



Registrazione Agenzia delle Entrate di Roma n. 22913

Presidenza: +39 3396066458 – forumexarticolo26@libero.it – www.forumexarticolo26.it

ROMA, 31 GENNAIO 2013

REGIONE LAZIO/PIANO DI RIENTRO

DAL DECRETO COMMISSARIALE N. 89/2010 AL N. 434/2012

RICONVERSIONE DEL SERVIZIO RIABILITATIVO “EX ART. 26” IN SOCIO-SANITARIO

In ottemperanza ai Decreti Commissariali n. 89 e n. 90/2010, come integrati - *rispettivamente* - con i più recenti n. 39/2012 e n. 8/2011-n. 434/2012, la Regione Lazio sta “rimodulando” il servizio riabilitativo territoriale.

In tali Decreti, le prestazioni terapeutiche, finora erogate nelle strutture “ex art. 26”, il più delle volte vengono definite “inappropriate” ancorché “eccessive”, soprattutto perché destinate a persone di età adulta da tempo ivi assistite, alle quali – pertanto – solo in minima parte viene riconosciuto il basilare diritto alla riabilitazione e all’inclusione.

I posti assegnati alla “riabilitazione estensiva” risultano ridotti drasticamente, addirittura dell’80%, e riconvertiti in prestazioni “socio-sanitarie di mantenimento”, articolate su due livelli assistenziali (come da Decreto Commissariale n. 8/2011, integrato dal recentissimo Decreto n. 434/2012, di cui – a titolo esemplificativo – si riporta il regime semiresidenziale):

- “alto carico assistenziale”, con rapporto standard 1 operatore ogni 4 utenti;
- “basso carico assistenziale”, con rapporto standard 1 operatore ogni 5 utenti.

(Si rammenta che il rapporto standard in “estensiva” è pari a 1 operatore ogni 2,6 utenti!).

STANDARD DI PERSONALE, TARIFFE E ASSENZE

Con il passaggio “forzato” dalla tipologia “estensiva” a quella di “mantenimento” (pertanto, da un rapporto standard 1 operatore ogni 2,6 utenti a un rapporto standard 1 operatore ogni 4/5 utenti, incluso il personale “non a contatto diretto”), la presa in carico subisce un drastico impoverimento, diventa obiettivamente molto difficile da sostenere se non “scadendo” nella mera assistenza o poco più, soprattutto alla luce della natura intrinsecamente fragile e complessa della disabilità intellettiva e relazionale, pertanto bisognosa – più di altre disabilità – di attenzioni particolari e continue.

Per la stessa “dignità” delle persone con disabilità intellettiva e relazionale, i nuovi standard di personale “a contatto diretto” appaiono mortificanti e assolutamente non rispondenti alle reali e molteplici necessità socio-riabilitative e assistenziali ogni giorno espresse.

1

Pertanto, si ritiene irrinunciabile che – anche nella tipologia “socio-riabilitativa di mantenimento” – venga assicurato un congruo rapporto standard operatori/utenti (per esempio: almeno 1 operatore ogni 3 utenti nella tipologia semiresidenziale), incluse figure professionali da sempre presenti – e unanimemente riconosciute efficaci – ossia gli insegnanti d’arte e di attività motorie.

*In altri termini, si ritiene che – nella tipologia di “mantenimento” – possano sì cambiare obiettivi terapeutici e programmi, ma non l’impegno a contatto diretto con gli utenti, soprattutto in presenza di persone con disabilità intellettiva e relazionale (di per sé – *va ripetuto all’infinito* – particolarmente complessa); persone in grado di “apprendimento continuo” – pur a “piccoli” passi – anche in età adulta (come testimoniano tanti esperti del*



Registrazione Agenzia delle Entrate di Roma n. 22913

Presidenza: +39 3396066458 – forumexarticolo26@libero.it – www.forumexarticolo26.it

settore, dati alla mano), persone ancor più soggette a smarrire con facilità quel “patrimonio di autonomie e d’inclusione” con fatica conquistato negli anni, in mancanza di un’adeguata e continua presa in carico.

Naturalmente, le tariffe al riguardo previste, già drammaticamente ferme al 2001 (!), andranno in proporzione incrementate (almeno del 25% rispetto a quelle definite con D.G.R. n. 583/2002-Allegato 6, per la tipologia di “mantenimento”).

Come non bastasse, *a quanto appreso per le vie brevi*, una volta attuata tale riconversione socio-sanitaria, le assenze giornaliere degli utenti potrebbero essere remunerate solo in minima parte anche per la “quota sanitaria” (di già – come noto – la “quota sociale”, pari al 30% della tariffa, non viene affatto remunerata).

