

**CENTRI DIURNI PER PERSONE CON HANDICAP INTELLETTIVO GRAVE:
ACCREDITAMENTO E CORRETTA RIPARTIZIONE DEGLI ONERI FINANZIARI DEL
SERVIZIO.**

MAURO PERINO*

Premessa

I centri diurni per persone con handicap grave dovrebbero garantire otto ore di apertura giornaliera per un totale di quaranta ore settimanali ed applicare standard strutturali ed organizzativi che andrebbero doverosamente concertati a livello regionale con le associazioni d'utenza. Si tratta infatti di servizi semi residenziali che forniscono prestazioni rientranti tra i Lea socio-sanitari e che, pertanto, devono obbligatoriamente operare in regime di accreditamento regionale anche se a gestirli sono gli Enti gestori socio-assistenziali.

L'accreditamento sanitario e socio-sanitario

Nell'ambito del sistema dei servizi sanitari e sociali operano sia i soggetti pubblici che i soggetti privati (aventi, o meno, finalità di lucro). Nella sanità strettamente intesa è ancora prevalente la presenza di servizi gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie mentre, in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale, la gran parte delle attività è ormai da tempo conferita o acquistata all'esterno. Si tratta di un processo ormai consolidato che pone il problema della tutela degli utenti con riferimento alla adeguatezza ed alla qualità di servizi che le istituzioni titolari hanno, comunque, il dovere di garantire: a prescindere dalle forme di gestione adottate.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", all'allegato 1.C¹, sancisce infatti il diritto soggettivo dei cittadini ad accedere alle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria pur con l'onere di contribuire al costo dei servizi erogati. Sono perciò esigibili tutte le prestazioni a carattere domiciliare, semi residenziale e residenziale indicate dalla legge e rivolte a persone con handicap grave e ad anziani non autosufficienti. E sono le Aziende sanitarie regionali che devono assicurarne l'erogazione, attraverso modalità organizzative che consentano la valutazione multi disciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

Da tutto ciò consegue che l'Azienda sanitaria – ove non sia in condizione di erogare direttamente le prestazioni di livello essenziale delle quali è, in ogni caso, pienamente responsabile – non può limitarsi a finanziare il sistema di offerta delegandone l'organizzazione, ma deve esercitare i propri poteri di intervento – specie in merito ai criteri gestionali generali – nei confronti dei soggetti privati e pubblici chiamati ad

* Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

¹ Decreto che ha assunto forza di legge dello Stato con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003 nel quale si precisa che «*le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del Decreto del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001*».

espletare i servizi in qualità di organi indiretti della istituzione sanitaria responsabile. Ed a tal fine è necessario che le Regioni e le Province autonome diano piena e corretta attuazione al disposto del Decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 che – così come modificato dal Decreto legislativo 7.12.1993, n. 517 – ha introdotto, in ambito normativo, il concetto di accreditamento quale criterio sul quale devono essere fondati i rapporti, tra pubblico e privato, in ordine alle modalità di esercizio delle attività ed all'erogazione delle prestazioni.

A decorrere dal 1° gennaio 2008, sono inoltre cessati – in base al disposto dell'articolo 1, comma 796, lettera s), della legge 27.12.2006 (Finanziaria 2007) – gli accreditamenti transitori delle strutture private, già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del Decreto legislativo 502/1992 e s.m.i. E poiché l'articolo 1, comma 796, lettera t), della suddetta legge finanziaria stabiliva che le Regioni erano tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che, a partire dal 1° gennaio 2010, cessassero gli accreditamenti provvisori delle strutture private, sarebbe ragionevole attendersi che, da tale data, tutti gli Enti preposti abbiano adottato validi provvedimenti di accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie operanti nell'ambito dei territori di competenza.

La vigente normativa attribuisce infatti all'istituto dell'accredimento la funzione di regolazione dell'offerta e ne fa uno strumento per l'individuazione e la selezione dei soggetti erogatori dei servizi, sulla base di accordi volti a stabilire la natura, la quantità e la qualità dei servizi da assicurare ai cittadini. Inoltre l'accredimento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e a quelle private; i requisiti funzionali per l'attuazione dell'istituto dell'accredimento sono diversi ed ulteriori rispetto ai requisiti minimi autorizzativi (indicati dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997); il compito di definire i criteri per l'accredimento compete alle singole Regioni e Province autonome.

