

Fabio Ragaini, Gruppo Solidarietà

Comunità socio educative riabilitative (CoSER) per persone con disabilità. Più problemi che soluzioni nella nuova delibera regionale sulle competenze gestionali nel sistema di finanziamento. A grandi passi verso la disintegrazione delle piccole comunità.

Con la [delibera 1489/2021](#)¹ la regione Marche apporta modifiche al sistema di finanziamento delle Comunità socio educative riabilitative (CoSER). Premetto che qui mi soffermo esclusivamente sui contenuti di questo provvedimento². Mi preme soprattutto evidenziare gli aspetti, che possono avere effetti negativi sulla vita delle persone.

Non si tratta soltanto del passaggio di competenza gestionale dal Servizio Politiche Sociali all'ASUR, ma anche dell'introduzione di alcuni cambiamenti, già previsti nelle Dgr [1331/2014](#) e [937/2020](#). Rimangono tuttavia aperte ed interpretabili alcune questioni, riguardanti questa tipologia di servizio, che andrebbero pertanto previamente chiarite:

- 1) Le CoSER non hanno mai avuto una tariffa definita (vanno da 115 - 100 per le cosiddette "multiple" - a 170 euro giorno);
- 2) Lo standard di personale (vedi, [R.R 3-2006](#)) è stato stabilito con l'indicazione del rapporto operatore/utente e non con il minutaggio;
- 3) Il costo, non la tariffa, veniva ripartito in questo modo: 57,50 euro/giorno da parte della Regione (fatta eccezione per le "multiple", come [Istituto Divina Provvidenza di Loreto](#), previsto in 50 euro/giorno), calcolato sul 50% di 115 euro/giorno. La restante parte suddivisa al 50% tra quota sanitaria (ASUR) e quota sociale (utente/Comune). Nel caso di tariffa giornaliera superiore a 115, la quota eccedente il contributo regionale che rimaneva fisso, veniva ripartita anch'essa al 50%. Ad esempio se tariffa giornaliera di 130: Quota regionale: 57,50. La restante parte, pari a 72,50, ripartita al 50% tra quota sanitaria e sociale (36,25 + 36,25).

Dopo la DGR 1331/2014, le CoSER confluiscono (insieme a RSA e RP) nel livello RD3 (livello socioriabilitativo ai sensi della normativa sui [LEA](#), Dpcm 29.11.01 e poi 12.1.2017). Dopo la DGR 937, la nuova denominazione (e futura classificazione) è Residenza sociosanitaria disabili (RSSD). Le tre tipologie di strutture, pur essendo tutte destinate a "disabili gravi", avevano standard e tariffe differenziate: le RP, a differenza delle CoSER, avevano definito lo standard assistenziale (da 230 a 260 minuti/persona), ma anch'esse erano prive di tariffa. Si può affermare quindi che sia le RP³ che le CoSER avevano standard superiori alle RSA⁴ ([qui](#) evoluzione del percorso

¹ Mi preme chiarire, in premessa, che il linguaggio utilizzato, cui sono molto distante, è funzionale alla descrizione del contenuto della delibera e delle norme citate.

² E' noto il mio dissenso al [modello residenziale](#) disegnato nei nuovi requisiti di autorizzazione. [Qui se ne può leggere](#). In realtà il nuovo è riferito solo al tempo cronologico di approvazione. Per il resto appaiono, per la gran parte, straordinariamente datati.

³ E' curioso il destino delle Residenze protette. Sono poche, non avevano cofinanziamento regionale e per questo trascurate, come in questo atto. Ma anch'esse, come le CoSER dovranno trasformarsi. Con le CoSER condividono l'indefinita tariffaria. A seguito della Dgr 1331, la ripartizione degli oneri dovrebbe essere 70% di quota sanitaria e 30% di quota sociale.

⁴ Le RSA, a differenza delle CoSER e delle RP non avevano definita la capacità recettiva massima. La grandissima parte di queste residenze si trova all'interno di strutture, quasi tutte [ex art. 26/833](#), con altri servizi residenziali. La specificità degli ex art. 26/833 è che pur gestendo servizi oggetto di autorizzazione al pari di tutti gli altri Enti, negoziano con la Regione Accordi specifici, in genere, triennali.

regolamentare). Perché in alcuni casi (per le CoSER) la tariffa potesse essere equivalente o leggermente più bassa (115 invece di 120) rimane un punto non da oggi *misterioso*, che la regione Marche avrebbe fatto bene a chiarire. Del resto, dal 2014 ad oggi qualche sforzo si sarebbe potuto fare per capire meglio chi abita e come, in questi servizi (circa 700 persone).

