

PRESTAZIONI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER LE PERSONE ULTRADICIOTTENNI CON HANDICAP INTELLETTIVO

Riportiamo la nota informativa predisposta dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) di Torino in preparazione della trattativa con la Regione Piemonte.

Le note che seguono sono una proposta da cui partire per un confronto tra le associazioni di tutela delle persone con handicap intellettivo o affette da psicosi con associata insufficienza mentale, in condizione di limitata o nulla autonomia, dichiarate dai competenti centri provinciali per l'impiego non avviabili al lavoro.

Il confronto è finalizzato al tavolo Regione Piemonte/territorio sui Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria), che dovrà essere istituito per la revisione della Dgr (Deliberazione della Giunta regionale) 230/1997, come da impegno assunto con la Dgr 25/2009 che norma l'accreditamento istituzionale.

La normativa vigente

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1C

Fermo restando il diritto alle cure sanitarie previste dalle leggi vigenti in ambito ospedaliero e in regime di riabilitazione e lungodegenza, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, allegato 1, punto 1C concernente i Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria) le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002, il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni e gli interventi sottoelencati nonché la corresponsione di una quota sanitaria in misura del:

- 70% per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale e residenziale fornite alle persone con handicap in situazione di gravità;
- 40% per prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per le persone in situazione di handicap "prive di sostegno familiare".

La Dgr 51/2003

La Regione Piemonte ha recepito il Dpcm 29 novembre 2001, e il succitato articolo 54 della legge 289/2002, mediante la Dgr 51/2003, che è frutto della trattativa condotta nei riguardi della Regione Piemonte dalle rappresentanze degli enti locali, delle organizzazioni sindacali, dal volontariato e dal privato sociale. In base alla suddetta Dgr la percentuale di compartecipazione del Fsr (Fondo sa-

nitario regionale) è stata suddivisa come segue:

- servizi di fascia A, alta intensità (oneri a carico del Fsr 70%) concernenti le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) per soggetti con handicap affetti da patologie croniche e da non autosufficienza e le Raf (Residenze assistenziali flessibili) tipo a e b, comunità alloggio socio-assistenziali e centri diurni socio-terapeutici;

- servizi di fascia B, media intensità (oneri a carico del Fsr 60%) relativi alle comunità alloggio socio-assistenziali ed ai gruppi appartamenti per persone con handicap intellettivo con limitata o nulla autonomia, ai centri di attività diurna o di assistenza educativa territoriale a valenza socio-riabilitativa;

- servizi di fascia C, intensità base (oneri a carico del Fsr 50%) riguardanti le comunità alloggio e gruppi appartamento per i soggetti con handicap e limitata autonomia (inseriti al lavoro o in percorsi di integrazione lavorativa finalizzata al lavoro).

All'interno di ciascuna fascia l'intensità dell'intervento assistenziale è poi graduata su tre livelli di complessità: livello base, medio e alto. Per gli ultimi due livelli è stabilita altresì una percentuale di incremento dei tempi di assistenza rispetto al livello base ed un corrispondente incremento della retta, nei limiti massimi indicati in un'apposita tabella e ricompresi tra il 15/20% (livello medio) e il 30/40% (livello alto).

Per la definizione di ciascuna tipologia delle strutture richiamate nel succitato elenco e degli standard regionali la Dgr 51/2003 rinvia alle deliberazioni regionali di riferimento (Dgr 38/1992, 230/1997, 11/1998, 42/2002).

È stato altresì concordato che le situazioni di handicap individuate nel Dpcm del 29 novembre 2001 sono da considerare come segue:

- per i soggetti privi di sostegno familiare si intendono tutti coloro il cui nucleo familiare (che svolge le funzioni di tutore o di amministratore di sostegno di fatto o in base ad un provvedimento dell'Autorità giudiziaria) si rivolge al servizio socio-assistenziale per una richiesta di ricovero non essendo più sufficienti gli interventi domiciliari e quelli diurni;

- per i soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992 e coloro che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Tale condizione può essere

suscettibile di revisione e la relativa risposta socio-sanitaria deve essere prevista nell'ambito del progetto definito in sede di Uvh (Unità valutativa handicap).

La legge regionale del Piemonte 1/2004

Con riferimento alle "Funzioni delle Aziende sanitarie locali" nell'articolo 7, comma 1, della legge regionale 1/2004 si precisa che dette Aziende «assicurano, secondo la normativa vigente e secondo le modalità individuate nei piani attuativi aziendali, nei programmi delle attività territoriali e nei piani di zona, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei Comuni».

L'articolo 9, comma 5, della stessa legge regionale assegna alla competenza degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali «le attività sociali a rilievo sanitario» con l'obbligo di garantirne «l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle Asl».

