

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An). Tel. e fax 0731-703327 - e mail: segreteriaicatmarche@gmail.com

Aderiscono: Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche

I servizi domiciliari e diurni nella proposta di criteri attuativi 2012 legge 18. Osservazioni e proposte

In premessa non si può che ripetere quanto detto nell'ultimo decennio: necessità di rivedere la strutturazione degli interventi regionali previsti a favore delle persone con disabilità. Percorso previsto, peraltro anche nel Piano sociale 2008-2010. Precisa collocazione della legge di settore all'interno degli interventi più complessivi riguardanti l'area socio educativa e sociosanitaria insieme a quella, molto importante, del lavoro. Per tale motivo, vale la pena ricordarlo, era stato costituito anche un gruppo di lavoro.

Così ogni ipotesi di modifica si scontra con un impianto inadeguato che necessita di revisione. Sulla base di questa convinzione è stato redatto l'appello *Politiche e servizi per le persone con disabilità nelle Marche. Superare lo stallo. Ricominciare a programmare* sottoscritto nei mesi scorsi da 27 associazioni operanti nel "settore disabilità" www.grusol.it/appelloMarzo2011.pdf.

Dunque il tentativo di mettere "vino nuovi in otri vecchi", rischia, anche contro la volontà che sta dietro la proposta di modifica, di creare più problemi di quelli che intende affrontare e/o risolvere.

Di seguito quindi non ripeteremo quanto più volte indicato negli ultimi anni*, ma è opportuno richiamarlo per evitare di pensare che le problematiche poste siano riconducibili ai soli aspetti affrontati¹.

Tutto questo avendo come riferimento i dati forniti recentemente dal Crd (anno 2009), sui quali ribadiamo l'opportunità di una adeguata riflessione di tipo tecnico (basti pensare che la sola somma ammessa al finanziamento per il trasporto - che include diversi interventi - è pari a quella che somma interventi educativi e di aiuto alle persona o che il contributo per servizi come l'Aed e il Sad è pari a poco più del 10% di quello erogato per i CD).

La questione sulla quale si incentra la riflessione riguarda la parte dei Cser. Per più motivi:

- è un servizio fondamentale per il mantenimento delle autonomie, per il sostegno alle famiglie, per il ritardo dell'accesso alla residenzialità;
- riguarda oltre 1000 utenti;
- il servizio è parte delle prestazioni inserite nei LEA che (sembra paradossale per la situazione della ns regione) il servizio sanitario è tenuto ad assicurare (percentuale sanità-sociale: 70/30);
- il servizio si è sviluppato a partire dagli anni '80 in maniera molto diversificata (utenti, prestazioni, standard, ecc.); diversificazione che purtroppo si è mantenuta nonostante la legge 20/2002 ed i requisiti per l'autorizzazione;
- non ha avuto regolamentazione regionale riguardo a fabbisogno, tariffa e compartecipazione degli enti;
- lo standard di personale previsto dai regolamenti 1-2004 e 3-2006 è stato diversamente interpretato degli enti gestori senza che questo, purtroppo, a distanza di anni abbia determinato interventi correttivi da parte della Regione;
- il numero di utenti (e purtroppo la loro tipologia) per Centro presenta grande diversità, nonostante la media si attesti intorno a 15 utenti.

Prima di arrivare alla questione del costo utente per Centro - proposta dai criteri - si pongono due ulteriori questioni:

- a) **Trasporto da parte della famiglia.** Si prevede un contributo alla famiglia che accompagna (trasporto) il proprio congiunto al Centro. Si ritiene tale proposta sbagliata perché dà e può dare legittimazione a comportamenti opportunistici da parte degli enti gestori. Il servizio trasporto è parte della prestazione del Centro e deve essere garantito dall'ente. Se, per qualsiasi motivo, la famiglia

¹ Come abbiamo segnalato anche negli scorsi anni, rimane non chiaro, nei progetti di integrazione e socializzazione, quale differenza ci sia con un intervento di educativa domiciliare. Quali sono i Centri di aggregazione che si avvalgono di propri educatori per l'accoglienza di persone con disabilità. Difficilmente comprensibile anche il ritorno del contributo per l'ippoterapia.

sceglie di organizzarsi in modo autonomo diventa una propria scelta e quindi non deve essere, conseguentemente, previsto il contributo.

