal CAT (Comitato associazioni tutela), in vista della predisposizione della delibera, all'assessore alle politiche sociali della regione Marche (1) e il *comunicato stampa* del CAT del 28 ottobre dopo l'approvazione della stessa (2).

(1) "Entro breve verrà approvata una delibera, ad integrazione della 406/2006, che prevede la definizione dei criteri di compartecipazione alla spesa per la gestione di CoSER per persone disabili non inserite nella precedente deliberazione.

In previsione della deliberazione facciamo presente quanto segue:

- il sistema della residenzialità sociosanitaria (a titolarità comunale) per persone disabili ha preso avvio nella nostra regione alla fine degli anni '90 con la costituzione di comunità alloggio (ora CoSER) ai sensi della legge 162-98 e 388-2000; solo queste comunità hanno visto la definizione della ripartizione del costo retta

tra gli enti (con la previsione del concorso della regione). L'attivazione di altre comunità non rientranti in quelle sopra indicate, perdurando la mancanza di indirizzi regionali in merito ai criteri di compartecipazione alla spesa, ha prodotto una evidente situazione di discriminazione che ora la delibera tenta di sanare.

Riteniamo però che la natura del provvedimento, se offre certezza in merito ai criteri di compartecipazione, rinvia ancora una volta la definizione di aspetti essenziali riguardanti il sistema residenziale per persone disabili nella nostra regione. Ciò significa rimandare ancora una volta atti programmatici fondamentali per adeguate politiche riguardanti la residenzialità.

Si ricorda che si è ancora in mancanza di un atto che definisce il fabbisogno di residenzialità per disabili nella regione (seppur le LG sui PdZ indicano la realizzazione di una CoSER ogni 40-50.00 abitanti, dunque circa 350 posti) e soprattutto ancora una volta viene rimandata la definizione dei criteri di ripartizione del costo della struttura tra il settore sociale e quello sanitario. Ricordiamo che il contributo regionale a copertura del 50% del costo retta (che peraltro ancora non viene definito) è nato come incentivo per l'avvio delle prime comunità e non aveva, ne crediamo possa avere, carattere di permanenza. Riteniamo che il nuovo provvedimento se sana una chiara situazione di disparità tra strutture che erogano eguali prestazioni continua in una direzione che non è certamente quella di una linearità programmatica. Ciò riteniamo sia molto negativo perché non avvia il sistema dei servizi all'interno di percorsi programmatici, ma rincorre ciò che nel territorio si realizza senza dare allo stesso il supporto programmatico che alla regione compete.

Torniamo pertanto a chiedere alla regione, di approvare in tempi brevissimi: a) l'atto di fabbisogno delle strutture, b) la definizione del costo retta delle stesse e la percentuale di finanziamento tra settore sociale e sanità.

- Sullo specifico del provvedimento chiediamo una accurata verifica che le strutture oggetto del finanziamento siano effettivamente delle CoSER (ci riferiamo soprattutto ai requisiti strutturali e alla capacità recettiva). Chiediamo infine che all'interno dell'atto vengano elencate il numero, per ambito, complessivo delle CoSER finanziate e il numero dei posti letto per struttura e complessivi”.

(2) Per la regione Marche un istituto di 52 persone è una piccola comunità. La regione Marche lo scorso 16 ottobre con la DGR 1168/2006 ha stabilito i criteri di compartecipazione alla spesa, tra gli enti, per la gestione di Comunità (CoSER) per disabili gravi.

Le CoSER sono piccole comunità residenziali di 8-10 posti inserite nei normali contesti abitativi in alternativa alle logiche istituzionalizzanti delle vecchie strutture residenziali per disabili. Un disegno che questo Comitato ha sempre appoggiato con molta forza nella prospettiva della massima integrazione nella società delle persone disabili.

Purtroppo la Regione ha inserito tra le comunità destinatarie del finanziamento anche l'Istituto Divina Provvidenza di Loreto (400.000 mila Euro), struttura composta da 52 persone peraltro non tutte disabili. Una residenza che nulla ha in comune con le comunità. Il fatto che la stessa sia organizzata su cinque piani non può significare che si sia in presenza di 5 comunità. Si tratta di un istituto su cinque piani.

Il Comitato aveva espresso l'assoluta contrarietà all'inserimento di questa struttura in un provvedimento riguardante le CoSER, formulando peraltro ipotesi alternative per l'eventuale finanziamento.

Non può però accettare in alcun modo l'assimilazione di un istituto ad una comunità. Non si può inserire tra le comunità una struttura che ha una organizzazione del tutto differente da quella prevista dalla regione Marche per le comunità socio educative riabilitative. L'Istituto Divina Provvidenza non ha nulla in Comune con le altre comunità (dalla tipologia di utenti, alle modalità di pagamento di retta da parte degli enti). E' un Istituto e non è accettabile alcuna forma di confusione. Se dopo questo finanziamento si permetterà a questa struttura di 52 persone anche di essere classificata tra le comunità si metterà la parola fine al modello comunitario iniziato dalla regione Marche con le comunità alloggio nate alla fine degli anni '90. Questo Comitato non può accettarlo e si batterà con tutte le sue forze perché questo non avvenga.

Ogni cosa ha necessità di essere chiamata con il proprio nome. Assimilare un istituto ad una comunità significa stravolgere completamente l'idea che sta alla base della costruzione delle piccole comunità e del loro inserimento nel territorio. Significa far rientrare la logica istituzionale non dalla finestra ma dalla porta principale. Il Comitato chiede pertanto alla regione di modificare subito il provvedimento prevedendo il finanziamento delle comunità che siano tali (8-10 persone) e stabilendo come chiesto più volte l'impossibilità di accorpamenti.

Nota

Le norme citate sono tutte rinvenibili nel sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it, così come il commento ai provvedimenti legislativi regionale (sezione *voce sul sociale e informazioni*)

(1) 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.