In particolare il Decreto legislativo 19.6.1999, n. 229, distingue tra autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali. Il primo livello, l'autorizzazione, è gestito tenendo conto degli standard minimi, del fabbisogno complessivo rilevato in sede di programmazione regionale e della localizzazione delle strutture in modo da favorire l'accessibilità alle stesse. Il secondo livello, l'accredimento istituzionale, rappresenta una misura ulteriore rispetto all'autorizzazione in quanto prende in considerazione aspetti di natura funzionale e di qualità delle attività della struttura che vengono valutate anche in termini di risultato. Infine, con gli accordi contrattuali, vengono definiti i volumi di attività che ogni struttura accreditata può erogare con finanziamento del Fondo sanitario o con le risorse previste per le attività socio-sanitarie. Giova infatti ricordare che l'articolo 8-bis, comma 3, del Decreto 229/1999 estende le disposizioni in tema di autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali anche alle strutture che svolgono tali attività.

La qualificazione di soggetto accreditato non costituisce titolo, per le aziende sanitarie, alla remunerazione delle prestazioni erogate, se non in quanto le stesse siano preventivamente definite – in termini di volumi finanziabili e di modalità quantitative e qualitative di erogazione – con l'accordo contrattuale. Ciò in base al disposto dell'articolo 8-quinquies del Decreto 229/1999. Come si può dunque rilevare, il sistema di accreditamento si pone come obiettivo la regolazione e la quantificazione del sistema dell'offerta; il controllo della spesa, anche attraverso la definizione delle tariffe; l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la tutela della salute degli assistiti. In quest'ultimo caso le prestazioni, in quanto *essenziali*, rappresentano un diritto esigibile

e quindi devono essere *obbligatoriamente* erogate alla sola condizione che le stesse siano valutate come appropriate e qualitativamente valide.

Accordi contrattuali e corretta ripartizione degli oneri finanziari

L'accordo contrattuale è lo strumento attraverso il quale si conclude il procedimento finalizzato all'accreditamento. In ogni caso è all'interno del contratto che devono essere indicati tutti gli impegni che il soggetto gestore assume nei confronti dell'Amministrazione responsabile dell'erogazione delle prestazioni conferite alla gestione di altri soggetti. Ma il contratto rappresenta, soprattutto, un quadro di regole indispensabile per la tutela degli utenti da parte dell'istituzione accreditante o che conferisce i servizi: per questo è importante che nell'accordo venga puntualmente definito tutto quanto rileva per la qualità della vita degli assistiti all'interno delle strutture.

Nei contratti di accreditamento – inclusi quelli che regolano l'attività dei centri diurni – deve inoltre essere indicata una retta giornaliera comprensiva di tutte le voci di costo delle prestazioni riabilitative fornite: incluse, nel caso dei servizi semiresidenziali, la mensa ed il trasporto che ne costituiscono innegabilmente una componente essenziale. La retta così determinata deve poi essere ripartita in una quota sanitaria a carico dell'Azienda ed una quota a carico dell'utente e/o dell'Ente gestore socio-assistenziale secondo le percentuali stabilite dalla normativa nazionale e regionale applicativa dei Lea.

In barba alla norma accade però che la gran parte degli Enti socio-assistenziali piemontesi che gestiscono i centri (con proprio personale o, più comunemente, tramite fornitori selezionati con gare d'appalto) non ottemperino all'obbligo di accreditarsi stipulando un regolare accordo contrattuale con l'Asl e che, così facendo, rinunciano alla concreta possibilità di inserire la mensa e il trasporto tra le voci di spesa comprese nella retta onnicomprensiva da ripartire con l'Azienda (sulla quale deve gravare una quota di contribuzione del 50, 60 o 70 per cento in base alle caratteristiche dell'utenza e della tipologia del centro).