b) **Coordinamento.** La questione è emblematica delle ambiguità che si determinano quando le indicazioni normative (legge 20/02), non sono chiare e su queste si innesta un altro provvedimento (criteri legge 18). Come è noto la funzione coordinamento è uno dei requisiti necessari per essere autorizzati ai sensi della legge 20/02. La legge però non ha mai indicato l'aspetto quantitativo (quante ore). La nuova proposta (ogni centro deve assicurare 9 ore, la Regione ne finanzia fino a 12) modifica la precedente (le ore da assicurare, sulla quale la Regione concorre al finanziamento, erano 15). Sappiamo che, ad oggi, pochissimi Centri hanno assicurato le 15 ore settimanali, senza che nessuno ne chiedesse conto. Da domani, come ieri, succederà che anche con le 6 ore in meno, tale indicazione manterrà carattere discrezionale (nonostante sia obbligatorio) e ininfluenza ai fini della autorizzazione. Allora, il punto da cui partire dovrebbe essere un altro: quante ore di coordinamento sono necessarie in un Centro? Si può ipotizzare – tenendo conto delle funzioni previste dai Regolamenti della legge 20/2002 - che ai fini della qualità del servizio ne siano sufficienti 9 (peraltro penalizzando finanziariamente i Centri che assicurano le 15 ore)? Non è allora necessario andare a ridefinire questo aspetto all'interno dei percorsi autorizzativi scindendolo dai criteri di finanziamento della l. 18? Per quanto ci riguarda riteniamo che 9 ore siano del tutto insufficienti per assicurare tale funzione.

Affrontiamo ora l'altra questione. Qual è la tariffa del centro diurno determinata sulla base degli standard della legge 20/02?

La tariffa del Centro. La proposta prevede un tetto massimo ammissibile, per le spese di personale, per utente pari a 12.000 euro anno. Tradotto in retta giornaliera corrisponde ad una tariffa di 50 euro giorno (su apertura di 48 settimane pari a 240 giorni) e 46 (su apertura per 52 settimane, pari a 260 giorni). Per un raffronto è importante ricordare come la tariffa dei Centri diurni della legge 20/2000, articolata in 3 tipologie va da un minimo di 80, passando per 100, fino ad un massimo di 131 euro al giorno. Per questi Centri diurni la regione ha calcolato la tariffa ma non lo standard (si ritiene peraltro che ad eccezione del CD per Unità plurisensoriali negli altri casi gli utenti siano del tutto assimilabili a quelli del Cser della 20/2002).

E' probabile, la proposta non lo specifica, che questa cifra sia stata fissata su una ipotetica media delle richieste di finanziamento da parte dei Comuni. La pericolosità di tale percorso è emersa, ed ancora se ne pagano le conseguenze, implacabilmente al momento della fissazione della tariffa delle Coser, sulla quale la Regione ha determinato il proprio contributo.

Purtroppo, mentre viene formulata la proposta, non si è fatto ciò che viene richiesto da anni e che sta alla base di un minimo percorso programmatico: **a)** definire tariffa del CSER sulla base dello standard di personale fissato dai regolamenti applicativi della legge 20/2002 (in questo senso bisognerebbe riflettere anche su una capacità recettiva minima, diversi sono i Centri con utenza inferiore a 10); **b)** determinare fabbisogno; **c)** definire criteri di compartecipazione del costo tra Zona/Comuni.

In mancanza di quanto sopra la proposta non può che rappresentare una scorciatoia e come tale irta di pericoli. Dunque parrebbe necessario per prima cosa che la Regione non determinasse il costo per utente, ma la tariffa giornaliera del centro diurno e poi su quella stabilisse il finanziamento. Si dovrebbe, quindi, dire come vengono determinati quei 50/46 euro, che paiono eccezionalmente bassi rispetto ai costi di personale (che coprono circa l'80%) di un Centro diurno che ospita gli utenti previsti dalla legge 20/2002.

Se, come è verosimile, si è in presenza di importanti scostamenti nelle spese dei Comuni andrebbero verificati con attenzione:

a) **tariffe molto basse** (nella maggioranza dei casi è peraltro ipotizzabile che i comuni non conoscano la tariffa giornaliera di un loro utente in un Cser): andrebbe verificato: numero di utenti, ma soprattutto tipologia, standard e tempi di apertura annua. Il rischio evidente è che il criterio di finanziamento previsto possa premiare i Centri che non accolgono la tipologia di utenza prevista dalla legge 20/02, con conseguente basso standard di personale e magari con tempi di apertura inferiore a quelli previsti.

b) **Calcolo dei costi dei Comuni.** I pochi territori che sono riusciti ad avere compartecipazione da parte delle Zone (in particolare Ancona e Pesaro), è ipotizzabile (o meglio corretto) che mettano a finanziamento il costo da loro sostenuto e non quello effettivo. Se così fosse si determinerebbe un abbassamento delle tariffe stimate che non corrispondono all'effettivo costo.

