La sostenibilità dei servizi per le persone con disabilità: quali criticità e quali rischi

mercoledì, 02 maggio, 2012

http://www.lombardiasociale.it/2012/05/02/la-sostenibilita-dei-servizi-per-le-persone-con-disabilita-quali-criticita-e-quali-rischi/

La fase di accreditamento avvenuta nel 2006, ha segnato un passaggio storico nella concezione dei servizi anche da un punto di vista economico. Lo strumento con cui ci siamo trovati a lavorare, sperimentato dal 2004 circa, è S.I.Di. (scheda individuale disabile). Ogni gestore ha avuto in dotazione un software ed indicazioni verbali di come si doveva procedere all'inserimento dei dati.

S.I.Di. è composto da una Scheda individuale dell'utente suddivisa in parte anagrafica, anamnesi, capacità motorie, cognitive dell'utente e da una Scheda struttura nella quale il gestore inserisce i dati economici, strutturali e gestionali del servizio.

La compilazione delle schede individuali richiede il supporto di personale medico, perché si tratta di individuare, all'interno delle voci ICF, le diagnosi relative all'utente. Al termine della compilazione i dati si esportano su un floppy che viene inviato all'Asl territoriale. A sua volta l'Asl produce, tramite l'utilizzo di un software apposito, la classificazione degli utenti con relativa indicazione tariffaria.

Il procedimento di inserimento dati e trasferimento delle informazioni all'Asl garantisce e attribuisce un ruolo specifico all'ente pubblico che di fatto definisce le tariffe, ma non garantisce trasparenza in sè, proprio perchè spesso la definizione tariffaria non sembra coincidere con le indicazione anamnestiche inserite in fase di compilazione Sidi. Alcune volte questo è stato frutto di errori poi corretti con la collaborazione di Asl e ente gestore. Altre volte però in assenza di errori rilevati e in assenza di chiarezza rispetto ai criteri che determinano l'assegnazione della classe, non si è ritrovata la corrispondenza tra livelli di fragilità frutto dell'anamnesi e diagnosi, e livello di fragilità riconosciuta dal software.

Empiricamente negli anni si è capito che ci sono alcuni elementi che fanno "scattare di classe" l'utente (il compimento del 33° anno di età, il 10° anno di permanenza nel medesimo servizio etc.). Inoltre si è constatato che gli utenti nei servizi miglioravano, anche di due classi (es. passando dalla 1 alle 3), indipendentemente da variazioni dello stato psico fisico dell'utente stesso. Il miglioramento corrisponde ad una progressiva diminuzione dei contributi sanitari affidati alle strutture, che quindi si trovano a contenere il costo del personale in continuo esubero.

Tabella 1 - Le classi S.I.Di. e i livelli di fragilità

Classe di fragilità	Monte ore a settimana	Livello di fragilità corrispondente	Tariffa corrispondente (2012)
classe 1	21,6 ore	fragilità alta	€ 58,00
classe 2	18,3 ore	fragilità medio alta	€ 54,50
classe 3	15 ore	fragilità media	€ 51,00
classe 4	12,5 ore	fragilità medio bassa	€ 47,50
classe 5	10 ore	fragilità bassa	€ 45,00

**L'aumento della tariffa riconosciuta dal 2006 al 2012 è stato di € 2,50.*

Questo processo ha portato negli anni ad un passaggio consistente di utenti in carico al CDD da una classe 1 (alta fragilità) alle classi di minore fragilità, anche se non si sono rilevati miglioramenti nelle condizioni di salute delle persone.

Tabella 2 - Andamento classificazione 2006-2012 degli utenti/ospiti presenti nel CDD

Anno	n. utenti in classe 1	n. utenti in classe 2	n. utenti in classe 3	n. utenti in classe 4	n. utenti in classe 5	Totale utenti
2006	7,66	4	0	1,33	2	14,99
2007	7,5	3,75	0,5	3,25	2,25	17,25
2008	7,66	3	0	5,75	2,25	18,66
2009	6	3	0	6	4	19
2010	3	3	3	5	5	19
2011	1,25	5	3	5	5	19,25
2012	1	4	4	6	5	20

La dimostrazione che i dati non restituiscono la fotografia della realtà del CDD e quindi del carico assistenziale e della fragilità effettiva presente all'interno del CDD è data anche dalla tipologia di personale che negli anni il CDD ha mantenuto ed anzi accresciuto. La multiprofessionalità corrisponde agli standard elevati (strutturali e organizzativi) richiesti da Regione Lombardia, mentre in seguito ad un aumento del numero di utenti è cresciuta la presenza degli educatori e del personale infermieristico, nonchè dei tecnici laureati (musicoterapia, laboratori d'arte) a scapito del personale ASA/OSS.

