

## **NON AUTOSUFFICIENZA: L'ESPERIENZA DEL CISAP<sup>1</sup>**

*Osservazioni sullo schema di disegno di legge sulle non autosufficienze approvato del Consiglio dei Ministri il 21 novembre 2007.*

MAURO PERINO\*

### **Premessa**

Sarebbero molte le cose da dire sul tema che è oggetto del seminario. Proverò a proporre alcune riflessioni che traggono spunto dalle esperienze condotte in Regione Piemonte ed in particolare nell'ambito dei Comuni di Collegno e Grugliasco. Questi Comuni rappresentano infatti un osservatorio particolarmente interessante per l'esperienza di intervento sugli anziani cronici non autosufficienti e sulle persone con handicap<sup>3</sup>.

La tesi che proverò a sviluppare è che – attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sanità ed assistenza e l'utilizzo del concetto di “non autosufficienza” declinato in termini astratti ed onnicomprensivi – si è da lungo tempo avviato un processo di lesione dei diritti alle cure per le componenti più deboli della popolazione.

I presupposti di questo processo sono innanzitutto culturali: nei primi anni '80 si dava al concetto di salute una valenza di benessere fisico e psichico complessivo della persona; successivamente si è purtroppo tornati ad un concetto di salute come “non malattia”. Ma si sta facendo di peggio: si tende sempre più a considerare prerogativa del servizio sanitario solamente la malattia nelle sue fasi acute e si cerca di espellere dalla pienezza del diritto alle cure la cronicità in tutte le sue manifestazioni.

### **Condizione sociale, bisogni e centralità della persona**

L'affermazione ricorrente, secondo la quale «*Lo stato di salute e la sua evoluzione nel tempo sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone, delle famiglie, dei gruppi sociali*» e che – a sua volta – «*la condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute*»<sup>4</sup>, è assolutamente condivisibile. Non bisogna però dimenticare che il concetto può essere egualmente applicato – ad esempio – al grado di istruzione, al livello culturale, alla collocazione lavorativa ed a quella abitativa.

Tutti i fattori che determinano condizione di vita di una persona hanno a che fare, in sostanza, con la collocazione della stessa nella società e viceversa. Eppure è anche sulla base di tale considerazione che, nell'ambito del sistema sanitario, si è giustificata la creazione di una “area dei servizi socio sanitari” (come settore in qualche modo “a parte” rispetto a quello sanitario)

Se la motivazione fosse valida dovremmo – per logica – prevedere altrettante aree per i servizi preposti all'istruzione, al lavoro, alla casa, alla promozione culturale e dello sport. Dovremmo cioè teorizzare una collocazione “differenziale” delle persone nei servizi - che lo stato sociale deve fornire, “per diritto”, a tutti i cittadini - sulla base di una lettura distorta e strumentale dei loro bisogni.

---

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

<sup>2</sup> Relazione svolta al seminario di approfondimento: “Le politiche sulla non autosufficienza: analisi e prospettive” organizzato dal Partito della Rifondazione Comunista in data 17 gennaio 2008 a Roma, via Squarzialupo 58.

<sup>3</sup> L'esperienza è descritta in Mauro Perino, “Integrazione socio-sanitaria e diritti alle cure”, atti del convegno “Cittadinanza e diritti – Esperienze a confronto”, pubblicati su “Quaderni di rifondazione n. 5”, 2005.

<sup>4</sup> Emanuele Ranci Ortigosa: “Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari” in Cristiano Gori: “La riforma dei servizi sociali in Italia”, Carocci editore, Roma, 2004, p.116

Dalla constatazione che «l'evoluzione epidemiologica evidenzia la costante crescita di situazioni complesse che esprimono un bisogno di interventi di assistenza tanto sociale che sanitaria»<sup>5</sup> (come nel caso delle patologie cronico-stabilizzate e cronico-degenerative) si dovrebbe, invece, trarre la giusta conclusione che il sistema sanitario deve farsi carico degli uni e degli altri, proprio perché la persona è unica e la salute non è semplicemente una “non malattia”.

In pratica accade esattamente il contrario: è infatti ormai dilagante una impostazione “culturale” secondo la quale è prerogativa del servizio sanitario assicurare la cura della malattia nelle sue fasi acute, mentre la cronicità, in tutte le sue manifestazioni, viene espulsa dalla pienezza del diritto alla salute. In sostanza vengono considerate “sanitarie” solamente le prestazioni “mediche” e non il complesso degli interventi – forse complementari, ma indispensabili – finalizzati ad assicurare la tutela complessiva del malato come persona.