Chi sono gli utenti interessati dalle prestazioni socio-sanitarie semi-residenziali e residenziali previste dai Lea

In base alla normativa vigente le prestazioni socio-sanitarie semiresidenziali (centri diurni) e residenziali (comunità alloggio di tipo familiare, Rsa sanitarie), che devono essere erogate in base ai Lea, riguardano le persone di età inferiore ai 65 anni con handicap derivante da:

- una condizione di malattia cronica invalidante e di non autosufficienza;
- una minorazione grave, che determina la perdita totale o parziale della propria autonomia;
- inabili al lavoro certificati non avviabili dai competenti Centri provinciali per l'impiego, a causa della gravità del loro handicap intellettuale e della conseguente mancanza di capacità lavorative proficue;

La Regione Piemonte ha introdotto norme più favorevoli per chi è in situazione di gravità ed ha previsto una compartecipazione del Servizio sanitario regionale (Ssr) anche nei riguardi di soggetti con limitata autonomia, in grado di svolgere attività lavorativa, benché ridotta.

Proposte per il confronto tra le associazioni di tutela delle persone con handicap intellettuale

Ci limitiamo a prendere in esame i bisogni degli utenti con handicap intellettuale con limitata o nulla autonomia (e non avviabili al lavoro a causa della gravità delle loro condizioni) che, in base ai Lea, hanno diritto alla frequenza dei centri diurni socio-assistenziali e all'accoglienza in comunità alloggio.

L'obiettivo è quello di evidenziare le criticità in particolare della Dgr 230/1997, che deve essere rivista alla luce delle norme sopra ricordate, per assicurare agli utenti interessati le prestazioni socio-sanitarie a cui hanno diritto, in base ai Lea, in misura adeguata alle loro effettive esigenze.

Sulla base dei principi di riferimento di cui sopra e della normativa vigente si propone che la gestione dei servizi diurni e residenziali sia garantita:

- direttamente dall'Asl nel caso di soggetti adulti affetti da patologie croniche invalidanti (1) e non autosufficienza in quanto rientrano pienamente nell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Spetta all'Asl garantire direttamente (o mediante l'affidamento a terzi) sia le prestazioni sanitarie, sia quelle socio-sanitarie, come è ad esempio il caso della Rsa di Corso Svizzera 164 di Torino, che accoglie a livello residenziale soggetti con handicap intellettuale e rilevanti problemi sanitari. La richiesta è motivata altresì dalla necessità di assicurare agli utenti interventi sanitari secondo il fabbisogno e l'urgenza nell'arco delle 24 ore, compresi i prefestivi e festivi;

- dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali per i soggetti con minorazioni intellettive, che non presentano rilevanti patologie in atto (2). Spetta agli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali il compito di assicurare le prestazioni sociali a rilievo sanitario (riconosciute dalle leggi vigenti fra i diritti esigibili), mentre il Servizio sanitario nazionale deve garantire la quota sanitaria, in base ai bisogni stabiliti dalle competenti Commissioni valutative. Per quanto concerne le prestazioni prettamente sanitarie (medici, infermieri, riabilitatori) si chiede che siano gestite ed erogate direttamente dalle Asl. La richiesta è motivata dalla necessità di assicurare agli utenti gli interventi sanitari secondo il fabbisogno e l'urgenza, compresi i giorni prefestivi e festivi.

Nel caso in cui la titolarità spetti alle Asl, o sia assunta dagli Enti gestori delle attività socio-assistenziali, la nostra proposta è la seguente:

- i centri diurni (prestazioni semiresidenziali) devono assicurare la frequenza almeno otto ore al giorno e per cinque giorni alla settimana, e garantire la mensa e il trasporto senza oneri a carico per gli utenti la cui situazione economica personale sia costituita solamente dalla pensione di invalidità e dall'indennità di accompagnamento;

(1) Ci riferiamo alle seguenti situazioni: neurolesioni post traumatiche, malattie degenerative invalidanti, pluriminorazioni gravissime con rilevanti problemi sanitari, malattie neuropsichiatriche, insufficienza mentale con prevalenti disturbi della relazione e del comportamento (psicosi), autismo e altre forme similari.

(2) Ai sensi degli articoli 6, 17 e 18 della legge regionale 1/2004 l'ente delegato a soddisfare il diritto esigibile alle prestazioni sociali a rilievo socio-sanitario è il Comune singolo (Novara e Torino) o associato.