Nonostante questo incremento sono riconosciuti 785 minuti (media) di assistenza per ospite a settimana, circa 80 in meno rispetto al 2007, proprio per l'aumento del numero di utenti in carico al servizio in classi di minore fragilità.

Tabella 3 - Personale presente in CDD dal 2007 al 2011

	coordinatore	educatore	ASA/OSS	medico	infermiere	fisioterapista	tecnico laureato	totale
2007	1.722	6.610	4.696	65	115	151	56	13.415
16 utenti								839/ut
2011	1.415	9.552	4.220	65	191	153	92	15.688
20 utenti								785/ut

Il S.I.Di. non sostiene la progettazione educativa, nel senso che è del tutto slegato alla logica della progettazione personalizzata, visto che il carico assistenziale calcolato dal sistema non coincide sempre con quanto rilevato dagli operatori. Questo apre a due possibilità: lavorare sottodimensionando i problemi oppure fare qualche rinuncia in termini di possibilità offerte dai servizi.

Questa scelta continua ad essere uno snodo cruciale in un momento in cui la Regione sembra incentivare forme di flessibilità dei servizi (input contenuto nel decreto di riforma dell'ADI).

Un'ulteriore criticità è data dal passaggio recente del sistema S.I.Di. su piattaforma web: questo preoccupa molto l'Ente Gestore perchè significa non poter più contare sul rapporto con gli operatori dell'Asl per eventuali correzioni o problemi riscontrati al momento del calcolo della tariffa e dell'inserimento in classe S.I.Di.

In questa fase di contrazione di risorse emerge con maggiore forza la fragilità del sistema S.I.Di. e questa fragilità è tutta a svantaggio degli enti gestori e quindi delle famiglie e delle persone con disabilità.

Le persone con disabilità e le loro famiglie

Dalla parte del sistema d'offerta quindi si prospettano sempre maggiori difficoltà a fronte della continua riduzione del budget su base S.I.Di., ma anche per le annunciate future difficoltà di sistema a valere sull'anno 2013, con una molto probabile riduzione anche della spesa sanitaria.

Dalla parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie quindi le difficoltà si moltiplicano.

In questi anni di esperienza il CDD Fior di Loto ha accolto prevalentemente persone in condizioni gravi, per cui non sono stati ravvisati miglioramenti, ma per i quali è stato possibile lavorare al meglio per un mantenimento delle condizioni di vita e di salute e un sollievo della famiglia dal carico di cura e assistenza.

In questa fase di generale contrazione delle risorse non ci sono certezze nemmeno per quanto riguarda la quota sociale che ad oggi è a carico dei comuni facenti capo al Consorzio “Progetto Solidarietà”: da gennaio le famiglie potrebbero vedersi richiedere la quota che finora è stata a carico dei comuni. Questo è di fatto già accaduto a famiglie del territorio della provincia di Mantova.

Le famiglie sono alle prese anche con i tagli al sociale di altri fondi: uno fra tutti la legge 162/98 che sta subendo forti riduzioni, se non tagli totali.

Tabella 4 - Retta sociale mensile. Trend 2006-2012 - quota a carico dei comuni

	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
retta sociale	€ 36,00	€ 36,00	€ 40,00	€ 40,00	€ 42,00	€ 38,00+ € 5,00 (pasto)	€ 38,00+ € 5,00 (pasto)
	quota giornaliera NON UGUALE per tutti i gestori		La quota giornaliera E’ UGUALE in tutti i c.d.d. dei comuni aderenti al Consorzio Progetto Solidarietà (isolate situazioni in cui la quota è diversamente calcolata, con partecipazione delle famiglie)				

Il fatturato Asl: un incremento “apparente”

Il fatturato è cresciuto in modo non proporzionale all’aumento degli utenti. Nel 2007 la quota sanitaria pro capite era di € 11.562,87 (16 utenti), nel 2012 è di € 10.927,50 (20 utenti).Un grave problema è attualmente rappresentato dal fatto che l’Asl determina il budget di ogni struttura basandosi sul consuntivo corrispondente al mese di novembre, per il successivo anno. Nel caso sia stato inserito un nuovo utente nel mese di settembre, l’impegno di spesa assunto, corrisponderà alla presenza di soli quattro mesi di quell’utente nel budget definito per il nuovo anno: questo sistema tende a non recuperare mai i nuovi ingressi, a non farsene mai carico totalmente. Per l’Ente Gestore significa ricevere meno risorse, ma dover comunque mantenere tutti gli standard gestionali stabiliti dalla Dgr 18334 del 23.07.2004.

Tabella 5 - Fatturato Asl: trend 2007-2012

anno	**fatturato Asl**	**n. utenti**
2007	€ 185.006	16
2008	€ 215.693	18
2009	€ 211.344	19
2010	€ 210.368	19

anno	fatturato Asl	n. utenti
2011	€ 217.320	19
2012	€ 218.550	20