Il servizio sanitario, invece, non può che “essere sociale” se intende perseguire – nell'ambito del sistema complessivo di sicurezza sociale – la tutela della salute. E' dunque profondamente sbagliato confondere la necessità di una integrazione delle competenze professionali e delle relative prestazioni (sanitarie e sociali, quando necessarie) con la delega al settore socio assistenziale (e quindi ai Comuni) di tutti gli interventi non strettamente medici o infermieristici.

Alla sanità è richiesto – in sintesi - di assumere direttamente tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che il sistema sanitario è chiamato a svolgere a beneficio di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

Nella nostra realtà territoriale l'applicazione di questo principio ha consentito (tra la fine degli anni '70 ed i primi anni '80) la concreta possibilità di superare l'istituzionalizzazione in manicomio di persone – malate e quindi in carico ai servizi sanitari – per le quali il processo di cura richiedeva non solo l'erogazione di prestazioni “mediche” ma anche di interventi di riabilitazione che comportavano l'utilizzo di competenze “sociali”: dalle attività ludico – ricreative – culturali alle attività di inserimento lavorativo ed abitativo. Il tutto veniva però linearmente ricondotto al concetto di “promozione della salute” e, conseguentemente, era il comparto sanitario ad assumere la responsabilità primaria degli interventi e degli oneri finanziari che da essi conseguivano.

### **Con la scusa dell'integrazione**

Purtroppo la “fase nobile” dell'integrazione non dura a lungo e viene messa in crisi – non a caso, vista l'esigenza di contrarre la spesa sanitaria – dalla legge finanziaria del 1984 (Legge 730/83, art. 30) con la quale si inventano “le attività di rilievo sanitario connesse con quelle - assistenziali” demandando ad apposito decreto il compito di individuarle all'interno del complesso delle attività sanitarie e sociali svolte dai servizi integrati.

A “definire” la nuova tipologia di attività interviene, nel 1985, il D.P.C.M. conosciuto come “decreto Craxi” che, all'articolo 1, recita: «*Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali di cui all'art.30 della legge 27 dicembre 1983, n.730 sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti*».

---

<sup>5</sup> Idem, p.116

Per questa tipologia di attività le regioni (destinatari del decreto) possono riconoscere una compartecipazione sanitaria alla spesa mentre «*le attività direttamente ed esclusivamente socio - assistenziali, comunque estrinsecantesi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino*» devono gravare esclusivamente sui bilanci dei Comuni. L'obiettivo è, chiaramente, di ricondurre al nuovo regime di finanziamento (compartecipato) le prestazioni sino ad allora attribuite (o comunque attribuibili) per intero al fondo sanitario realizzando, in tal modo, un risparmio di spesa a scapito degli utenti e/o dei Comuni.

Grazie al decreto si arresta il processo di estensione dei diritti alle prestazioni sanitarie avviato nella primissima fase di attuazione della legge 833 innescando un meccanismo di espulsione degli anziani cronici non autosufficienti, dei dementi senili e dei malati di Alzheimer, dei pazienti psichiatrici e delle persone con handicap grave dal diritto ad usufruire pienamente delle prestazioni che il servizio sanitario fornisce alla generalità dei propri assistiti. In buona sostanza si opera una distinzione tra situazioni di cronicità "improduttiva" e situazioni di acuzie ed alle prime si applica un meccanismo di compartecipazione alla spesa.

Con il decreto si creano quei presupposti "culturali" – di cui dicevo all'inizio – con i quali si motiva e giustifica il periodico tentativo di espulsione dei pazienti ex O.P e dei malati di mente in generale, dalla tutela rappresentata dal sistema sanitario. Anche su questo versante si opera a colpi di leggi finanziarie, utilizzando lo strumento della penalizzazione nell'erogazione dei fondi alle Regioni. Con la finanziaria del '95 viene stabilita la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici da realizzare entro il 31.12.1996. La successiva legge finanziaria del '97 riconferma la decisione di procedere alla chiusura e stabilisce una penalizzazione per le Regioni inadempienti. Con la finanziaria del '98 vengono riconfermate le sanzioni per le Regioni responsabili della mancata attuazione (entro il 31 marzo 1998) dei provvedimenti necessari alla chiusura degli O.P.

