

I servizi sanitari e di assistenza alla persona con disabilità: tra confusione e complementarità.

L'approfondimento del tema dei servizi alla persona trae spunto dalla sempre più diffusa confusione, purtroppo anche tra gli addetti ai lavori, tra le diverse tipologie di offerta sanitaria e socio-sanitaria esistente. Temi quali l'appropriatezza del tipo di intervento rispetto all'utenza effettivamente beneficiaria ed i diversi obiettivi e modalità che sono alla base delle discipline poste dal legislatore e dagli studi medici e sociali sui singoli servizi, appaiono spesso arenarsi e confondersi, vittime di un coacervo di necessità dell'utenza e dell'amministrazione.

Ovviamente, questo approfondimento avrà per oggetto i servizi di cui prevalentemente beneficiano le persone con disabilità. Con la peculiarità, nel contempo, di una esistente e sempre più diffusa difficoltà di individuazione e definizione di "persona con disabilità". A tal riguardo si afferma subito che - in linea anche con le prevalenti previsioni legislative in materia - intenderemo persone con disabilità coloro che godono della Certificazione della Commissione Handicap ai sensi della l. 104/92, ritenendosi, così, persone "non disabili" tutti coloro i quali non godono della suddetta certificazione. All'interno della categoria delle persone "certificate" ai sensi della l. 104/92, occorre ricordare coloro i quali beneficiano del riconoscimento di "gravità" (ex art. 3 comma 3 l. 104/92) e coloro i quali, invece, sono ritenuti "non gravi" (o lievi, ai sensi dell'art. 3 comma 1 della legge citata).

I servizi di cui si compirà approfondimento sono i seguenti:

1. Centri diurni;
2. Servizio di Assistenza domiciliare Handicap o di Aiuto Personale (ente erogatore il Comune);
3. Servizio di Assistenza domiciliare Integrata (enti erogatori il Comune e l'ASP)
4. Centri di Riabilitazione omnicomprensiva complessa ai sensi dell'articolo 26 l. 833/78;
5. Centri di Medicina Fisica e Riabilitativa ai sensi dell'articolo 25 l. 833/78;
6. Comunità Alloggio per disabili psichici;
7. Residenze Sanitarie Assistite;

Ognuna di queste diverse tipologie di servizi, oltre che appartenere ad uno specifico e diverso "genus" (sanitario, socio-sanitario o assistenziale) gode di una specifica disciplina normativa e di una specifica finalità giuridica e sanitaria o sociale.

Erra, pertanto, colui il quale afferma o imputa, a questo o a quel servizio, un'assenza di



previsione normativa o una maggiore o minore disciplina dell'una tipologia rispetto all'altra tipologia. Ognuna delle tipologie di servizio sopra richiamate, pur se risalenti, pur se fonti del diritto a carattere regionale anzichè nazionale (o viceversa), gode di una specifica previsione normativa. Altro discorso, invece, se la specifica previsione normativa del singolo servizio è idonea alla disciplina o meritevole di modifiche, ampliamenti, miglioramenti.

Sebbene ciò, nella quotidianità, tanto il comune cittadino quanto, purtroppo, l'operatore del settore, sembrano essersi dispersi in una genericità, accomunanza e confusione di linguaggi e di interventi. Spesso la tendenziale insufficiente risposta alla domanda di salute e di assistenza che perviene dalla cittadinanza diviene motivo di ricerca di soddisfazione del bisogno anche attraverso servizi non pertinenti o non perfettamente appropriati. Ma è anche vero che la fondatezza di questa affermazione andrebbe valutata e mitigata da uno studio circa l'appropriatezza ed opportunità dell'intervento erogato al singolo utente e ad una comunità complessiva di utenti su un determinato territorio (fabbisogno sanitario e socio-sanitario e risposta istituzionale al suddetto fabbisogno). Non si dubita di certo, infatti, che, assai spesso l'inappropriatezza dell'intervento è anche causata, per un verso, da un accesso dell'utente a singoli servizi attraverso modalità di "domanda individuale" - e non già fondato su una presa in carico globale, ai sensi dell'articolo 14 l. 328/00 ed attraverso l'UVD - inducendo un sistema di "scelta" del servizio e di accesso allo stesso sulla base della valutazione posta in essere dall'utente e, verosimilmente, sulla prima opportunità di "posto libero"; per altro verso, in assenza di uno studio del fabbisogno dei cittadini di un determinato territorio (appunto quale sintesi dei progetti individuali e delle valutazioni delle Unità di Valutazione della Disabilità) e stante la limitatezza dei posti disponibili nelle diverse tipologie di servizi, si è determinato un sistema abbastanza rigido tal per cui "occupato un posto in un servizio" diviene difficile la migrazione verso altri servizi o la contestuale erogazione di altri servizi a soddisfazione di un diverso bisogno contemporaneamente esistente nell'utente. Ciò, in particolar modo tra quei servizi (assistenza domiciliare comunale e assistenza domiciliare integrata; Regimi riabilitativi residenziali e comunità alloggio) che pur, come vedremo, essendo ben diversi tra di loro ed aventi distinti obiettivi, risultano apparentemente soddisfare il medesimo bisogno dell'utenza.