2

Pertanto, al fine di evitare ulteriori, drammatiche problematicità di tipo economico, si ritiene che – in caso di assenza degli utenti dal servizio semiresidenziale di “mantenimento” – debba essere quanto meno preservata la “quota sanitaria” (pari al 70% della tariffa totale giornaliera), alla luce dei costi di gestione e di personale, comunque invariati.
(Al riguardo, si fa presente che, in caso di tipologia riabilitativa “estensiva”, le assenze giornaliere vengono remunerate all’80%).

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Facendo seguito ai Decreti Commissariali n. 95/2009 e n. 51/2010, con D.G.R. n. 380/2010 è stata istituita una “compartecipazione alla spesa” a carico dell’utente, per le prestazioni di “mantenimento” ricevute presso strutture “ex art. 26” a regime semiresidenziale e residenziale. *In altri termini*, il costo delle prestazioni di mantenimento, prima interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, è stato suddiviso in due “quote”:

- “quota sanitaria”, ancora a carico del Servizio Sanitario Regionale (70%);
- “quota sociale”, a carico dell’utente o – a concorrenza – del Comune (30%).

Purtroppo, a conti fatti, per il servizio a tipologia semiresidenziale, già un Indicatore ISEE personale (o di “miglior favore”) piuttosto modesto, di euro 9.000 appena in un anno, comporta all’utente un ticket mensile di euro 480 circa!

A causa di ciò, ha avuto luogo un primo considerevole “esodo” dai Centri Diurni, così come sta rivelandosi piuttosto difficoltoso – per i medesimi motivi – acquisire nuovi assistiti.

3

Pertanto, almeno in caso di regime semiresidenziale, per il calcolo della “compartecipazione alla spesa” a carico dell’utente si chiede a viva voce un sensibile innalzamento della cosiddetta “quota di salvaguardia”, adesso pari alla pensione sociale (!), a maggiore tutela di fasce sociali quasi indigenti.

A tal riguardo, va rammentato che – paradossalmente – la modalità di calcolo (*purtroppo confermata con circolare applicativa n. 8332 del 27.10.2010, a firma congiunta dei Direttori Regionali dott. De Filippis e dott.ssa Cipriani*) sembra contraddire quanto asserito nei punti 2 e 9 dell’Allegato A della stessa D.G.R. n. 380/2010: “Hanno diritto alla compartecipazione alla spesa da parte del Comune le persone con un reddito I.S.E.E. non superiore a euro 13.000,00 annui”.

Soprattutto, con L.R. n. 9 del 24.12.2010, art. 2 comma 93 (e connessa D.G.R. di recepimento), si fissa proprio a euro 13.000,00 annui l’indicatore I.S.E.E. individuale quale limite sotto il quale



FORUM EXARTICOLO26

Registrazione Agenzia delle Entrate di Roma n. 22913

Presidenza: +39 3396066458 – forumexarticolo26@libero.it – www.forumexarticolo26.it

l'utente viene esentato da qualsivoglia contribuzione.
Perché tuttora si procede con la “vecchia” modalità di calcolo?

RITARDATI PAGAMENTI

Oltre ai consolidati ritardi nei pagamenti da parte della Regione Lazio per le fatture sulle prestazioni sanitarie (ritardi ormai attestatisi in media su circa 250 giorni), anche da parte del Comune si registrano tempi molto lunghi di riscossione per le fatture inerenti la quota “sociale”.

A causa della crescente esposizione bancaria, la quasi totalità delle strutture erogatrici è costretta a procedere con ulteriori cessioni anticipate dei crediti vantati, il cui onere finanziario sta rivelandosi eccessivamente gravoso, con il rischio concreto dell'insostenibilità.

4

Pertanto, diventa “conditio sine qua non” per il proseguimento stesso del servizio, la certezza del pagamento – almeno entro 90 giorni dalla fatturazione – delle prestazioni già erogate e certificate, così come, sulla base dell'esperienza dei primi due/tre anni, sarebbe auspicabile un unico “ente pagatore”.

PROCEDURA SULL'ACCESSIBILITA' AI TRATTAMENTI E LORO PROSECUZIONE

A fronte delle nuove disposizioni emanate con Decreto Commissariale n. 39/2012 sull'accessibilità alla “presa in carico” ex art. 26 e alla periodica sua prosecuzione una volta scaduto il “progetto individuale” (di regola, ogni 180 giorni), disposizioni che assegnano alle UU.SS.LL. ogni atto autorizzativo, urgenza ottenere a livello regionale un'unica procedura, possibilmente poco macchinosa.