Al fine di dare adempimento alle disposizioni normative nazionali la Giunta della Regione Piemonte, con deliberazione n.489/1996, adotta le linee guida per la chiusura definitiva degli ex O.P prevedendo che questa avvenga tramite rivalutazione clinica dei pazienti. La rivalutazione si concretizza nell'inserimento dei pazienti ex O.P e di quelli "territoriali" – ricoverati dai Servizi di salute mentale in strutture residenziali socio assistenziali con oneri a carico del Servizio Sanitario – nelle nuove "categorie" degli *adulti portatori di handicap* (rivalutati di tipo A) e dei *non autosufficienti anziani e non* (rivalutati di tipo B). A queste due fattispecie si aggiungono le persone rivalutate di tipo C che rimangono di esclusiva competenza psichiatrica. A tutela degli Enti Gestori socio assistenziali – che senza alcuna competenza specifica si trovano a dover avallare "guarigioni" determinate dall'invecchiamento (tipo B) o a recepire le diagnosi di handicap (tipo A) formulate dagli psichiatri – la Legge regionale n.61/1997: stabilisce che «*la Regione interviene finanziariamente a favore degli Enti gestori dei servizi socio assistenziali a copertura degli oneri derivanti dall'organizzazione e dall'erogazione delle prestazioni destinate ai soggetti con patologie psichiatriche in carico anche ai servizi socio – assistenziali e ai soggetti rivalutati*» .

Si inaugura – in quella fase – la prassi di barattare i diritti con le risorse. In Regione Piemonte gli Ospedali Psichiatrici erano infatti già superati ma gli oneri degli interventi alternativi al ricovero – almeno formalmente esigibili in quanto prestazioni sanitarie – continuavano a gravare sul comparto sanitario. Con l'applicazione delle disposizioni regionali si sgrava la sanità di una notevole quota di spesa attingendo ai già esigui fondi socio - assistenziali.

Per quanto attiene al problema delle risorse – che sta alla base del tentativo di espulsione delle persone con handicap grave, degli anziani cronici, delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative, dei soggetti dipendenti da alcool e droga, dagli affetti da patologie psichiatriche o da Hiv dal comparto sanitario – occorre ribadire che la tutela del diritto

alla salute ed all'assistenza impone di agire sulla dislocazione delle risorse che, per il livello essenziale di ogni intervento previsto dalla normativa, deve essere necessariamente vincolata<sup>6</sup>.

### **Le prestazioni essenziali esigibili in base alla vigente normativa**

Inoltre, alla luce della proposta normativa con la quale si intende in prospettiva regolare l'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie, è opportuna una più approfondita riflessione finalizzata a fare il punto su quanto già prevede la legislazione vigente in termini di diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie per le persone in condizione di handicap permanente grave e di non autosufficienza.

Secondo la chiave di lettura adottata nell'ambito della realtà piemontese si giunge infatti alla conclusione che la vera questione che si pone in questa fase, non è tanto quella di produrre nuove leggi ma di applicare le (numerose) leggi dello Stato che già prevedono il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie<sup>7</sup>. A partire dalla legge n.833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale che riconosce a tutti i cittadini il diritto alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione. Anche considerando che è lo stesso Ministro della Salute a riconoscere che l'unitarietà del sistema – «*indispensabile per promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale*» – non è attualmente assicurata<sup>8</sup>.

L'esame del quadro normativo deve necessariamente iniziare dal "Decreto Amato – Turco - Veronesi"<sup>9</sup> ove si afferma, all'articolo 2, che l'assistenza socio sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale – anche di lungo periodo – sulla base di progetti personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multi dimensionali, definiti nell'ambito dei criteri approvati dalle regioni.