Proveremo così - senza pretesa alcuna di completezza e soddisfazione - ad approfondire le diverse tipologie di servizio, richiamandone normative ed obiettivi, e di correlarle tra di loro al fine di comprenderne la possibilità di indifferente sostituzione ovvero la distinzione e rapporto di complementarietà tra essi.

Si vuole inoltre premettere che in questo studio non vi è intento alcuno di pretermettere,

preferire o evidenziare taluna tipologia di servizio a discapito di tal'altra. Ogni tipologia di servizio è da ritenersi la migliore se essa persegue l'obiettivo di cui abbisogna l'utente affetto da quel bisogno e in un determinato momento della sua vita. L'intento, quindi, è solo quello di evidenziare la dignità e la disciplina normativa di cui gode ogni tipologia di servizio, rappresentandone le caratteristiche.

I Centri di Riabilitazione ai sensi dell'articolo 26 l. 833/78 e i Centri di Medicina Fisica e riabilitativa ai sensi dell'articolo 25 l. 833/78: differenze

Essendo questo approfondimento mirato ai servizi per persone con disabilità, si vuole iniziare dall'analisi dei Centri di Riabilitazione che erogano prestazioni sanitarie omnicomprensive e complesse a persone con disabilità nonché dei Centri di Medicina Fisica e Riabilitativa e la distinzione tra questi esistente.

I Centri di Riabilitazione ai sensi dell'articolo 26 l. 833/78 erogano, in regime privato (giusta autorizzazione sanitaria) o per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario (giusta autorizzazione sanitaria, accreditamento istituzionale e rapporto contrattuale) prestazioni omnicomprensive di *“riabilitazione fisica, psichica e motoria”*, in favore di soggetti adulti, anziani e bambini, affetti da *“handicap”* ex Legge 104/1992.

La disciplina normativa trae origine dall'art. 26 l. 833/78 nonché del decreto legislativo 502/92 (recepito in Sicilia dall'art. 67 della Legge Regionale N° 6/2001 a dai successivi decreti attuativi dell'Assessorato Regionale per la Salute) e secondo quanto statuito dalla disciplina legislativa Regionale N° 68 del 19 aprile 1981, come modificata dalla Legge Regionale N° 16 del 28 marzo 1986; ed ancora, dai Decreti dell'Assessorato Regionale per la Salute dell'11 dicembre 1986, del 10 luglio 1991, del 15 febbraio 1992, che hanno fissato gli standards strutturali e di personale richiesti per il loro funzionamento; nonché, dai successivi decreti del medesimo Assessorato dell'1 luglio 1993, del 18 ottobre 1997, del 12 dicembre 2007, del 10 agosto 2009 e del 4 agosto 2010, che hanno fissato la retta giornaliera ed a prestazione per ciascuno dei servizi resi.

Ai sensi dell'art. 26 l. 833/78 le suddette strutture erogano ***“prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa”***.

Non si dubita che questa tipologia di struttura - la quale, tra l'altro, come vedremo, prevede diverse tipologie di regimi riabilitativi erogabili - rappresenta la principale tipologia di servizio sanitario a beneficio di persone con disabilità certificata (anche complesse e gravi ed affette da diverse comorbidità).

La peculiarità del suddetto trattamento riabilitativo consiste in una presa in carico sanitaria della persona "omnicomprensiva", laddove con questo termine si intende - nel rispetto delle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione del 7 Maggio 1998 - l'insieme di azioni poste in essere dall'equipe riabilitativa su soggetti di tutte le età per il recupero funzionale di disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili, di tipo valutativo e terapeutico, articolato nell'arco delle ore diurne o delle 24 ore (servizio continuativo) e sulla base di un progetto riabilitativo individualizzato che, tenendo conto dei bisogni, delle abilità residue e di quelle recuperabili, definisce gli obiettivi a breve, medio e lungo termine nonché termini ed azioni da porre in essere.

Sulla base delle suddette valutazioni, i Centri di Riabilitazione possono erogare all'utenza diverse tipologie di trattamenti riabilitativi che, in Regione Sicilia, ai sensi dell'ultimo Piano della Riabilitazione, Decreto 26 ottobre 2012, sono:

- 1) Prestazioni sanitarie riabilitative a ciclo continuativo;
- 2) Prestazioni sanitarie riabilitative a ciclo diurno;
- 3) Prestazioni sanitarie riabilitative ambulatoriali;
- 4) Prestazioni sanitarie riabilitative domiciliari;
- 5) Prestazioni sanitarie riabilitative extramurali;
- 6) Day Service Riabilitativo;
- 7) Assistenza domiciliare Integrata Disabili;

Le Strutture di **Medicina Fisica e Riabilitativa**, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 25 della l. 833/78, **erogano "Prestazioni di cura", rivolte alla generalità dei cittadini**, che comprendono *"l'assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica"* (così, art. 25 l. 833/78).

