

Premessa

Il tempo trascorso dalla emanazione delle delibera ad oggi ci permette di evidenziare alcuni elementi e fatti avvenuti (o attesi, ma non avvenuti), che condizionano l'attuale situazione, rendendola complicata e di difficile comprensione. Questo tempo, sempre dichiarato urgente ma poi nella pratica frammentato, lento, confuso, ha fatto crescere grandi tensioni, ha evidenziato scarsa consapevolezza di ciò che sta accadendo, ha creato disinformazione, scelte precipitose, un vociare che ha creato panico, soprattutto tra le famiglie e gli operatori.

Rispetto allo specifico della 1331 e della sua applicazione la mancanza della regolamentazione del Fondo di Solidarietà crea alcuni punti oscuri, in particolare la mancata tariffazione del Srdis2 e la compartecipazione ai costi dell'utenza. Non solo, l'impegno che la Regione voleva far assumere ai Comuni di destinare alla spesa sociale ed ai trasporti tutti i possibili e probabili risparmi che il Fondo di solidarietà avrebbe permesso, non ha mai trovato applicazione pratica, determinando al disagio in atto un ulteriore elemento di confusione.

Ma quello che oggi sta diventando evidente sono gli effetti del passaggio dalle ipotesi di servizi previsti dalle delibere alla loro applicazione nella realtà di servizi già esistenti, che sono il frutto di pratiche e culture sedimentate nel tempo. Si tratta di effetti che vanno governati attraverso una revisione delle delibere, perché la definizione di standard e tariffe sia un'occasione per rendere certi ed esigibili servizi storici e non un elemento che ne trasformi la natura e la qualità che fino ad oggi sono stati in grado garantire ai cittadini fragili della nostra regione.

Per questi motivi chiediamo la modifica/integrazione delle delibere agendo velocemente, nella chiarezza di tutti i dati di realtà ed integrando tutti i soggetti coinvolti. Responsabilizzare tutti i soggetti coinvolti nei servizi oggetto della delibera è un passaggio necessario per governare il processo in corso, altrimenti avremo delibere la cui applicazione sarà fortemente contestata, con

ragione viste le modalità con le quali si è giunti fino a questo punto e gli effetti fino ad ora ipotizzati. Il sistema dei servizi di welfare è da sempre un sistema caratterizzato da partecipazione e responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti, questo elemento deve tornare ad essere centrale in questo passaggio così delicato ed importante.

E questa modifica/integrazione dovrà avvenire attraverso l'istituzione di una commissione, un gruppo di lavoro,...che in un tempo definito produca un profilo della situazione regionale, i costi ed il funzionamento attuale, ecc... e da questo lavoro venga poi fatta discendere una regolamentazione, che sostituisca quella attuale della 1331.

Un breve elenco dei fatti

1. Le dgr 1011 e 1195 del 2013, da cui discende direttamente la 1331 (standard...tariffe...), sono state contestate da tanti soggetti. Lo stesso ex presidente della Regione si era impegnato a rivederne l'applicazione. In effetti, a parte qualche caso, non sono state applicate: ma non sono state abrogate e quindi continuano a sortire i loro effetti negativi, per il fatto che nascono in maniera artificiale, imponendo un modello di servizi che non corrisponde alla realtà;
2. la dgr 1331 è un accordo con gli Enti gestori. Accordo che poi è stato impugnato da alcuni di essi (Anci e centrali cooperative sociali) perché chiaramente svantaggioso. Accordo che è stato fortemente contestato dalle associazioni di tutela dell'utenza e dei familiari. L'applicazione della normativa sui Lea, nella nostra Regione è affidata ad un accordo con gli Enti gestori. Accordo sulla base del quale è stata pure modificata la LR 20/02, attraverso un articolo introdotto nella legge di variazione di bilancio di fine anno. Una legge che ha prodotto i servizi attualmente funzionanti (con utenti inseriti ed operatori presenti in numero proporzionato, ecc...ecc...) è stata modificata con un atto votato dalla Commissione Bilancio e ratificato, fra tanti altri disparati articoli, dal Consiglio Regionale. Può essere privo di conseguenze, un comportamento del genere?
3. la Delibera che avrebbe regolamentato il Fondo di solidarietà e chiarito una serie di elementi che la 1331 lasciava non risolti, non è mai uscita. Anci e centrali cooperative