Tali prestazioni – rientranti tra quelle indicate dall'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i<sup>10</sup>. – sono definite tenendo conto della natura del bisogno (in base

---

<sup>6</sup> Mauro Perino: "I livelli essenziali di assistenza: riduzione della spesa sanitaria e nuova emarginazione" Prospettive assistenziali, n. 137, gennaio-marzo 2002 p.7

<sup>7</sup> Leggi che tutelano non solo le persone colpite da patologie acute, ma anche quelle affette da malattie croniche che determinano condizioni di non autosufficienza. Legge 4 agosto 1955 n.692: l'assistenza deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia; decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956: l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio; legge 12 febbraio 1968 n.132, articolo 29: le Regioni devono programmare i posti letto ospedalieri necessari a soddisfare le esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti; legge 13 maggio 1978 n. 180: le Usl devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; legge 23 dicembre 1978 n. 833: le Usl sono obbligate a provvedere alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie; articolo 54 della legge 289/2002 che conferma l'obbligo del Servizio sanitario nazionale di curare anche le persone colpite da cronicità e da non autosufficienza.

<sup>8</sup> On. Livia Turco, "Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini" presentate alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati in data 27 giugno 2006

<sup>9</sup> D.P.C.M 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie" emanato in ottemperanza del disposto dell'articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 419/1998.

<sup>10</sup> Il decreto legislativo definisce: "prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Il secondo comma dell'articolo individua due tipologie di prestazioni socio – sanitarie: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite"; b) le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè tutte le "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di

ad aspetti quali: le funzioni psicofisiche, l'attività del soggetto e le sue limitazioni, la partecipazione alla vita sociale, il contesto familiare ed ambientale) e della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale. Nello specifico il decreto prevede che l'intensità assistenziale venga stabilita in base a fasi temporali definite che caratterizzano il progetto personalizzato:

- ❖ la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semi residenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- ❖ la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- ❖ la fase di lungo assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

La complessità dell'intervento è, a sua volta, determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Con il decreto - che si inserisce pienamente nel modello operativo definito nelle "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione"<sup>11</sup> - viene introdotta una "innovazione" sostanziale: una parte della spesa «*non strettamente sanitaria*» delle prestazioni di riabilitazione viene attribuita ai Comuni (che, a loro volta, possono rivalersi sugli utenti). I fattori produttivi impiegati nelle diverse fasi assistenziali vengono cioè utilizzati, non solamente per definire la complessità dell'intervento, ma anche per quantificare gli oneri di spesa da ripartire tra i due comparti: ad un minore utilizzo di professionalità sanitarie viene fatta corrispondere una minore attribuzione di spesa al fondo sanitario<sup>12</sup>.

Nella tabella «*prestazioni e criteri di finanziamento*» - allegata al decreto ed indirizzata alle Regioni, chiamate a definire i criteri di finanziamento delle attività socio sanitarie - si elencano, con riferimento alle diverse aree d'utenza, le prestazioni da erogare e le funzioni da svolgere

---

bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Alle tipologie di cui sopra si aggiungono le *prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* che il quarto comma definisce come: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative".

<sup>11</sup> Provvedimento 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione". Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n.124. Emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

<sup>12</sup> Il decreto - che radicalizza la logica di risparmio della spesa sanitaria avviata con il D.P.C.M 8 agosto 1985 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833" - oltre a ridefinire i confini delle prestazioni socio sanitarie e ad introdurre nuovi criteri di ripartizione della spesa tra ASL e Comuni, "transita" le competenze sulle "categorie" di cittadini *risparmiati* dal decreto del 1985, dal comparto sanitario a quello socio sanitario (con relativo accollo degli oneri di intervento relativi alle attività "non strettamente sanitarie" ai Comuni). All'utenza già individuata dalle Regioni in applicazione del precedente atto di indirizzo - rappresentata dall'area materno infantile, dai disabili, dagli anziani cronici non autosufficienti - si aggiungono: le *persone non autosufficienti* con patologie cronico degenerative; *i soggetti dipendenti da alcool e da droga*; *gli affetti da patologie psichiatriche*; *gli affetti da H.I.V.* Il servizio sanitario mantiene a completo carico le sole "*prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale domiciliare, semi residenziale, residenziale*" dei *pazienti terminali*.

sulla base delle fonti legislative, abbinandole alle corrispondenti percentuali di attribuzione della spesa.