Come risulta evidente dalla lettura dell'articolo 25 della legge 833/78, queste prestazioni - come si è detto - innanzitutto non si rivolgono specificatamente ed esclusivamente alle persone con disabilità certificata, ma alla genericità dei cittadini; secondariamente, sono previste all'interno di una più generica disciplina delle prestazioni di cura (medico generica, così come specialistica, etc...) che sono erogabili ai cittadini.

Coloro i quali, pertanto, a seguito di una menomazione necessitano di attività di recupero e rieducazione funzionale, possono richiedere e beneficiare di trattamenti posti in essere dai presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale, erogatori di attività specialistica di medicina fisica e riabilitativa.

Correttamente, il legislatore, ponendo alla base un diverso bisogno, ha posto in essere una specifica e diversa disciplina, differenza sancita rispettivamente dagli articoli 26 e 25 della l. 833/78 (dal punto di vista dei servizi) e come completata dalla legge N° 104/92 (dal punto di vista dell'utenza).

Così operando né l'una, né l'altra tipologia di servizio possono essere confuse o ritenute in regime di "concorrenza", posto che sono volte a erogare servizi sanitari di salute a differente tipologia di utenza e con ambiti ed obiettivi distinti.

D'altra parte, anche la fonte normativa nazionale è distinta, trattandosi innanzitutto del Decreto del Ministero della Sanità del 22 Luglio 1996 e, in Regione Sicilia, da ultimo dal Decreto Assessoriale N° 924 del 14 Maggio 2013, con il quale è entrato in vigore il nuoto tariffario delle prestazioni.

A ciò si aggiunga che il recente documento nazionale **"Piano d'indirizzo per la riabilitazione"** - Accordo Stato Regioni del 10 Febbraio 2011 - a pagina 17 e 18 differenzia tra **caso complesso** e **caso non complesso**. Prevedendosi, per il caso complesso che si tratta di *"utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, che richiedono un team multiprofessionale che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine...."*; mentre, nel **caso non complesso** coloro che *"... necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o tramite il PRI da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione; tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo...."* ha evidenziato proprio la distinzione tra le due diverse tipologie di servizio sanitario erogate, l'una, dai Centri di Riabilitazione ex art. 26 l. 833/78, l'altra, dai Centri di Medicina Fisica e Riabilitativa, ex art. 25 l. 833/78.

Pertanto, i casi complessi sono di competenza dei Centri di Riabilitazione ai sensi dell'articolo 26 l. 833/78; mentre i casi non complessi saranno di pertinenza dei Centri di Medicina Fisica e Riabilitativa ai sensi dell'articolo 25 l. 833/78.

In questa linea di continuità, in Sicilia, l'Assessorato Regionale della Salute si è mosso con la promulgazione del "Piano della Riabilitazione" (D.A. 26 Ottobre 2012), volto - *nel rispetto di quanto sancito dalla Convenzione internazionale richiamata - "... a garantire un'organizzazione ed erogazione dei servizi più efficiente e più appropriata ai bisogni dei cittadini"*, specificando che *"il caso complesso: utenti, certificati ai sensi della legge N° 104/92, affetti da menomazioni e/o disabilità importanti....."*, mentre il *"caso non complesso; utenti non certificati ai sensi della legge N° 104/92...."*.

Ciò conferma che non sussiste alcuna fondatezza o possibilità di **concorrenza tra le diverse tipologie di strutture o di promiscuità dei servizi** ma, semmai, si evidenzia la peculiarità della rete dei servizi e la **"complementarietà" tra i servizi stessi**, tutti diretti e volti al soddisfacimento dei diversi bisogni di cittadini ed utenti.

D'altra parte, risulta evidente che regimi riabilitativi (art. 26) quali il c.d. "residenziale" ed il "semiresidenziale", rappresentano la soddisfazione di quel bisogno di servizio di lunga durata ed omnicomprensivo di cui necessita generalmente una persona con disabilità certificata, certamente diverso da quel servizio - specifico e specialistico - di breve durata e di diversa specificità che è volto al recupero di una menomazione ed erogabile dalle strutture ex articolo 25 l. 833/78.

Non di rado, però, capita di ascoltare una certa "confusione" o promiscuità soprattutto tra quei servizi di medicina fisica e riabilitativa che potrebbero apparire - ad una lettura superficiale - più prossimi a taluni regimi riabilitativi ex art. 26 l. 833/78. Si pensi, ad esempio, al regime ambulatoriale, ovvero al servizio ambulatoriale erogato dai centri di medicina fisica e riabilitativa ed il regime ambulatoriale erogato, invece, dai centri di riabilitazione ex art. 26 l.833/78. Oppure, ancora, all'agevole equivoco - pur se i servizi sono ben diversi - tra l'assistenza domiciliare integrata e il regime riabilitativo domiciliare ex art. 26 l. 833/78.

