

**TRIBUNALE DEI DIRITTI DEI DISABILI**  
**VII SESSIONE – PADOVA, 25 OTTOBRE 2003**

**1 CASO:**

**“Ciclo di riabilitazione estensiva non erogabile presso l’ASL di appartenenza”**

Ernesto ha otto anni ed è affetto da disabilità intellettiva.

Il servizio di Neuro Psichiatria Infantile dell’Azienda Ospedaliera Territoriale di appartenenza ha espresso una valutazione secondo la quale a Ernesto necessita un ciclo estensivo di riabilitazione sanitaria di ordine prevalentemente cognitivo.

In particolare questo ciclo è riferito ad interventi di fisioterapia volti al miglioramento delle prassie, contenimento lordosi e ipercifosi.

Occorrono anche sedute di psicomotricità, di cui una metà in acqua.

L’azione di riabilitazione cognitiva deve essere sviluppata con ausili informatici, interventi psicoeducativi e riabilitazione neuropsicologica.

Necessita inoltre di sedute di logopedia per lo sviluppo della comunicazione verbale e potenziamento della comunicazione alternativa.

Totale interventi previsti: 8.

Tutte queste prestazioni non sono pienamente rintracciabili nella tipologia e nella frequenza indicata dal piano terapeutico e quindi erogabili nell’ambito dell’Azienda Sanitaria Locale di appartenenza e quindi nella relativa Azienda Ospedaliera.

Sono invece erogabili presso un centro di altra provincia lontano dal luogo di residenza della famiglia di Ernesto.

Tale distanza impedisce il recarsi giornalmente ma occorrerebbe un trasferimento del nucleo familiare.

La situazione familiare di Ernesto è la seguente:

La mamma lavora saltuariamente tramite agenzia di lavoro interinale; il padre lavora presso una azienda metalmeccanica.

Laura, la sorella, è una bambina di sei anni che frequenta il primo anno della scuola elementare.

Ernesto è stato sottoposto a visita presso la Commissione Sanitaria per la certificazione delle sue condizioni di gravità nel dicembre 2001.

Non vi è quindi la possibilità di usufruire della prestazione previdenziale che, in base all’art. 80 comma 2 L. 31/12/2000 n. 388, consentirebbe al padre una assenza dal posto di lavoro.

Il progetto riabilitativo valutato per Ernesto è riconducibile certamente ad attività di riabilitazione sanitaria.

Questo deve attuarsi in forma continuativa per più ore al giorno e per un lungo arco di tempo.

Il compito del Servizio Sanitario Nazionale è quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, ma l'Azienda Sanitaria Locale di competenza non è in grado di erogare tali prestazioni.

Ci potrebbe essere la possibilità di accedere a quelle dell'altra provincia lontana nel cui territorio opera una struttura sanitaria disposta, ma ciò non è possibile per l'impegno lavorativo dei genitori.

Accertato quindi che Ernesto non riceve dal Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni di cui necessita, si chiede a questo rispettabile Tribunale, se nel caso in questione siano lesi i diritti di Ernesto di ricevere le cure e se la normativa vigente in materia di Livelli Essenziali di Assistenza non impegna all'ASL territoriale di dotarsi di strutture e articolazioni organizzative in grado di soddisfare tali bisogni.

## **TRIBUNALE DEI DIRITTI DEI DISABILI**

Composto dai Sig.ri:

Dott. Piero Calabrò.....Presidente

Dott. Antonio Scalera.....Giudice relatore

Dott. Pierluigi Perotti .....Giudice relatore

Dott. Piero Grasso.....Giudice

Dott. Riccardo Atanasio.....Giudice

Dott. Cosimo Crolla.....Giudice

Dott. Mario Fraticelli.....Giudice

Dott. Felice Casson.....Giudice

Dott. Marco Lualdi.....Giudice

Dott. Roberto Spanò.....Giudice

Dott. Filippo Di Benedetto.....Giudice

Dott. Nicola Clivio.....Giudice

Dott. Alberto Nobili.....Giudice

Nella Seduta del 25 Ottobre 2003 ha emesso la seguente

### **DELIBERA**

Nell'ambito della questione sollevata dai genitori di E.P. , in merito alla lesione del diritto del figlio a ricevere determinate cure ed all'obbligo dell'ASL territorialmente competente di dotarsi di strutture e articolazioni organizzative adeguate

### **FATTO**

E. P. è un bambino di otto anni ed è affetto di infermità intellettiva (disturbo generalizzato dello sviluppo, ritardo mentale di grado medio – Q.I. 55 – scala Wisc).