Per quanto attiene all'area dell'handicap vengono individuate due tipologie di prestazioni con le relative attribuzioni percentuali di spesa:

- ❖ L'assistenza alle persone in condizione di handicap attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semi residenziali e residenziali e assistenza protesica (art. 26 della legge 833/1978 e Linee guida) viene posta a totale carico del Servizio sanitario nazionale nella fase intensiva, così come le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale. Viene inoltre mantenuta a totale carico del Servizio sanitario nazionale l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuro psichiatrico .
- ❖ La tutela della persona handicappata attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semi residenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia (legge 104/1992 con le modifiche ed integrazioni introdotte dalla legge 162/1998<sup>13</sup>) vengono fatte gravare: per il 100% sul fondo sanitario le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica; per il 70% a carico del fondo sanitario e per il 30% sui fondi comunali - fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale - l'assistenza in strutture semi residenziali e residenziali per persone con handicap grave. E' attribuita invece per il 40% sul fondo sanitario e per il 60% sui fondi comunali - sempre fatta salva la compartecipazione dell'utente - l'assistenza alle persone in condizione di gravità prive del sostegno familiare nei servizi di residenza permanente. L'assistenza scolastica ed educativa ed i programmi di inserimento sociale e lavorativo vengono posti a totale carico dei comuni.

Appare evidente che dalla decisione di scandire le competenze finanziarie dei soggetti istituzionali chiamati in causa sulla base delle fasi di intervento, discendono notevoli complicazioni operative. Anche perché – come evidenziato dalle linee guida – i percorsi integrati di riabilitazione non sono, necessariamente, lineari e le fasi possono ripetersi in modo ciclico.

In sintonia con quanto previsto per la condizione di handicap, anche per quanto attiene all'area «anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative» vengono individuate due tipologie di prestazioni con le relative attribuzioni percentuali di spesa:

- ❖ La «cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili al domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia» vengono posti a totale carico del Servizio sanitario nazionale in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva. Nelle forme di lungo assistenza semi residenziali e residenziali il 50% del costo complessivo viene posto a carico del Servizio sanitario nazionale, il restante 50% del costo complessivo è a carico del comune, fatta salva la compartecipazione dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.
- ❖ Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata sono poste a carico del fondo sanitario le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di

---

<sup>13</sup> Legge 21 maggio 1998, n. 162 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave".

riabilitazione. Sono invece suddivise al 50% tra Servizio sanitario nazionale e comuni – sempre fatta salva la compartecipazione dell'utente – l'assistenza tutelare. E' infine posto a totale carico del comune l'aiuto domestico e familiare.

L'Atto di indirizzo sancisce, in ogni caso, che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria si sostanziano nella messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale – necessarie per la realizzazione dei percorsi integrati socio sanitari – e nell'assolvimento della funzione di sostegno economico nei confronti degli utenti che – a causa del basso livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri degli interventi. Il complesso delle prestazioni assistenziali e riabilitative viene pertanto fatto afferire – come del resto prevede l'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 – alla fattispecie delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ed a quelle ad elevata integrazione.

Da ciò deriva la competenza delle Aziende sanitarie locali ad assicurare l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie, attraverso modalità organizzative che consentano la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. Competenza ribadita anche dal successivo dal DPCM 29.11.2001 che, all'allegato 1.C, definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria.<sup>14</sup>

E' utile, a tale proposito, ricordare che quest'ultimo decreto – a differenza del precedente che si configurava come un semplice atto amministrativo di indirizzo e coordinamento alle Regioni – 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...*».

Si può dunque trarre una prima conclusione: 1) sono esigibili – in quanto afferenti ai livelli essenziali di assistenza (L.E.A) – le prestazioni sanitarie<sup>15</sup> e quelle socio sanitarie pur con contribuzione da parte degli utenti; 2) qualora detti utenti non siano in condizione di pagare il dovuto, spetta ai Comuni integrare la spesa attingendo ai fondi propri, a quelli regionali ed alle quote del fondo nazionale per le politiche sociali che – tramite le Regioni – viene ripartito tra gli enti gestori dei servizi sociali.

### **Gli oneri finanziari delle prestazioni**

A questo punto si pone però un problema spinoso: quello della definizione delle regole in base alle quali richiedere – alle persone in condizione di handicap grave ed agli anziani non

---

<sup>14</sup> Il Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – conosciuto come "Decreto Berlusconi, Sirchia, Tremonti" - riprende integralmente il "Decreto Amato, Turco, Veronesi" citandolo puntualmente tra le fonti normative di riferimento per l'attribuzione delle competenze ad erogare le prestazioni e ad assumere gli oneri di spesa.