Ciò detto, pare ora importante segnalare alcuni contenuti erronei presenti nella delibera in oggetto. Riporto per intero un passaggio, *“Con l’approvazione della D.G.R. n.1331/2014, in applicazione alle disposizioni normative già previste nel DPCM LEA del 29 novembre 2001, le Co.S.E.R. sono state classificate in due livelli di intensità assistenziale accogliendo, di fatto, sia disabili gravi o molto gravi sia disabili meno gravi (più adatti alla tipologia di struttura). L’indicazione riportata nelle tabelle allegate alla D.G.R. n.1331/2014 prevede che: - Le Co.S.E.R. che accolgono i disabili più gravi con tariffe più elevate rispetto a quelle previste dagli atti regionali (pari a € 115 pro die pro capite) entrano nel setting assistenziale RD3-Residenze socio sanitarie assistenziali per disabili (disabili gravi) e quindi devono trasformarsi in RSA disabili (così definite nell’attuale normativa regionale L.R. n. 21/2016 e regolamento reg.le n.1/2018); strutture queste dotate di requisiti e di standard assistenziali più adeguati e tariffe idonee all’effettiva presa in carico del disabile (€ 120,57); - Le Co.S.E.R. che accolgono i disabili meno gravi con tariffe sostanzialmente uguali a quelle previste dalle attuali normative regionali (pari a € 115 pro die/pro capite) entrano nel setting assistenziale RD4 – Gruppo appartamento per disabilità (disabili privi del sostegno familiare) più adeguate alla tipologia di disabile accolto e con tariffa molto più bassa (€ 68,00) delle attuali (€ 115), garantite indipendentemente dall’effettivo assorbimento di risorse assistenziali”*.

La Dgr 1331/2014, che ha come riferimento normativo, ai fini della classificazione, il Dpcm [29.11.2001](#), non prevede per le CoSER due livelli di intensità assistenziale. Lo fa, e noi lo abbiamo sempre ritenuto illegittimo - vedi [qui](#) e [qui](#) - per i Centri diurni socio educativi riabilitativi, (CSER). Successivamente la Dgr 937 ha abolito i due livelli assistenziali, perché ci si è finalmente resi conto che non si possono prevedere condizioni differenti per persone in [identiche condizioni](#). Rispetto alle CoSER, la Dgr 1331/2014 prevede soltanto che, se a seguito di valutazione emerge la presenza di persone con disabilità, per le quali sarebbe più appropriato il livello assistenziale delle comunità alloggio (allora era il codice Rd4, mentre, dopo la Dgr 937, il livello RD4 indica il Gruppo Appartamento e non più la comunità alloggio), la quota sanitaria erogata sarà pari a quella prevista per questo tipo di servizio residenziale (27,20 euro, pari al 40% della tariffa). Il Dpcm 29.11.2001, infatti, prevede una differenziazione negli interventi residenziali socioriabilitativi a seconda che si tratti di “disabili gravi” (quota sanitaria 70%), o “disabili privi di sostegno familiare” (quota sanitaria 40%). Nei nuovi LEA ([Dpcm 12.1.2017](#)) si conferma la ripartizione a 70 e 40%. Nel primo caso, permane l’indicazione di gravità e si aggiunge il riferimento “all’elevato impegno assistenziale e tutelare”; nel secondo, tale impegno è definito *moderato* e non viene associata la gravità alla condizione di disabilità.

La richiesta fatta, nella Dgr 1331, a tutte le CoSER e le RP, è stata quella di presentare *“un Piano di adeguamento per afferire al livello assistenziale e tariffario RD3”*. Fino alla riconversione valgono gli standard assistenziali e tariffari in vigore. Chi, entro i tempi previsti, non avesse presentato il Piano di adeguamento, sarebbe stato sospeso dall’autorizzazione.

Pertanto, i riferimenti tariffari, indicati nella delibera in oggetto, che farebbero riferimento all’appartenenza di una CoSER ad uno o all’altro livello assistenziale, sono da considerare una libera (e riteniamo arbitraria) interpretazione degli estensori.