sociali avevano incontrato la Regione, nella primavera 2015, andando a definire accordi che però, per ora, giacciono nelle bozze. Ciò significa, ad esempio, che rispetto agli CSER esiste la tariffa per la tipologia Srdis 1, ma non quella per la tipologia Srdis2. E ciò in palese contraddizione con lo spirito e la volontà di omogenizzazione delle modalità di gestione e funzionamento dei servizi.

Per quanto riguarda gli CSER, i punti problematici riscontrati sono:

L'individuazione dell'utenza 'grave' (Srdis1, tariffa 62 euro, Sanità 70%) avviene per via amministrativa e non sulla base di una valutazione tecnico-sanitaria o utilizzando la normativa nazionale (Lg 104/92, art 3 comma 3) in cui viene definita la condizione di 'particolare gravità', assegnata poi dalle Commissioni di valutazione distrettuali. E' stato quindi stabilito un numero massimo di 10 persone 'gravi' per ogni Cser, a cui verrebbe attribuito il livello Srdis1, con relativo standard assistenziale e tariffa (62€). I restanti utenti rientrerebbero invece nel livello Srdis2, con standard assistenziali più bassi e compartecipazione ASUR di 15,10 €, ma senza che venga definita la tariffa (che in realtà è stata definita nell'accordo con le centrali cooperative, ma mai resa esecutiva alimentando confusione e tensione tra amministrazioni, asur e enti gestori). L'elemento che verrà impugnato dalle associazioni e dalle famiglie è sostanziale: la condizione di gravità attiene al soggetto e determina il diritto ad un preciso livello di assistenza. Quest'ultimo non può essere determinato da una valutazione amministrativa (ovvero che l'Asur decida di intervenire, al 70%, soltanto su 700 persone, andando così a determinare in anticipo il proprio impegno di spesa!). E che senso ha concordare con i Distretti una scheda di valutazione, se poi alla fine il conto deve tornare a 700?

La Tariffa: 62€ è una cifra appena sufficiente per i servizi educativi/riabilitativi ed assistenziali, ma non copre i costi di gestione delle strutture ed i trasporti. Basta per questo valutare i costi che erano coperti attraverso la legge 18 che prevedeva 16.000 euro ad utente con gravità, 16.000 annui/48 settimane di apertura del servizio corrispondono a circa 66,6 euro per persona con gravità. Per questo motivo chiediamo un trattamento paritario per tutti i servizi perché il rischio oggi presente è che alcune strutture (che non hanno costi di gestione) si trovino a beneficiare di

una tariffa che copre completamente i costi del personale, mentre altre strutture (che hanno a carico i costi di gestione) si trovino nella condizione che una parte della tariffa sia utilizzata a copertura dei costi di gestione e trasporto, riducendo la copertura dei costi per il personale (con conseguente riduzione delle attività educative/riabilitative ed assistenziali). Per questo chiediamo che la tariffa definita sia specificatamente **indicata per l'erogazione dei servizi educativi, riabilitativi ed assistenziali**, mentre devono essere valutate a parte le spese di gestione. Per questo chiediamo che sia specificato quanto segue "le tariffe sono da intendersi escluse da spese di gestione e trasporto che verranno applicate in aggiunta se e in quanto dovute, in base alle specifiche dei servizi";

Questa percentuale dovrà essere a carico dell'ente titolare del servizio, come costo aggiuntivo alla tariffa.

Ribadiamo, come già concordato, che deve essere definita una tariffa per SRDis1.2 (quello a rilevante compartecipazione comunale) identica a quella del modello SRDis1.1 (quello a rilevante compartecipazione sanitaria), per evitare improprie contrazioni dei servizi ed un abbassamento della qualità dei servizi, per puntare ad una riduzione del proprio impegno economico da parte dei Comuni.