- le comunità alloggio di tipo familiare sono la risposta residenziale per gli utenti ultradiciottenni. Devono prevedere non più di 8 posti letto e due per il pronto intervento e/o per le attività di sollievo, con le caratteristiche indicate nella Dgr 42/2002 della Regione Piemonte. L'utente contribuisce in base alla propria situazione economica, fatto salvo una somma lasciata a sua disposizione per le piccole spese personali. L'Asl deve garantire – oltre alla quota sanitaria prevista dai Lea – anche le prestazioni sanitarie erogabili al domicilio, in modo da favorire il più a lungo possibile la permanenza della persona nella comunità alloggio;

- le strutture residenziali socio-assistenziali (Rsa) rispondono al bisogno di ricovero degli utenti affetti da patologie croniche invalidanti che, a causa dell'età o dell'aggravamento della malattia cronica, presentano condizioni similari agli anziani cronici non autosufficienti. Sull'esempio positivo della struttura residenziale prima citata di Torino, corso Svizzera 164, per gli utenti ultra18enni e fino al 65° anno di età, le Rsa devono o dovrebbero essere organizzate in nuclei da 8 posti e non superare le 20 unità in un unico edificio. Per i soggetti che, a causa dell'età (con più di 60 anni) e la presenza di pluripatologie croniche invalidanti, sono assimilabili agli anziani cronici non autosufficienti, si può accettare il loro ricovero nelle Rsa di cui alla Dgr 17/2005. L'utente contribuisce al pagamento della sola quota alberghiera in base alla propria situazione economica ai sensi delle Dgr 37/2007 e 64/2008.

Obiettivi

a) Realizzazione da parte delle Asl di almeno una struttura residenziale e di un centro diurno ogni 50mila abitanti con titolarità delle Asl, per soggetti ultradiciottenni con diagnosi di psicosi o affetti da patologie croniche invalidanti e da non autosufficienza con associata limitazione mentale (età compresa tra 18 e i 60-65anni). Il modello di riferimento è la struttura residenziale di Torino, corso Svizzera 164, gestita dall'Asl To2;

b) realizzazione di una comunità alloggio (10 posti letto) e un centro diurno (20 posti) ogni 30mila abitanti per le persone con handicap intellettuale in situazione di gravità non avviabili al lavoro e di una convivenza guidata (3 posti) ogni 50mila abitanti per le persone con handicap intellettuale e/o lievi psicosi associate, in possesso di autonomia, inserite al lavoro o in progetti di integrazione lavorativa, con titolarità in capo agli enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

c) superamento, entro una data da concordare al tavolo Lea, delle strutture Raf, che accolgono persone con handicap intellettuale e che prevedono nuclei da 10 posti letto accorpati tra loro, fino a 20-30-40 e più posti letto. Queste strutture potranno

riconvertirsi in Rsa secondo il modello previsto dalla Dgr 17/2005.

d) revisione delle Dgr 230/1997 e 38/1992 per adeguarle alle mutate esigenze degli utenti e ai cambiamenti introdotti dalla normativa sui Lea;

e) mantenimento delle norme approvate dalla Dgr 51/2003 riguardanti:

- le definizioni approvate per i soggetti privi di sostegno familiare e per i soggetti in situazione di gravità;

- il diritto degli utenti e/o del tutore o dei familiari di farsi aiutare e/o rappresentare in sede di valutazione Uvh;

- la stesura del piano di assistenza individualizzato (Pai) predisposto dalle Uvh;

- il diritto degli utenti e/o del tutore o dei familiari di ricorrere contro il parere espresso dall'Uvh;

f) riconoscimento del diritto degli utenti (e/o del tutore o dei genitori, ivi compresi quelli affidatari) di farsi aiutare e/o rappresentare, oltre a quanto indicato al punto a), da un'associazione di volontariato di loro fiducia in tutto o in parte nei confronti delle Asl e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali;

g) estensione alle persone in situazione di handicap intellettuale delle tutele introdotte dalla Dgr 44/2009 a favore degli utenti (ad esempio per quanto riguarda l'erogazione dei farmaci di fascia C e altre prestazioni sanitarie, nonché l'obbligo di esposizione dei tabelloni indicanti per ciascun turno di lavoro la quantità del personale addetto e le relative qualifiche, già previste per le strutture che ricoverano gli anziani non autosufficienti dalla Dgr 17/2005;

h) approvazione di uno schema tipo regionale di Regolamento, analogo a quanto previsto per gli utenti anziani non autosufficienti dalla Dgr 64/2010, contenente l'individuazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie comprese nella quota sanitaria a carico dell'Asl e in quella alberghiera a carico dell'utente/Comune, nonché l'indicazione di quelle extra, comunque facoltative.

Avvertenze

Il documento:

- non riguarda le persone in situazione di handicap che sono in grado di accedere ai progetti per la vita indipendente avvalendosi, se necessario, anche delle cure domiciliari regolate da apposite deliberazioni regionali;

- non affronta la questione relativa agli utenti con handicap fisici/sensoriali, affetti da patologie croniche invalidanti e da autismo e altre forme similari con psicosi prevalenti, benché associata ad insufficienza mentale. Al riguardo si segnala che il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) chiede da tempo il trasferimento alle Asl

(segue alla pag. 56)