Al fine di fugare ogni confusione, è sufficiente ricordare che i regimi riabilitativi sia di ambulatoriale, sia di domiciliare, vengono erogati dai centri di riabilitazione nel rispetto di quelle specifiche norme e peculiarità del servizio sanitario rivolto a persone con disabilità certificata e con le modalità, quali il trattamento omnicomprensivo attraverso equipe multidisciplinare, in esse previste. Le modalità di presa in carico, di valutazione e di erogazione dei servizi, quindi, rimangono e sono specifici di questa particolare tipologia di servizio, con obiettivi, termini e condizioni tipiche di questa tipologia di servizio.

Invece, giustamente, i servizi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa, aventi ad oggetto la genericità di cittadini e non già (solo o esclusivamente) le persone con disabilità nonché i servizi di assistenza domiciliare integrata (che, tra l'altro, come vedremo più innanzi, non hanno come specifico utente/beneficiario la persona con disabilità), erogano le proprie prestazioni sanitarie e di assistenza sulla base di altre e diverse norme ed obiettivi dei servizi.

A tal riguardo non sembra inutile ricordare che, nello specifico della Regione Siciliana, con Decreto 27 Giugno 2002 sono stati individuati i *"Percorsi terapeutici dell'attività ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione"*, con l'individuazione di diversi percorsi (PR1; PR2; PR3, etc...) e con l'individuazione della durata, della frequenza e del protocollo riabilitativo. Indicazioni, quindi,

tipiche di questa tipologia di servizio e distinte, giustamente, da quelle invece previste per l'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali a persone con disabilità dai centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78.

Pertanto, anche alla luce del tariffario (e conseguente elenco delle prestazioni) previsto nel Decreto del Ministero della Sanità del 22 Luglio 1996 (e, in Regione Sicilia, dal Decreto Assessoriale N° 924 del 14 Maggio 2013), non può sorprendere se determinati trattamenti e prestazioni appaiono sovrapponibili tra strutture ex art. 26 l.833/78 ed ex art. 25 l. 833/78. Ma ciò, di certo, non giustifica o non può determinare una confusione o promiscuità tra le stesse, posto che, come si è detto, le strutture ex art. 25 l. 833/78 si offrono alla generalità di cittadini i quali (senza che la loro condizione connoti una disabilità certificata e stabilizzata) potrebbero avere bisogno di "prestazioni di cura" per un limitato periodo di tempo; mentre, per altro verso, le persone con disabilità, possono avere bisogno anch'esse, comunque, di servizi che, fanno sempre parte del "genere medicina" se trattasi di interventi non così tipici e specialistici come quelli ex art. 26 l. 833/78.

Infine, non sembra inutile segnalare come - già solo a livello statistico, ma sicuramente anche con un fondamento medico scientifico - i percorsi di cura all'interno dei Centri di Medicina Fisica e Riabilitativa sono supervisionati prevalentemente da un Medico Fisiatra; mentre i percorsi riabilitativi omnicomprensivi per persone con disabilità (anche gravi e complesse) all'interno dei centri di riabilitazione, sono supervisionati prevalentemente da Neurologi, Psichiatri o Neuropsichiatri infantili.

Nè gli uni, nè gli altri, pertanto, sono confondibili o sostituibili indifferentemente, ma semplicemente distinti e specifici sulla base dell'appropriatezza del bisogno e dell'utenza.

Centri diurni, comunità alloggio per disabili psichici.

Continuando questo approfondimento, in un percorso ideale dal servizio residenziale fino al servizio territoriale o domiciliare, meritano attenzione i diversi servizi erogati dai centri diurni, dalle comunità alloggio per disabili psichici.

Innanzitutto, con particolare riferimento alla normativa regionale siciliana, occorre riferire che i servizi di Centro Diurno e di Comunità Alloggio per disabili psichici sono servizi a carattere socio-assistenziale, come originariamente intesi dalla normativa regionale degli anni '80 ancora in vigore.

Non si nasconde, però, nel contempo, che a seguito della promulgazione della legge nazionale N° 328/00 e della contestuale diminuzione di risorse economiche locali sui fondi assistenziali, ci si



trova spesso a "confondere" normative e servizi socio-assistenziali (di cui alle leggi regionali degli anni '80) con regimi, regole e erogazione di risorse disciplinate dalla normativa socio-sanitarie di cui alla legge N° 328/00.

Il legislatore regionale della legge N° 68 del 1981, *"Istituzione, organizzazione e gestione dei servizi per i soggetti portatori di handicap"* immaginò i Centri Diurni per disabili come servizi volti all'assistenza, alla socializzazione ed all'attività ludico-ricreativa, così da garantire il mantenimento di un rapporto di continuità con la famiglia (l'utente, infatti, trascorre solo le ore mattutine e/o primo pomeridiane presso la struttura).

I servizi, inoltre, erano finalizzati a brevi periodi di soggiorno, con finalità di assistenza e socializzazione per l'utente e con finalità di sollievo della famiglia.