La situazione familiare di E. P. è la seguente:

La madre (33 anni) lavora saltuariamente tramite agenzie di lavoro interinale;

Il padre (34 anni) lavora presso un'azienda metalmeccanica;

E. P. è fratello di L. P. bambina di 6 anni che frequenta il primo anno scuola elementare .

Il servizio di Neuro Psichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera del luogo di residenza ha espresso una valutazione secondo la quale E. P. necessita di un ciclo estensivo di riabilitazione sanitaria di ordine prevalentemente cognitivo, riferito, in particolare, alle seguenti prestazioni:

- due interventi settimanali di fisioterapia volti al miglioramento delle prassie, contenimento lordosi e ipercifosi;
- due interventi settimanali di psicomotricità di cui uno in acqua a taglio sia relazionale che cognitivo;
- due interventi settimanali di riabilitazione cognitiva di cui uno ausilio informatico, intervento psicoeducativo e di riabilitazione neuropsicologica;
- due interventi settimanali di logopedia per lo sviluppo della comunicazione verbale e potenziamento della comunicazione alternativa.

L'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente e la locale Azienda Ospedaliera non sono in grado di erogare le prestazioni indicate dal sopra riportato piano terapeutico; allo stesso tempo viene indicata ai genitori di E. P. un'altra struttura sanitaria presso la quale detti interventi riabilitativi sono erogabili; tuttavia il Centro indicato si trova in un'altra provincia, lontano dal

luogo di residenza della famiglia di E. P. ad un a distanza tale da rendere di fatto impossibile lo spostamento quotidiano per la fruizione delle cure.

Inoltre, tenuto conto la certificazione che attesta handicap grave di E. P. è stata rilasciata nel dicembre 2001, vi sarebbe, allo stato, l'impossibilità per il padre di E.P. di usufruire della prestazione previdenziale di cui all'art. 80, comma 2, Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

La famiglia di E. P. chiede se tale quadro fattuale integri una lesione del diritto del bambino a ricevere le cure prescritte e se, in particolare, la normativa vigente non imponga all'ASL territorialmente di dotarsi di strutture adeguate in modo da garantire in loco l'erogazione delle prestazioni riabilitative.

## **DIRITTO**

### **Principi generali in materia di organizzazione sanitaria.**

Nel caso sottoposto all'attenzione del Tribunale si ripropone il tema del conflitto tra l'esigenza di garantire una tutela sostanziale ed effettiva del diritto alla salute, in special modo della persona disabile, e la contrapposta necessità di dislocare le risorse occorrenti e di organizzarle in modo adeguato, sotto il duplice profilo dell'efficacia e della economicità.

È evidente che la misura in cui un'esigenza prevale o cede il passo all'altra finisce per connotare e qualificare il contesto sociale di riferimento.

L'ordinamento giuridico italiano ha acquistato un sempre più elevato livello di consapevolezza della assoluta centralità del bene salute, nella sua duplice dimensione individuale e sociale: si ritrovano, infatti, riconoscimenti solenni di questo diritto di rango primario, che una maggiore coscienza e sensibilità sociale hanno consentito di ribadire con riferimento specifico al mondo della disabilità.

In questo senso si deve fare riferimento, oltre che alla Costituzione, art 32, alla legge istitutiva del SSN nel 1978 e, per quanto maggiormente interessa, alla legge 104/1992.

L'art 3, comma 2, della legge da ultimo citata, n. 104/1992, afferma che *"la persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative"*.

Il contenuto della norma è tale da non dare adito ad alcun dubbio sul diritto di E. P. a ricevere l'assistenza riabilitativa prescritta dal locale servizio di neuropsichiatria: nel caso di specie è pertanto assolutamente pacifico che le prestazioni - come sopra meglio specificate - debbano essere erogate.

Il passaggio successivo che si rende necessario è rappresentato dall'accertamento di un eventuale diritto a vedere riconosciute e realizzate *determinate modalità* di fruizione della prestazione sanitaria dovuta.