NOTA IMPORTANTE: la Regione ha TUTTI i dati dettagliatissimi su quanto costano i cser, chi sono gli utenti, come sono suddivise le spese, ecc. fare un monitoraggio ed un'analisi dei dati è un lavoro perfettamente a portata di mano!!!

Standard: il minutaggio previsto è profondamente difforme dal funzionamento attuale dei CSER. Se gli Enti lo applicassero integralmente, si avrebbe una riduzione drastica del personale in servizio, ma soprattutto dello standard qualitativo dell'offerta educativa. 10 utenti, sulla base dello standard, avrebbero a disposizione 2 educatori dall'arrivo alla chiusura ed un terzo educatore per 4 ore al giorno. Che impatto ha sull'attuale assetto dei servizi, una normativa così drastica, non negoziata e non condivisa? Inoltre, lo sappiamo che la tariffa NON è stata costruita a partire dallo standard esistente, ma basandosi, proporzionalmente, sul costo dei servizi riabilitativi?

Assenze: dalle bozze degli atti di convenzionamento tra ASUR ed Enti gestori, traspaiono poi ulteriori elementi problematici: 15 giorni d'assenza non possono determinare l'uscita dal servizio! Un giorno di assenza non può determinare la riduzione della quota al 100%!

PROPOSTE

- 1) Individuare un criterio di definizione della gravità, il più possibile oggettivo e di semplice rilevazione, andando poi a 'contare' quanti siano gli utenti 'gravi' ed inserendoli nel livello assistenziale adeguato (Srdis1);
- 2) Togliere le spese di gestione e trasporto dalla tariffa, per evitare difformità e diseguaglianze;
- 3) Rivedere standard e tariffa partendo dalla fonte primaria di informazione, che è la LR18 e l'insieme di dati che vengono raccolti tutti gli anni dai Servizi Sociali, dati da cui è possibile capire come funzionano i Centri, quanto costano, quante persone li frequentano, ecc.

In passato, il Centro Regionale di Documentazione ha svolto con costanza questo lavoro di analisi dei dati, che sono già tutti a disposizione della Regione.

Per quanto riguarda le CoSER, gli elementi apportati dalla dgr 1331 sono preoccupanti, rispetto allo stato attuale dei servizi:

- la CoSER sparisce, come tipologia di servizio residenziale per persone con disabilità grave. Entro settembre 2015 gli enti titolari devono produrre un piano di trasformazione in una struttura di 'Cure riabilitative di mantenimento', da attuare entro tre anni, pena la sospensione dell'autorizzazione e del finanziamento regionale. In questo periodo questa nuova tipologia di struttura dovrebbe essere definita dalla Regione, sapendo che essa deve raccogliere al suo interno, CoSER, ma anche RSA ed RP....;
- gli standard definiti sono molto più bassi di quelli attuali, che sono basati sulle indicazioni della LR 20/02: 140 minuti ad utente corrispondono, in una Comunità di 10 persone, a 23 ore di assistenza. Un solo operatore, nemmeno per 24 ore al giorno!

- la tariffa è invece più alta di quella attuale, e passa da 115 € al giorno ad utente a 120 €, rimanendo tuttavia lontana dalla media regionale (130-135 euro).

L'obiettivo è quindi puntare su grandi strutture modulari, apparentemente meno costose, nelle quali la quotidianità sia scandita da ritmi organizzativi rigidi. E parliamo di posti dove le persone trascorrono la loro vita, non un ricovero temporaneo e reversibile.