<sup>15</sup> Legge 4 agosto 1955 n.692: l'assistenza deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia; decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956: l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio; legge 12 febbraio 1968 n.132, art. 29: le Regioni devono programmare i posti letto ospedalieri necessari a soddisfare le esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungo degenti; legge 13 maggio 1978 n. 180: le USL devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; legge 23 dicembre 1978 n. 833: le USL sono obbligate a provvedere alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie.

autosufficienti – di contribuire al costo delle prestazioni socio sanitarie di livello essenziale. Anche in questo caso ritengo sia utile una disamina della normativa vigente.

Sulla materia è operante, per quanto attiene alla questioni esaminate, una legge nazionale: la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” che – all’articolo 25 – stabilisce che «*ai fini dell’accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130*».

La formulazione dell’articolo è netta: a prescindere dai criteri di accesso alle prestazioni – sui quali tornerò successivamente – ogni «*accertamento della condizione economica del richiedente*» deve essere effettuato nel rispetto del decreto citato dalla legge di riforma<sup>16</sup>. Un testo normativo che vale la pena esaminare nei suoi punti salienti.

In primo luogo – e con riferimento generale – nell’articolo 2 del decreto si afferma che «*la valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza*» e che «*ciascun soggetto può appartenere ad un solo nucleo familiare*». In secondo luogo nell’articolo si precisa che le disposizioni del decreto «*non modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alle prestazioni degli alimenti, ai sensi dell’art.433 del codice civile*», ovvero che esse «*non possono essere interpretate nel senso dell’attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all’art.438 del codice civile, primo comma, nei confronti dei componenti il nucleo familiare dei richiedenti la prestazione*».

Da tale “interpretazione autentica” dell’art.438 del codice civile consegue un definitivo giudizio di «*illegittimità della prassi, ancora assai diffusa, degli enti erogatori di richiedere il pagamento delle rette di ricovero ai parenti dell’assistito che non sia in grado di farlo: il soggetto privo di mezzi, può rivolgersi ai parenti, ai sensi dell’art.433 c.c. e seguenti, per ottenere gli alimenti e cioè quanto gli è necessario per soddisfare i bisogni più essenziali, ma si tratta di un rapporto privato tra parente e parente, per il quale nessuna sostituzione da parte di altri (e men che meno di un ente pubblico) può essere ammessa*».<sup>17</sup>

E poiché – come rileva il difensore civico della Regione Marche Avvocato Samuele Animali – «*si ha notizia del fatto che vengono richiesti contributi ai parenti degli assistiti anche quando non sarebbero tenuti alla contribuzione, e ciò anche con minacce più o meno esplicite di esclusione dal servizio e di recupero forzoso dei presunti crediti maturati da parte dell’ente, si sottolinea che l’eventuale negazione o sospensione del servizio per la mancanza di tali indebite contribuzioni possono integrare il reato di omissione di atti d’ufficio o di violenza privata qualora si tratti di minacciare le dimissioni forzate; dal punto di vista amministrativo tali atti e comportamenti appaiono illegittimi perché viziati da eccesso di potere*»<sup>18</sup>

Chiarito che è da escludere, in via generale, ogni possibilità di legittimazione dell’ente erogatore a richiedere ai parenti il pagamento delle prestazioni sociali agevolate, l’articolo 3 del decreto esaminato fornisce specifiche indicazioni per quanto attiene a quelle socio sanitarie. «*Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell’ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o*

---

<sup>16</sup> Decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109 “Definizione di criteri unificati di valutazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate”.

<sup>17</sup> Massimo Dogliotti “Ancora sul pagamento delle rette di ricovero a carico dei parenti: errare humanum est, perseverare diabolicum”, *Prospettive assistenziali*, n. 138, aprile – giugno 202.

<sup>18</sup> Regione Marche. Consiglio Regionale. Difensore civico: “Contribuzione al costo dei servizi socio assistenziali da parte degli utenti – Parere”. Ancona 23 gennaio 2007. Il testo è reperibile sul sito del Gruppo Solidarietà [www.grusol.it](http://www.grusol.it)

*continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3 – septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni»<sup>19</sup>.*