Infatti, a distanza di vari mesi dalla pubblicazione di tale Decreto, esistono molteplici procedure, addirittura a volte differenti da Distretto a Distretto.

Pertanto, sulla base di quanto già accaduto in questi primi mesi, preoccupa molto l'eventuale non tempestività dell'atto autorizzativo alla prosecuzione della “presa in carico”, a fronte del “progetto riabilitativo” nel frattempo amministrativamente scaduto.

Infatti, in caso di ritardo nella risposta, il servizio rischia d'interrompersi, con intuibile, gravissimo danno per l'utente (inopinatamente costretto a casa) così come – a livello economico – per la struttura erogatrice, visti i costi del personale comunque in pianta organica.

Non ultimo, in presenza di disabilità già a monte definita “stabilizzata” (dagli stessi referenti regionali), appare francamente incomprensibile che la proroga della “presa in carico semiresidenziale” sia pari – di volta in volta – ad appena centottanta giorni, così procurando – tra l'altro – un grave e ingiustificato disagio alla famiglia e all'utente (“obbligati” ogni sei mesi a recarsi presso il loro Distretto Socio-Sanitario per la verifica della disabilità ...) così come un considerevole aggravio di lavoro amministrativo, legato alla “continua” chiusura e apertura dei relativi progetti.

5

Pertanto, si chiede che, in caso di tipologia di mantenimento, la “proroga” del progetto – concessa dall'Azienda USL territorialmente competente – abbia di volta in volta durata pari a 360 giorni (peraltro in sintonia con le stesse “linee guida” del Ministero della Salute), in presenza – giustappunto – di disabilità stabilizzata.

COOPERAZIONE TRA SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E STRUTTURE ACCREDITATE



Registrazione Agenzia delle Entrate di Roma n. 22913

Presidenza: +39 3396066458 – forumexarticolo26@libero.it – www.forumexarticolo26.it

Il Lazio può contare su un vasto e certamente valido patrimonio sanitario costituito da professionisti e operatori della Sanità, non ultimi dai cittadini fruitori del servizio. La reale cooperazione tra i vari “attori” interessati, con la conseguente “messa in rete”, garantirebbe una migliore e più facile accessibilità al servizio, così come una migliore raccolta dei dati, qualità del servizio reso e controllo, anche della spesa.

6

Pertanto, sia per la tipologia residenziale/semiresidenziale che non residenziale (ambulatoriale e domiciliare), si ritiene necessaria un’effettiva cooperazione tra servizio pubblico territoriale e strutture private accreditate.

A tal fine, diventa indispensabile l’avvio di un “tavolo tecnico” permanente composto da esponenti altamente qualificati del servizio pubblico e delle strutture accreditate, non ultimo da rappresentanti di famiglie e utenti.

SERVIZIO RESIDENZIALE

Valgono le richieste del servizio diurno, con particolare attenzione ai seguenti aspetti:

7

incrementare il rapporto operatore/utenti allo scopo di soddisfare le seguenti esigenze:

1. migliorare la qualità di vita delle persone residenti nei Centri dando risposta ai bisogni di socializzazione, di autonomia, di integrazione.
2. Mantenere le abilità acquisite e sviluppare le potenzialità.

Inoltre:

3. garantire spazi adeguati, nel comfort, al concetto di *residenza, abitazione*: fatte salve le esigenze di sicurezza ed igiene, si tenga conto del fatto che ciò che per l’utente rappresenta la casa, non può e non deve avere l’aspetto dell’ospedale.
4. Facilitare la continuità di rapporto con le famiglie: ad esempio prevedendo anche per gli utenti residenti nelle strutture un servizio di trasporto; integrando con la residenzialità gli interventi dei centri territoriali, in modo da garantire un supporto durante il tempo trascorso in famiglia.

SERVIZIO AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Per quanto riguarda il servizio ambulatoriale ed il servizio domiciliare siano riesaminati in piena concertazione con i cittadini utenti, gli Enti erogatori pubblici e privati accreditati i seguenti punti:

8

1. criteri di accesso univoci per ambulatorio e domiciliare;
2. tariffe, riesame delle modalità di erogazione e di retribuzione;
3. terzietà dei controlli rispetto all’appropriatezza dei servizi erogati tanto dal servizio Pubblico quanto dal Privato accreditato;
4. definizione dei bisogni per le età adulta e anziana, inoltre particolare attenzione nella definizione dei bisogni della età evolutiva;
5. adeguare le normative alle conoscenze scientifiche attuali.