Per compiere questa verifica occorre partire dall'art. 26 della legge istitutiva del SSN, Legge n. 533/1978, che recita: *"le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche,*

*psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi.*

*L'unità sanitaria locale (oggi ASL), quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede direttamente mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.*

Si evince dalla lettura della norma che il legislatore ha voluto fissare un criterio guida piuttosto elastico per la distribuzione razionale ed efficiente delle risorse: sebbene restino impregiudicati, da un lato, il diritto del disabile alla prestazione ed il corrispondente dovere delle ASL di assicurarne l'erogazione, dall'altro lato si consente comunque all'ASL stessa di predisporre sul piano concreto un'erogazione indiretta del servizio terapeutico-riabilitativo, con modalità che possono implicare anche il coinvolgimento di soggetti extraterritoriali, in relazione alle aree di rispettiva competenza delle singole ASL.

La norma, contemperando il principio di economicità con l'esigenza di una tutela effettiva della salute (in senso ampio) dei disabili, di fatto legittima il parziale sacrificio di interessi di singoli aventi diritto all'assistenza, nella prospettiva di una auspicata migliore salvaguardia generale; sacrificio parziale perché non viene intaccata l'esigibilità della prestazione bensì *"solamente"* la modalità della erogazione.

Questa disciplina ha ancora oggi rilevanza poiché non è stata abrogata né modificata dalla legge cornice sulla disabilità n. 104/1992 né tanto meno dal D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, v. in particolare l'art. 7, comma 1° lett. C).

## **I LEA – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Un ulteriore passo avanti nella definizione e puntualizzazione delle modalità di salvaguardia della salute dei cittadini, in un solco già tracciato dalla D. Lgs n. 502 /1992 (v. in particolare, art. 1), è stato compiuto con l'approvazione del DPCM 29 novembre 2001, con il quale lo Stato ha provveduto a definire i livelli essenziali di assistenza in sanità, ratificando un precedente accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato - Regioni e datato 22 novembre 2001.

Per un corretto inquadramento della nozione di livello essenziale occorre prendere le mosse, come si diceva, dal D. LGS. 30 dicembre 1992, n. 502, che, all'art. 1, comma 1, stabilisce che *"le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal S.S.N. a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente"*.

L'art. 1, comma 10 del decreto legislativo citato prevede che il Piano sanitario nazionale indichi *"i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del piano"*.

Il comma 13 dell'art. 1 del D. LGS. 1992, n. 502 prevede, inoltre: *"Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli*

*obbiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano, i Piani sanitari regionali”.*

*Ancora, all’art 3 del decreto legislativo si precisa che “ le Regioni, attraverso le Unità Sanitarie Locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all’art. 1”.*

Quindi, già da queste prime indicazioni si può cogliere che in materia di LEA operano due livelli di regolamentazione:

Da un lato, quello nazionale, nel quadro degli obiettivi di programmazione economica nazionale e compatibilmente con l’entità del finanziamento assicurato dal S. S. N. ;

dall’altro, quello regionale, che definisce, su base territoriale, l’organizzazione stessa dei servizi.

Con il citato D.P.C.M.29.11. 2001 – recepisce gli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 8.8.2001 e del 22.11.2001 – si indicano i c.d. *Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero sia si individuano le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio nazionale.*

Tra queste prestazioni, all’ Allegato 1, è indicata *l’attività riabilitativa sanitaria e socio sanitaria, rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, sia a livello “ambulatoriale e domiciliare” ,sia a livello “residenziale e semi-residenziale”.*

Va, inoltre, aggiunto che, per ciò che attiene all’assistenza ospedaliera, la *riabilitazione* è una delle prestazioni riconducibili ai L.E.A.

## **LA C.D. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

Nell’Allegato 3 del citato D.P.C.M. 29.11.2001 sono contenute *“indicazioni particolari per l’applicazione dei livelli in materia di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e integrazione socio-sanitaria, nonché in materia di assistenza sanitaria alle popolazioni delle isole minori ed alle altre comunità isolate”.*

Con particolare riferimento alla c.d. *integrazione socio-sanitaria*, il D.P.C.M. citato prevede che questa area erogativa meriti una trattazione specifica, *“per il rilievo che assume, all’interno delle politiche destinate al sostegno ed allo sviluppo dell’individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell’ offerta di servizio, al fine di assicurare le prestazioni necessarie per la diagnosi, cura e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita e in particolar modo nell’infanzia e nella vecchiaia”.*

Il riferimento fondamentale, sul piano normativo, è rappresentato dal D.P.C.M. 14.2.2001. recante atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione socio-sanitaria.