La lettura dell'articolo consente di apportare alcune integrazioni alla prima conclusione proposta nel paragrafo precedente: 1) le prestazioni socio sanitarie devono essere «*assicurate*» dalle aziende sanitarie; 2) la generalità degli aventi titolo a beneficiarne è tenuta a contribuire al costo di tali prestazioni, nella misura prevista, con le modalità di accertamento della situazione economica fissate dalla normativa nazionale; 3) ai Comuni è fatto obbligo di integrare la spesa qualora detti utenti non siano in condizione di accollarsi, in tutto o in parte, il pagamento; 4) in ogni caso non è consentito, ai Comuni, di sostituirsi all'interessato nel richiedere ai familiari dell'assistito di contribuire al costo dei servizi; 5) alle persone in condizione di handicap permanente grave ed agli anziani in situazione di accertata non autosufficienza – che beneficiano di prestazioni socio sanitarie erogate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati – può venire richiesto di contribuire al costo dei servizi esclusivamente sulla base della «*situazione economica del solo assistito*», con l'espressa finalità di favorirne la permanenza presso il nucleo familiare di appartenenza.

Nonostante tutto ciò venga linearmente previsto dalla normativa esaminata, sono ancora in molti a sostenere che il decreto legislativo n.130/2000 non costituisce una prescrizione a carico degli enti erogatori dei servizi, in quanto non è stato adottato il DPCM che avrebbe dovuto “regolamentarne” l'applicazione. Con le leggi costituzionali n.1 del 1999<sup>20</sup> e n.3 del 2001<sup>21</sup> – che hanno fortemente innovato il titolo V° della parte II^ della Costituzione – è stato però modificato l'articolo 117 che, nella nuova versione, così si esprime per quanto attiene alla potestà regolamentare: «*La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite*».

Come osservato, lo Stato ha legiferato in ordine alle prestazioni socio sanitarie di livello essenziale approvando la legge finanziaria del 2003. L'articolo 54 della stessa, dando forza di legge al D.P.C.M 14.02.2001 e al DPCM 29.11.2001, ha assunto le percentuali di costo delle prestazioni da porre a carico degli utenti/comuni indicate nei decreti. Inoltre con l'approvazione della legge n.328/2000 (articolo 25) ha stabilito l'obbligo di utilizzare il decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130, per la verifica della condizione economica degli utenti.

Nella sostanza sembrerebbe dunque rispettato il principio dettato dall'articolo 23 della Costituzione. La «*prestazione personale o patrimoniale*» viene infatti imposta all'utenza in base

---

<sup>19</sup> L'atto di indirizzo al quale si fa riferimento nel testo citato, è il “Decreto Amato – Turco – Veronesi” esaminato all'inizio.

<sup>20</sup> Legge Costituzionale 22 novembre 1999, n.1: “Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle regioni”.

<sup>21</sup> Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3: “Modifiche al titolo V della parte II della Costituzione”

alla legge. Resta ora da comprendere a chi spetti regolamentarne l'applicazione anche alla luce delle modifiche costituzionali.

A ben vedere la legge n.328/2000 – varata dopo l'approvazione dei sopraindicati decreti legislativi – consente di affrontare anche quest'ultimo problema. L'articolo 8, comma 3, lettera l), assegna infatti alle regioni il compito di esercitare (tra le altre) la funzione relativa alla «definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g)». Tenendo cioè conto «dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109» che (a seguito delle integrazioni e modifiche apportate dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130) impone di considerare la «situazione economica del solo assistito» – se anziano non autosufficiente o in condizione di handicap permanente grave – ove lo stesso sia inserito in «percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria».

Secondo questa chiave di lettura della normativa non si tratta, dunque, di attendere un DPCM, ma di rivendicare che le regioni formulino «le disposizioni applicative del D.lgs.109 così come modificato dal D.Lgs.130, al fine di uniformare la prassi nel senso evidenziato»<sup>22</sup>.

### **Ricadute etiche e scelte politiche**

Ad oggi, come si è detto, la prassi di gran lunga prevalente tra i Comuni si allinea sulla tesi di non applicabilità del decreto legislativo n.130/2000. Si tratta però, a ben vedere, di «una considerazione più di carattere politico – economico ed organizzativo che non giuridico» in base alla quale «l'applicazione sistematica della normativa sopra menzionata secondo l'interpretazione più favorevole ai familiari dell'assistito non andrebbe in direzione di una maggior equità distributiva – di cui la difesa civica dovrebbe farsi garante – in quanto creerebbe dissesti finanziari in capo ai comuni attribuendo benefici in maniera indiscriminata, cioè anche a favore di soggetti provenienti da famiglie benestanti, famiglie che invece avrebbero la possibilità e quantomeno il dovere morale di provvedere»<sup>23</sup>.