Come sopra si è riferito, invece, spesso a causa di impossibilità di beneficiare anche di altre tipologie di servizio specifiche garantendo la c.d. "presa in carico globale" della persona (e, quindi, l'erogazione di altri servizi quali, centro di riabilitazione, assistenza domiciliare, etc...), anche il servizio erogato dai centri diurni è potenzialmente esposto ad inappropriatezza, potendosi ritrovare, per un verso, costretto ad erogare servizi anche ad utenti che, magari contestualmente, necessiterebbero di ulteriori interventi sanitari; per altro verso, invece, a non avere una durata limitata nel tempo a brevi soggiorni, ma piuttosto duratura.

Ciò così espone l'utente a potenziali lesioni del diritto alla salute oltre che ad una possibile permanenza dello stesso in età non appropriate rispetto alle potenzialità e finalità del servizio stesso.

Il legislatore regionale degli anni '80, pensò e disciplinò anche quei *"servizi residenziali di tipo familiare, consistenti in comunità alloggio e case famiglie, dotati di personale in possesso di idonea specializzazione, finalizzati a creare connivenze tra portatori di handicap privi, anche temporaneamente, di idonea sistemazione familiare naturale e/o affidataria e di un ambiente di vita adeguato"*. Queste sono le strutture definite "comunità alloggio" e "case famiglia".

Statisticamente - sempre con riferimento alla regione sicilia - le case famiglie sono assai inferiori alle strutture di "comunità alloggio" presenti sul territorio. Anzi, a tal proposito dovrebbe aggiungersi che, in generale, non vi è uniformità di distribuzione di strutture (ma questo accade anche con altre tipologie di strutture) su tutto il territorio regionale.

Queste strutture trovano la prevalente disciplina normativa nella Legge Regione Sicilia 9 Maggio 1986 N° 11 *"Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia"* e, in particolar modo, nel Decreto Presidenziale 29 giugno 1988, disciplinante gli *"Standards strutturali ed organizzativi dei servizi...."*.

Ad onor del vero la disciplina normativa sugli standards strutturali della Regione Sicilia - pur essendo (stata) una ottima disciplina normativa e grazie a ciò reggendo ancora oggi - risulta ormai assai vetusta e bisognevole di modifiche. Già solo se si pensa che, con riguardo agli standards, vengono previsti identici standards sia se la comunità alloggio è destinata a minori, sia se essa è destinata ad "inabili" ed "anziani". Ciò contribuisce ad ingenerare quella confusione tra anziani e disabili, senza consentire, invece, l'avanzamento di quella ricerca scientifica che, anche abbastanza banalmente, ha dimostrato la differenza tra un "disabile anziano" ed un "anziano".

Su queste tipologie di strutture - almeno con riguardo alla Regione Sicilia - a differenza delle strutture sanitarie, vi è una più generica normativa (se non anche dei veri vuoti) e una sostanziale disomogeneità sui territori.

Sebbene, infatti, il Legislatore Regionale Siciliano, con il Decreto del Presidente della Regione Siciliana 4 Giugno 1996 intitolato *"Approvazione degli schemi di convenzione-tipo per la gestione da parte dei Comuni della Regione dei servizi socio-assistenziali previsti dalla legge regionale 9 maggio 1986, N° 22"*, abbia promulgato le regole di funzionamento essenziali e da rispettarsi su tutto il territorio regionale - essendo ritenute le convenzioni tipo *"atti d'indirizzo generale"* ai sensi dell'articolo 54 della legge regionale 9 maggio 1986 N° 22 - queste, di fatto, via via nel tempo, sono state assai spesso disattese o parzialmente modificate, adattate, diversificate sui territori. Ci si riferisce, in particolar modo, alla determinazione delle tariffe che, se inizialmente prevista dalla normativa degli anni '80 e '90 come predeterminata dalla normativa, uniforme su tutto il territorio regionale e oggetto di revisione periodica, è divenuta invece prassi (non corretta) quella di predeterminarla territorialmente da parte degli enti locali sulla base della maggiore o minore sussistenza di risorse economiche e dei diminuiti flussi finanziari provenienti dalla Regione.

A tal proposito, inoltre, non è stata di certo di aiuto l'introduzione della previsione legislativa della L. N° 328/00. Mentre, infatti, la disciplina regionale siciliana degli anni '80 e '90 si basa sostanzialmente su fondi a carattere locale (regionale e degli enti locali), la contestuale diminuzione di fondi locali a ciò deputati da parte della Regione e dei Comuni e il sopravvenire di risorse da parte del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali (che avrebbe dovuto avere carattere integrativo e non già sostitutivo) ha determinato uno stato "confusionale" tra disciplina normativa della governance dei servizi e disciplina economica degli stessi. Così, spesso, anziché una convenzione-tipo nel rispetto del DPRS 4 giugno 1996, si è preferito l'affidamento di un servizio all'interno di una delle progettazioni dei piani di zona di un determinato territorio e con la disponibilità finanziaria che, per lo stesso, è stata conferita dalla Amministrazione. Tutto questo, così, di fatto, contribuendo a



mitigare fortemente (se non persino annullare) quel ponderato equilibrio che determinava la quantificazione della retta come sintesi tra costo del lavoro, qualità del servizio e costi vivi di gestione dello stesso.