Il rischio evidente, se passasse l'attuale formulazione, è la compressione degli standard da parte dei Centri che superano i costi sui quali la Regione concorre al finanziamento. Tenendo conto che tale tariffa appare molto bassa è facile prevedere un potente abbassamento della qualità dei servizi e/o forti aumenti nelle richieste di compartecipazione ai costi da parte degli utenti. Un rischio che riteniamo la Regione non si possa permettere di correre.

Andrebbe, lo ripetiamo, quindi determinata la tariffa del Cser e su quella stabilita la compartecipazione regionale. Compartecipazione regionale che successivamente a regime (quando si è anche determinata la percentuale di costo a carico di sanità e sociale), dovrebbe scomparire per essere rimodulata e trasferita a Comuni e Zone (infatti, la quota spettante alla sanità deve essere trasferita attraverso il fondo sanitario). E' dunque questa la proposta che formuliamo. Ogni altra ipotesi, vale la pena ripeterlo, assume la caratteristica di una pericolosa scorciatoia.

Inoltre, in assenza di fabbisogno, e con l'attuale meccanismo di finanziamento verrebbero finanziati, se ciò accadesse, anche nuovi Centri che potrebbero venire attivati anche in territori nei quali si può presumere che l'offerta sia soddisfacente. Non basta allora solo definire il fabbisogno regionale ma declinarlo in quello territoriale (quanti centri/per quanti utenti/per quale popolazione).

Il finanziamento di assistenza educativa e domestica. L'altro aspetto riguarda il finanziamento dei servizi domiciliari. (nel 2009 a fronte di una richiesta complessiva di circa 7,35 milioni di euro è corrisposto un finanziamento di circa 630.000 euro: 6,4% a gestione singola e 11,5% a gestione associata). Ciò induce i Comuni a ridurre o non attivare tale tipologia di servizio ed a orientarsi verso quelli con maggiore certezza di finanziamento a prescindere dell'appropriatezza. Situazione analoga riguarda l'assistenza educativa scolastica (esclusa la scuola superiore). Proprio a partire da questa situazione nel 2008 è nato *l'appello per il sostegno alla domiciliarità*, www.grusol.it/vocesociale/08-11-09.PDF, sottoscritto da 45 organizzazioni marchigiane, volto a sostenere questa tipologia di interventi. A seguito di tale iniziativa la regione Marche ha stanziato 1.750.000 euro con destinazione vincolata per 3 tipologie di interventi (AE in ambito scolastico ed extrascolastico, SAD). A causa delle difficoltà di verificare l'utilizzo (vincolato) da parte dei Comuni, la Regione ha deciso di non utilizzare più il vincolo di destinazione ma di inserire la quota all'interno del fondo complessivo della legge 18. Il finanziamento, a partire dall'anno in corso, si aggiungerà quindi al fondo della 18 e verrà ripartito tra tutti gli interventi finanziati. Ciò determinerà un minimo incremento percentuale sugli interventi non soggetti a finanziamento con quota fissa. La questione rimane dunque non affrontata (si direbbe, rimossa) e in tale situazione rimane una forte penalizzazione sia del sostegno alla domiciliarità (educativa e di aiuto alla persona) che all'assistenza educativa in ambito scolastico. Si ribadisce pertanto la necessità che al pari di tutti gli altri interventi socio educativi e socio sanitari (Cser, Coser) anche per questi, gli enti locali abbiano certezza di finanziamento.

* Di seguito i riferimenti degli interventi degli ultimi anni su questi temi.

Approfondimenti tematici

I centri diurni per disabili nelle Marche, www.grusol.it/vocesociale/07-11-10.PDF

I servizi territoriali per la disabilità nella programmazione della regione Marche www.grusol.it/informazioni/03-10-08bis.PDF

Note e richieste su programmazione interventi regionali

Sugli interventi a favore delle persone disabili nelle Marche, www.grusol.it/vocesociale/07-07-09.PDF

Finanziamento legge regionale 18/96 sulla disabilità, www.grusol.it/vocesociale/02-07-08.PDF

Osservazioni ai criteri 2006 legge 18-1996, www.grusol.it/vocesociale/24-04-2006.asp

Politiche ed interventi regionali sulla disabilità. Criteri 2004 legge regionale 18 www.grusol.it/vocesociale/13-04-2004.asp

21 settembre 2011