Questa prassi – autolesionista in termini di risparmio delle risorse socio-assistenziali – si accompagna con quella, quantomeno discutibile sul piano etico (“forti con i deboli e deboli con i forti”), di richiedere il contributo relativo alle suddette spese esclusivamente agli utenti. Fingendo di ignorare che una persona adulta con gravi handicap intellettivi deve vivere con la bellezza di 275,00 euro al mese e, dunque, se delle spese per le basilari esigenze del proprio congiunto non si facesse carico la famiglia, questi non potrebbe di certo sopravvivere. Neanche se il livello di gravità fosse tale da consentirgli di beneficiare dell'indennità di accompagnamento visto che, con circa 16 euro al giorno, è ben difficile poter soddisfare i bisogni quotidiani di persone spesso incontinenti che necessitano dell'aiuto di terzi per mangiare, bere, lavarsi, vestirsi, ecc.

Per queste ragioni è sommamente ingiusto richiedere agli utenti ed ai già vessati famigliari, di sopportare ulteriori spese che, in ogni caso, andrebbero quantificate nel pieno rispetto delle vigenti norme di legge che operano a tutela della possibilità, per coloro che frequentano i servizi semi-residenziali, di conservare le risorse economiche necessarie a mantenere un accettabile livello di vita anche nelle ore e nei giorni nei quali non frequentano il centro diurno.

La compartecipazione deve esser pertanto richiesta all'utente con riferimento ad una retta onnicomprensiva, fissata dagli accordi contrattuali tra l'Ente gestore del centro

diurno e l'Azienda sanitaria, nelle percentuali stabilite dalla normativa nazionale e regionale sui Lea e non con riferimento a singole voci o prestazioni comunque rientranti tra quelle di livello essenziale.

Inoltre la quantificazione della quota relativa a prestazioni socio-sanitarie di livello essenziale posta a carico dell'assistito deve essere, ad oggi, collegata alla disponibilità economica individuale della persona in condizione di handicap grave ed inoltre deve essere determinata in modo che rimanga, nella disponibilità della stessa, quanto serve per far fronte alle spese necessarie per vivere ed essere assistito nel corso dell'intera giornata (visto che il centro ne copre solo una parte).

Conclusioni

In buona sostanza, se si applicassero le norme sopraelencate, sarebbero ben pochi gli utenti ai quali si potrebbe richiedere il pagamento di una parte della retta (visti gli scandalosamente bassi valori della pensione di invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento). Da tale evidenza gli Enti gestori non traggono però il giusto insegnamento di pretendere che l'Azienda formalizzi ed assolva ai propri obblighi di spesa sulla base di un accordo contrattuale di accreditamento, ma rivolgono la richiesta di contributo ai congiunti degli utenti, per i quali il centro diurno costituisce l'indispensabile supporto che consente di rinviare le richieste di ricovero alle quali potrebbero legittimamente ricorrere anzitempo.

La preoccupante "revisione della spesa" che è in atto in tutti i servizi socio-sanitari viene condotta assumendo l'utenza come una fonte di spesa da comprimere e la famiglia come un soggetto "da spremere" in termini economici, mentre andrebbe invece agevolata per il prezioso servizio che rende alla collettività facendosi carico di assistere i suoi componenti più deboli. Sembra infatti paradossale ma – per evidenti ragioni di riduzione della spesa pubblica – è ormai invalsa l'abitudine, anche a livello locale, di proclamare l'esigenza di una maggior equità distributiva non nei confronti della generalità degli assistiti dal sistema sanitario, ma esclusivamente con riferimento alle persone in condizione di handicap permanente grave e di conclamata non autosufficienza che necessitano di prestazioni socio-sanitarie.

Appare invece chiaro che le famiglie di questi cittadini non sono artefici, ma semmai vittime, della disuguaglianza sociale che si va sempre più diffondendo e che, a fronte di tale situazione, occorre ritrovare la consapevolezza che è necessario che vengano assunte – a tutti i livelli – iniziative politiche volte a tradurre in pratica il mandato costituzionale di giustizia sociale. Agire per la tutela pubblica del diritto ad essere adeguatamente curati ed assistiti rappresenta infatti un dovere per la società nel suo complesso ma anche una "convenienza" per tutti noi che ne facciamo singolarmente parte e che abbiamo interesse a far sì che si continui ad assicurare *«l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»* sanitario sancita dall'articolo 1 della vigente legge n. 833/1978.