Infine, pur con il pericolo di allontanarsi dal tema principale di questo contributo, appare opportuno fare cenno alla confusione esistente con riguardo, per un verso, al sistema di affidamento dei servizi in Regione Sicilia e, per altro verso, al sistema di accreditamento istituzionale delle strutture assistenziali e socio-sanitarie.

Al momento, infatti, per un verso, si registra la difficile convivenza della "registrazione all'albo" di cui alla normativa regionale degli anni '80; per altro verso, si registra l'esistenza di diverse previsioni locali di "accredimento" (su base alle volte anche distrettuale), ma in assenza di una disciplina regionale uniforme di cui la fonte normativa gerarchicamente sovraordinata è certamente la l. 328/00 ma che, stante la diverse previsioni locali, spesso conduce a modalità di scelte degli enti e di affidamento dei servizi, oltre che di erogazione degli stessi, anche abbastanza differenti tra territorio e territorio.

Le dinamiche che hanno caratterizzato la vita degli ultimi anni delle strutture di comunità alloggio per disabili psichici rappresentano sicuramente tutto quanto sopra è stato esposto.

Sussiste un'eterogeneità sia di utenza sia di governance delle strutture che, tra l'altro, non sta più agevolando nemmeno gli stessi operatori del settore alla ricerca di un comune denominatore.

Realtà che oscillano, come un pendolo, tra la precarietà dell'erogazione dei servizi causati da mancati o non certi rinnovi contrattuali, da insufficiente o mancato rinnovo delle tariffe e da, spesso, un sistema difforme sul territorio tal per cui, si crede involontariamente, la struttura si trova spesso in concorrenza con altre strutture dello stesso tipo.

Ecco, così, che strutture che sono tendenzialmente volte a soddisfare il bisogno di "dopo di noi" (e, quindi, di assenza di nucleo familiare di origine del disabile), sono divenute anche luoghi di soddisfazione di bisogni assistenziali/ludico ricreativi (assimilabili a Centro diurno) ovvero sanitari.

Su questo fronte si crede che vi sia molto da fare e forse anche la deriva a cui sono state sottoposte queste tipologie di strutture - pur se continuano ad erogare, con enormi difficoltà, servizi quantitativamente e qualitativamente indispensabili - conduce alla necessità di un intervento normativo di riqualificazione.

L'assistenza domiciliare

In parte, nel rispetto delle più recenti ricerche scientifiche, al fine di evitare la c.d. istituzionalizzazione del soggetto; per altro verso, sicuramente, per soddisfare la necessità di contenimento dei costi, ha avuto una sempre più considerevole spinta di diffusione l'assistenza domiciliare.

Anche su questa tipologia di servizio è necessario evitare facili, facilissime, confusioni.

Prendendo sempre a riferimento, per comodità, l'esperienza regionale siciliana, occorre riferire che prima del diffondersi di Piani Sanitari Nazionali che inducevano verso una diffusione dell'assistenza domiciliare, in regione Sicilia erano già previsti servizi di "aiuto domestico" e, nel decreto presidenziale del 29 giugno 1988, si disciplinavano specificatamente gli standards per "l'assistenza domiciliare".

A tal riguardo, pertanto, in regione Sicilia hanno convissuto (e convivono) servizi di assistenza domiciliare anziani (ADA) e servizi di assistenza domiciliare handicap (ADH) che sono di matrice puramente socio-assistenziale, ai sensi e per gli effetti della l. r. sicilia N° 22/86 e servizi, invece (sostanzialmente sopravvenuti nel tempo) socio-sanitari, quali l'assistenza domiciliare integrata (ADI) che trova sostanzialmente fonte normativa negli articoli 32, 39 e 45 del Decreto del Presidente della Repubblica N° 270/00 e nel suo allegato "H".

Sorvolando, temporaneamente, sulla ADH e approfondendo il tema dell'ADI, appare indispensabile fin dall'inizio evidenziare **chi sono i soggetti beneficiari previsti dalla legge** di questa particolare tipologia di servizio.

L'allegato H del DPR 270/00, all'articolo 2 "Destinatari", afferma che:

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;*
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;*
- incidenti vascolari acuti;*
- gravi fratture in anziani;*
- forme psicotiche acute gravi;*



Studio Legale
MARCELLINO

- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Risulta pervanto evidente che non è un servizio specifico o esclusivo per persone con disabilità certificata.