Per quanto riguarda la CoSER occorre quindi:

1. Prevedere, accanto al livello RD3.1 (Rsa disabili), la permanenza di un livello RD3.2, in cui vadano a confluire le attuali CoSER, con tariffa di riferimento € 120 e compartecipazione 70% SSR e 30% utente/Comune: 24 strutture, circa 300 utenti, 150 persone che ci lavorano, un progetto presentato più volte in convegni nazionale come modello di risposta al bisogno di accoglienza residenziale, un'efficacia dimostrata da un miglioramento delle condizioni di vita.
2. poiché lo standard previsto risulta sostanzialmente inferiore agli standard attuali, è necessario almeno prevedere, fino ad un massimo del 30% delle persone accolte, la possibilità di accedere ad un livello di Estensività protratta (RD1.3 – tariffa 154€ a carico SSR), in considerazione del fatto che la complessità gestionale della persona con disabilità non è valutabile esclusivamente all'interno del quadro fisiatrico/riabilitativo, ma può prevedere, ad esempio, comportamenti pericolosi per sé e per gli altri; necessità di assistenza continua anche in presenza di perfetta funzionalità motoria; difficoltà complesse nella relazione con l'altro, tale da determinare gravi situazioni di non autonomia personale. Queste risultano essere le condizioni di molte persone che attualmente risiedono presso le CoSER, per le quali uno standard quale quello attualmente previsto (e relativa tariffa), risultano assolutamente insufficienti. Inoltre, in questo modo, sarebbe possibile per le attuali CoSER mantenere una capienza di 8-10 utenti, che, ricordiamo, sono i numeri sui quali sono definiti gli standard strutturali delle attuali che CoSER, che in grandissima maggioranza, pensando ad un incremento, non potrebbero permanere nell'attuale sede.

Riportiamo i punti della precedente nota delle centrali cooperative, già concordate e accettate anche se mai rese pubbliche:

1. Non verrà prevista una rivalutazione Istat, ma un aggiornamento periodico delle tariffe
2. Relativamente all'IVA ci si accorda sulla frase concordata con ANCI in base alla quale "le tariffe indicate nell'accordo con gli enti gestori e ratificato dalla DGR 1331/2014, sono da intendersi escluse da IVA che verrà applicata in aggiunta se e in quanto dovuta";
3. Riequilibrio del budget assegnato: nell'ambito del budget assegnato alle singole Cooperative (imprese/enti), nei limiti del 15%, potranno essere effettuate redistribuzioni di budget tra le attività anche di differente livello assistenziale, per ogni singola struttura facente capo alla singola cooperativa. La redistribuzione, oltre che all'interno della singola struttura nei limiti del 15%, potrà essere effettuata d'intesa con il Direttore di Area Vasta, tra strutture diverse, anche facenti capo al medesimo gruppo societario, situate nella medesima Area Vasta. Nel caso di strutture situate in differenti Aree Vaste è facoltà dell'ASUR redistribuire il budget delle singole strutture sulla base dell'evoluzione della domanda territoriale di prestazioni in corso di esercizio, in tal caso la redistribuzione potrà avvenire solo previa comunicazione ad ASUR ed alle Aree Vaste, da effettuarsi entro il mese di settembre di ogni anno, dei volumi indicativi di attività e di budget previsti a consuntivo. Ciò anche nel rispetto dell'Atto di fabbisogno regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali.
4. Per quanto riguarda le strutture di piccole dimensioni (area salute mentale) l'individuazione del livello di SRP in base al quale procedere alla fatturazione del costo di assistenza da parte degli enti gestori è affidato al DSM il quale verrà sollecitato dalla Regione a procedere in breve tempo. Verrà inoltre collegato il livello assistenziale al codice Orps.
5. Relativamente alla richiesta di mutare, laddove se ne presenti la necessità, minuti di infermiere in minuti di educatore e viceversa si rinvia alle tabelle allegate alla DGR 1331/2014 laddove, nella colonna degli standard assistenziali si fa presente, in nota a) che "i minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto anche i fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per la tipologia di figura professionale,

fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento massimo del 20% per tipologia di figura professionale”.