Se nei 7 anni trascorsi dall’emanazione della Dgr 1331, la regione Marche avesse chiesto alle comunità lo standard assistenziale, avrebbe forse scoperto che non esiste correlazione tra standard e tariffa. Pertanto andrebbe evitata ogni confusione e sovrapposizione tra “livello assistenziale” di struttura (lo uso per capirci, ma la considero una parolaccia) e “necessità

assistenziale individuale” (peraltro la Dgr 937 prevede la possibilità che possano essere presenti, fino al 20%, persone con “setting assistenziale” inferiore o superiore).

Per capirci: in ogni *livello assistenziale di* struttura (ad esempio rd2 e rd3 che somma 4 tipologie di servizi: RSR estensive, RSA, RP, CoSER) ci possono essere standard di struttura superiori o inferiori rispetto al bisogno individuale. Rimanendo alle CoSER, se dovessimo scoprire che le necessità assistenziali e il relativo standard siano assimilabili a livello Rd2, come ci comportiamo?

La domanda è dunque: se dal 2022 ASUR dovrà contrattualizzare (punto 4, della Dgr) avendo come riferimento le “vecchie RSA” (standard complessivo, 140 minuti/giorno; tariffa, 120,57; quota sanitaria del 70%, 84,40), dal prossimo mese su quale tariffa verrà calcolata la quota sanitaria delle attuali CoSER? Se per tutte il riferimento sarà quello di € 120,57, come si affronta la questione di quelle che hanno standard e conseguentemente tariffe superiori?

Ed infine, con riferimento al punto 5 della delibera, nella quale ad ASUR viene chiesto di (*.. procedere ad una attività di valutazione degli utenti di ogni singola Co.S.E.R. per verificarne il fabbisogno assistenziale corrispondente ai livelli di necessità assistenziale per gli standard previsti dalle strutture residenziali per la disabilità classificate da Reg. reg.le n.1/2018 con codici RD3 o da RD4, in base ai quali poi verrà ri-autorizzata all’esercizio la struttura*, sulla base di quali criteri ASUR effettuerà questa valutazione, tenuto anche conto che la DGR 937 assegna alla Regione il compito, ai fini dell’accesso, di definire gli strumenti della valutazione multidimensionale? Per essere più chiari: se dalla valutazione dovesse emergere che nella comunità 3 persone su 10 (quindi oltre il 20%) che hanno necessità di “livelli assistenziali” inferiori (RD4), come ci si comporterà?

Mi fermo qui. Mi pare ce ne sia abbastanza per una riflessione molto più articolata e, conseguentemente, contestualizzata. Una valutazione che dovrebbe essere molto attenta e rigorosa nel valutare gli impatti e gli effetti sulle persone e sui loro luoghi di vita. E’ l’unica cosa che ci interessa.

Vedi anche

Quaderni Marche, I nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi sociali e sociosanitari diurni e residenziali

Servizi. Non solo (cambiare) i requisiti ma tematizzare domanda e offerta

Non autosufficienza e sostegno alla domiciliarità nelle Marche

I nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi diurni e residenziali

Disabilità. L’evoluzione delle politiche nelle Marche

Persone con disabilità. Personalizzazione degli interventi e centralità del Progetto di Vita, (Incontri di formazione, 26 novembre - **15 dicembre 2021**)

FIRMA e diffondi L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi

E’ uscito il nuovo numero di **APPUNTI sulle politiche sociali, n. 4/2021**

Il nuovo libro del Gruppo Solidarietà, NON COME PRIMA. L’impatto della pandemia nelle Marche

Osservatorio Marche, n. **123** del **9 dicembre 2021**
Gruppo Solidarietà www.grusol.it

Puoi approfondire con le schede dell'[Osservatorio sulle politiche sociali nelle Marche](#) e con [Quaderni Marche](#) (dossier nei quali vengono riproposti, su uno specifico tema, analisi, contributi, documenti, pubblicati nel sito, riguardanti le politiche ed i servizi rivolti ai soggetti deboli nelle Marche).

FIRMA e diffondi L'APPELLO. No alle nuove forme di istituzionalizzazione dei servizi

Se apprezzi il nostro lavoro puoi sostenerlo in MOLTI MODI

Abbonati alla nostra rivista [Appunti sulle politiche sociali](#)