Sembra importante richiamare anche la *procedura per l'attivazione* disciplinata dall'articolo 3, già solo per comprendere le differenze rispetto ai metodi di attivazione dei servizi specifici per disabili:

"1. Il servizio viene iniziato, col consenso del medico di medicina generale scelto dal paziente, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

- a) medico di medicina generale;*
- b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;*
- c) servizi sociali;*
- d) familiari del paziente.*

2. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

3. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

4. Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di medicina generale concordano:

- a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;*
- b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;*
- c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività';*

d) degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;

- e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.*

5. *Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:*

- *ha la responsabilita' unica e complessiva del paziente;*

- *tiene la scheda degli accessi fornite dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;*

- *attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;*

- *coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente".*

L'assessorato per la Salute della Regione Sicilia, con Decreto 2 Luglio 2008 ha previsto la nuova disciplina promulgando le *"Linee guida per l'accesso alle cure domiciliari"*. Di recente, inoltre, a seguito dei lavori del Tavolo Tecnico ADI, nel Giugno del 2010, sono state emesse le Linee Guida Regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari.

Nei suddetti documenti è riscontrabile la modalità di accesso, la procedura (valutazione da parte dell'UVM e stesura del cosiddetto PAI, Piano di Assistenza Individuale, attraverso la SVAMA, Scheda di Valutazione Multidimensionale Anziani) e le caratteristiche del servizio.

Questa tipologia di servizio - assai diffusa anche tra le persone con disabilità - ingenera, anche tra gli operatori del settore, una qualche confusione.

E' evidente la differenza con il regime riabilitativo domiciliare dell'articolo 26 l. 833/78: mentre quest'ultimo, infatti, è diretto a persone con disabilità certificata ed erogato attraverso una presa in carico omnicomprensiva dei bisogni della persona, con progetto riabilitativo redatto e supervisionato da un'equipe multiprofessionale e con una durata dei trattamenti prevista per legge e, generalmente, ripetuta per più giorni la settimana giusta impegnativa emessa dall'azienda sanitaria provinciale; l'ADI, invece, ha per destinatari altri soggetti (almeno, per previsione normativa, quelli indicati dall'articolo 2 dell'allegato H al DPR 270/00) e un'offerta di prestazioni che hanno per oggetto o interventi e servizi di natura sociale - si vedano, in questo senso, le Linee Guida del Giugno 2010 della Regione Sicilia - che tendenzialmente offrono servizi di cura alla persona ed alla abitazione, disbrigo di attività amministrative, preparazione di pasti, etc....; oppure prestazioni sanitarie, ma che si limitano all'assistenza infermieristica domiciliare, servizi di assistenza medico generica e/o medico specialistica ed assistenza riabilitativa domiciliare che, comunque, non può ritenersi assimilabile ad alle tipologie di regime domiciliare riabilitativo ex art. 26 l. 833/78, già solo in quanto l'utente dell'ADI non dovrebbe essere un utente certificato ai sensi della l. 104/92 (diversamente ed inutilmente il legislatore avrebbe previsto e renderebbe consentibile una

irragionevole e potenziale duplicazione di costi ed interventi sul medesimo paziente). Tutte queste distinzioni e peculiarità, tra l'altro, giustificano la differenza di costo tra i servizi.

Come è facile intuire, sul fronte dell'Assistenza domiciliare, è assai agevole cadere in confusione e ritenere assimilabile, se non persino sostituibile, l'uno dall'altro intervento. Per questo appare opportuno e necessario che, quantomeno l'operatore del settore, sia assai preparato ed abile a comprenderne le differenze, la diversa tipologia di utenza beneficiaria e l'appropriatezza dell'intervento.

Case di Riposo e Residenze Sanitarie Assistite

Pare utile fare cenni anche sui servizi di Case di Riposo (diverse dalle Case di Cura) e sulle Residenze Sanitarie Assistite, ciò in quanto, non di rado, il disabile divenuto anziano, trova collocazione in una delle suddette strutture.

Senza in questa sede potersi permettere di approfondire il tema, come sopra detto, il disabile anziano è un soggetto inevitabilmente diverso dall'anziano che, a causa della limitata autonomia sopravvenuta, diventa incapace o non più sufficientemente agevole nei movimenti e nei ragionamenti.

E' quindi del tutto evidente che, pur nel massimo rispetto degli standards e proprio nel rispetto delle finalità e delle tipicità di servizio che possono e devono erogare le "case di riposo", queste risultano essere inadatte all'accoglienza di disabili anziani. Non è casuale, che il legislatore regionale siciliano, in seno al Decreto Presidenziale 29 giugno 1988 disciplinante gli standards strutturali e organizzativi dei servizi e degli interventi socio-assistenziali, alla voce "casa di riposo" individua gli utenti quali *"... persone in età pensionabile autosufficienti o parzialmente autosufficienti che per loro scelta preferiscano condurre una vita comunitaria utilizzando servizi collettivi"*, ma prevedendosi pure un limite massimo del 20% per soggetti anziani non autosufficienti.

Discorso un pò più complesso con riguardo alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

Innanzitutto, ancora un volta, bisogna comprendere quali cittadini possono essere utenti beneficiari del servizio di RSA.