Sulla base di quanto previsto all'art. 2 del citato D.P.C.M. si possono definire come *prestazioni di integrazione socio-sanitaria* tutte quelle forme di assistenza alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo.

L'art. 4 del citato D.P.C.M. STABILISCE CHE *"la Regione, nell' ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari, determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata"*; inoltre, *" la Regione... svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale"*.

All'art. 3 del D.P.C.M. 14.2.2001 si legge:

*"Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.*

*Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario . Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell' ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono, in particolare, riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lunga assistenza"*.

### **I CRITERI DI FINANZIAMENTO:**

L'Allegato al D.P.C.M. 14.2.2001 stabilisce i criteri di finanziamento delle singole prestazioni.

- a) In particolare, per quanto concerne l'assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minoranze psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica:
  - è al 100% **a carico del S.S.N.** l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsabilità minimale;
  - è al 100% **a carico del S.S.N.** l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.

b) Per quanto concerne la tutela dei disabili attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di risocializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale nella fase di lunga assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia:

- sono al 100% **a carico del S.S.N.** le prestazioni diagnostiche, riabilitative di consulenza specialistica;
- è al 70% **a carico del S.S.N.** e al 30% **a carico dei Comuni**, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali in strutture accreditate sulla base di standard regionali;
- 40% **a carico del S.S.N.** 60% **a carico dei comuni**, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente;
- è al 100% **a carico dei comuni** l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.

Dalla sintetica disamina del DPCM e dei suoi allegati si può rilevare come non siano stati in alcun modo individuati standard quantitativi per la erogazione delle prestazioni (ad es. sotto il profilo della geografia delle risorse e dei servizi, del numero di strutture min/max per abitanti della regione/provincia/comune, ecc).

### **CONCLUSIONI**

- 1) Le prestazioni di carattere riabilitativo di cui necessita E. P. possono ricondursi alle prestazioni ricomprese nei L.E.A. di cui al D.P.C.M. 29/11/2001;
- 2) Sulla base di quanto indicato nel D.P.C.M. 14/2/2001 le prestazioni di cui E. P. necessita possono ricondursi anche alle prestazioni di integrazione socio sanitaria;
- 3) Tali prestazioni, sulla base delle fonti normative richiamate, sono o interamente a carico del S.S.N. e in parte a carico delle Regioni o enti locali;

Non si può affermare che la normativa vigente in materia di organizzazione del SSN e di definizione di LEA imponga alla ASL di appartenenza di dotarsi di strutture e articolazioni tali da consentire ad E. P. l'erogazione delle prestazioni di cui necessita. Piuttosto occorre verificare se a livello di normativa regionale e, soprattutto, del Piano Sanitario Regionale, se quella determinata dalla ASL sia tenuta ad erogare quelle prestazioni. Si suggerisce, pertanto, di contattare la Regione di appartenenza e precisamente l'Assessorato regionale alla Sanità

chiedendo se, sulla base del Piano Sanitario Regionale vigente, la ASL di competenza sia tenuta ad erogare le prestazioni di cui necessita E. P.

- 4) Infine, ed in subordine, in relazione alla denegata eventualità che il quadro non sia destinato a mutare con conseguente disponibilità delle prestazioni riabilitative in favore di E. P. nell'ambito di istituto di cura ubicato in altra provincia, si segnala la possibilità per il padre di accedere alla prestazione previdenziale di cui all'art 4, comma 4bis, Legge 8 marzo 2000, n. 53 – ancorché non siano ancora decorsi i cinque anni dal rilascio della certificazione di handicap grave per E. P.

Sul punto si richiama la delibera di questo stesso Tribunale assunta in data 28/9/2002 – allegata alla presente delibera – che ha trattato, con particolare livello di approfondimento, detta problematica.