6. Eliminare i limiti di età anagrafica (65 anni) per la permanenza nei CoSer andando a modificare la delibera che definisce i criteri di utilizzo dei fondi di cui alla l.r. 18/96 e alla delibera che trasferisce i fondi regionali ai CoSer. Le aree vaste procederanno regolarmente a liquidare la compartecipazione SSR anche per utenti ultra 65enni

Variabilità bisogni assistenziali

La 1331 prevede che *"I minuti assistenziali indicati devono intendersi come media per posto letto, anche ai fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. Sul singolo paziente, attesa la variabilità dei bisogni assistenziali, i minuti indicati per tipologia di figura professionale, fermo restando il carico complessivo, saranno tarati sui bisogni individuali con uno scostamento max del 20% per tipologia di figura professionale."*

E' necessario che lo scostamento possibile, previsto nella 1331, sia innalzato ed i minuti assistenziali indicati debbano intendersi come media per posto letto, anche ai fini della individuazione della dotazione organica complessiva del modulo. E ciò soprattutto per i servizi comunitari dell'area della salute mentale. Infatti, pur comprendendo come sia necessario definire un minutaggio specifico per ciascuna figura professionale, al fine di evitare che i minuti assistenziali vengano erroneamente (o proditoriamente) assegnati ad una sola figura (magari meno costosa), è altrettanto necessario avere la possibilità, esclusivamente per la figura dell' Educatore e dell' Infermiere, la possibilità di uno scostamento **max del 50% per tipologia di figura professionale**. E naturalmente non sulla base del singolo paziente, ma in base al progetto riabilitativo ed organizzativo del servizio.

PARTE 2

Alcuni Elementi che invece non sono nel addendum dell'accordo, ma che sono assolutamente importanti da considerare e che sono varie volte stati sollecitati dalle centrali cooperative.

Rapporti con L'ASUR

L'applicazione del norme viene demandata all'ASUR che però spesso non ha mai partecipato ai tavoli ed a volte fa enorme confusione nella applicazione delle varie DGR. Soprattutto con modalità e comportamenti assolutamente non congrui rispetto alla ratio delle norme. La questione maggiormente preoccupante è quella della gestione del budget assegnato che diventa l'elemento cardine di qualsiasi applicazione. In alcuni casi l'ASUR va a tagliare le tariffe definite dicendo che non ha più budget, in alcuni casi è stato comunicato che avevano i soldi fino a novembre e quindi dopo non pagavano (non detto in questi termini naturalmente). L'Asur è assolutamente un interlocutore importante, ma deve essere coinvolto fin da subito nei processi decisionali perché non può essere un mero esecutore senza responsabilità. Altro elemento assolutamente centrale è il ritardo nei pagamenti da parte dell'ASUR stessa, taglia subito i budget ma paga con enormi ritardi. Questo ingenera ancora maggiore debolezza nel sistema. Soprattutto se consideriamo che i soldi li ha e che a fine anno ha anche un avanzo di diversi milioni di euro.

Ci sono sempre problemi sugli obblighi contrattuali da parte dell'ASUR, ovvero ad esempio la fornitura dei materiali (pannoloni, medicazioni, nutrizioni, ecc) e alla fornitura dei farmaci e dei presidi. Ribadiamo per questo, quanto già specificato sopra, la tariffa DEVE essere considerata solo per il personale.

Al fine di superare ambiguità e situazioni poco trasparenti, trattative che determinano condizioni differenti tra gli stessi servizi in relazione alla “forza” del soggetto gestore o degli obiettivi delle singole Aree Vaste, **gli schemi delle convenzioni tra Asur ed Enti gestori devono essere definite con DGR, chiarendo tutti gli aspetti contrattuali ed i limiti di eventuali flessibilità regolamentari.**



Isee

Definire un ISEE regionale e comunque una soglia minima per l'esenzione

Risorse Utenti

Lasciare le risorse minime agli utenti alla cifra di 250 euro e non come previsto nella bozza di Accordo con l'ANCI a € 150.

Normative

Riprendere il lavoro sulle normative 20/2000 e 20/2002 e avviare il lavoro sul nuovo regolamento Regionale.

Atto di fabbisogno

Riprendere la discussione e la pianificazione dell'atto di fabbisogno che risulta attualmente approvato dalla Giunta, ma non ha avuto il passaggio in quinta commissione. Passaggio obbligatorio che è saltato nella concitata fase pre-elettorale.