Prendendo spunto, sempre per comodità, dalla disciplina normativa siciliana, il Decreto 24 Maggio 2010 afferma che: *"Le RSA sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale a persona non autosufficienti in condizioni di instabilità clinica e comorbidità derivanti da esiti di patologie acute, richiedenti un'assistenza sanitaria di buon livello ed un'assistenza tutelare (socio-sanitaria) che garantisca il*

supporto alla mancata autonomia familiare, non assistibili a domicilio, e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale".

Quindi, già solo dalla suddetta individuazione della tipologia di utenza, si comprende che non necessariamente l'utenza deve essere certificata ex l. 104/92 e, se dovesse avere bisogno di "riabilitazione globale" sarebbe incompatibile con la tipologia di servizio erogata dalla RSA.

Eppure, non può omettersi che vi sono delle considerazioni che limitano fortemente la fruizione di questo servizio a talune particolari categorie di utenti.

Innanzitutto - ma in questa sede non può approfondirsi il tema, semmai rinviandolo ad altri contributi ed apporfondimenti precedentemente predisposti - con riguardo ad una confusa (ed ormai, forse, risolta) normativa disciplinante la modalità di computo della quota di compartecipazione dell'utente alla spesa del servizio, tal per cui risultava assai proibitiva la degenza all'utenza.

Secondariamente, in quanto lo stesso decreto 24 Maggio 2010, prevede che: *"Il programma assistenziale predisposto deve contenere l'indicazione dei tempi di permanenza in RSA, che comunque non possono superare i 12 mesi consecutivi e di norma non possono essere inferiori a giorni 30"*.

Ora, questa previsione è particolarmente ambigua.

Innanzitutto, non si comprende se è norma precettiva o meramente programmatica. Ciò, sia per il linguaggio utilizzato dall'Amministrazione (non possono, anzichè "non devono"; e il "di norma" che induce a ritenere che sussista "l'eccezione"), sia perchè, poco più avanti nel decreto in commento si legge che: *"Qualora si rendesse necessario prolungare il ricovero oltre i tempi previsti, la proposta di prosecuzione deve essere inviata dal medico responsabile della struttura residenziale all'unità di valutazione multidimensionale (UVM) territoriale...."*. Così che, se il tempo previsto dovesse essere di 12 mesi consecutivi, sembrerebbe possibile e legittimo un prolungamento.

Infine, in quanto la suddetta limitata previsione temporale, sembrerebbe essere in contrasto con la volontà di accogliere utenti - manifestata in apertura di decreto - che patiscono una "mancata autonomia familiare".

Conclusioni

Come si è detto all'inizio, l'intento di questo contributo era di mettere in relazione le tipicità e differenze dei diversi servizi di cui può essere beneficiaria la persona con disabilità e le specifiche previsioni normative.

Pur se il legislatore - probabilmente involontariamente - talune volte utilizza terminologia inappropriata o accomuna termini in particolari servizi aventi invece significati ed obiettivi diversi, non si dubita che fornisce all'operatore obiettivi indicazioni utili circa le specificità e l'appropriatezza di interventi sulla base dei bisogni della persona.

Con riguardo alla persona con disabilità, invece, sembra potersi dire con serenità che, al fine di evitare o diminuire interventi tendenzialmente inappropriati presso servizi non specificatamente sorti a beneficio delle persone con disabilità ma per la generalità di cittadini, sarebbe opportuno, per un verso, un potenziamento dei servizi erogati dai Centri di Riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 e, per altro verso, un complessivo e profondo riordino della disciplina socio-sanitaria e dei servizi di centro diurno e di "dopo di Noi" erogabili agli utenti con disabilità.

L'uno è l'altro intervento, ovviamente, dovrebbero essere preceduti da una seria e corretta applicazione della disciplina normativa che trova origine nell'articolo 14 della l. 328/00 e che si sviluppa nella normativa regionale del Piano Triennale delle Persone con Disabilità. Senza una sovrana valutazione da parte dell'Unità di Valutazione della Disabilità dei bisogni e dei servizi erogabili alla persona e senza la stesura di una progettazione globale individuale che determina la c.d. "presa in carico globale" della persona con disabilità, sia gli enti erogatori dei servizi, sia, soprattutto, le pubbliche amministrazioni (enti locali e aziende sanitarie) difficilmente avranno una sufficiente programmazione, analisi e controllo dei bisogni dei servizi e dell'appropriatezza degli interventi. Lasciando spazi, così, al servizio a "domanda individuale" si valorizza la ricerca di assistenza, anche non perfettamente pertinente ai bisogni, e la possibilità di offerta da parte di enti erogatori che, magari abilitati e capaci all'offerta sanitaria alla generalità dei cittadini, non hanno un'esperienza, una modalità ed una finalità tipicamente rivolta alle peculiarità delle disabilità ed alle dinamiche familiari che essa determina.

Settembre 2013

Avv. Francesco Marcellino