I detrattori del decreto legislativo n.130/2000 accampano dunque una questione etica, apparentemente senza trarne le logiche conseguenze. Sembra infatti paradossale che – per evidenti ragioni di risparmio sul fronte della spesa pubblica – si proclami 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. Bisogna infatti ricordare che se «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», è altrettanto da considerare che le «cure gratuite» sono costituzionalmente garantite ai soli «indigenti» (articolo 32 della Costituzione). Dunque perché applicare «la logica del risparmio» esclusivamente nei confronti di persone che presentano bisogni di salute tali da richiedere elevati livelli di protezione sanitaria e socio sanitaria di lungo periodo? Probabilmente proprio per «far passare il messaggio» per gradi, applicando il (malinteso) «principio di equità» nei confronti dei più deboli per poi estenderlo al servizio sanitario nel suo complesso. Con buona pace di un altro principio – sancito dall'articolo 1 della vigente legge n.833/1978 – che prevede venga assicurata «l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»

In ogni caso, la soluzione individuata da chi si appella ai presunti «doveri morali» della famiglia – oltre ad essere illegittima – non ne considera nemmeno la reale situazione. Secondo l'analisi effettuata dal Centro Studi dell'Università romana di Tor Vergata (sui dati Istat del 2004) «295.572 famiglie (l'1,3% della popolazione) sono precipitate al di sotto della soglia di povertà a

---

<sup>22</sup> Regione Marche. Consiglio Regionale. Difensore civico: «Contribuzione al costo dei servizi socio assistenziali da parte degli utenti – Parere». Ancona 23 gennaio 2007.

<sup>23</sup> Ibidem.

*causa delle spese sanitarie sostenute. E altri 967.619 nuclei familiari (4,2% della popolazione), sempre per ragioni sanitarie sono state sottoposte a "spese catastrofiche". Il 45,6% delle famiglie impoverite è composta da anziani soli o da coppie di anziani senza figli. E comunque...la grande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano. Un over 65, inoltre, fa crescere del 42% la probabilità di impoverimento, e se gli anziani sono due, o più, l'aumento è del 50 per cento». Secondo la ricerca, inoltre, «sono ben 1,2 milioni i nuclei familiari costretti a pagarsi la salute out of pocket...Con alcune componenti che pesano più di tutte: i farmaci, la specialistica, l'odontoiatria e la long term care, almeno per le famiglie che possono permettersela»<sup>24</sup>.*

Appare chiaro che le famiglie di cui sopra non sono artefici, ma semmai vittime, della disegualianza sociale che si va diffondendo<sup>25</sup>. «Siamo tra i paesi che destinano» – alla spesa sociale – «meno risorse (25,18% del Pil tra il 2000 e il 2006), e le spese sanitarie e per gli anziani rappresentano poco meno del 75% della spesa sociale complessiva. I pensionati sono 16.561.600 (in media prendono 12.500 euro l'anno, ma 4 milioni di persone prendono meno di 500 euro mensili mentre mezzo milione oltre 2.000 euro)».<sup>26</sup> Infine non bisogna dimenticare che l'importo della pensione di invalidità – che viene erogata a coloro che non sono in possesso di alcuna risorsa e che, a causa dell'handicap che li ha colpiti, non sono in grado di svolgere alcuna attività lavorativa proficua – ammonta ad un massimo di 257 euro al mese!

A fronte di tale situazione occorre ritrovare la consapevolezza che è la politica che determina il cambiamento (in meglio o in peggio) della situazione sociale. In tal senso è necessario che vengano assunte 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 un dovere per la società ed una "convenienza" per tutti coloro che ne fanno parte. Stante la tendenza demografica, saranno infatti sempre più numerosi quelli che, divenuti non autosufficienti, dovranno affidarsi ai servizi sanitari e socio sanitari. E' quindi opportuno rivendicare – sin d'ora – il necessario «benessere sociale, cioè la possibilità delle persone di star bene, anche attraverso l'acquisizione di quelle cose che non si possono comprare, che non sono disponibili al mercato»<sup>27</sup>.

#### **Osservazioni sullo schema di disegno di legge approvato del Consiglio dei Ministri il 21 novembre 2007.**

Alla luce della argomentazioni esposte occorre in primo luogo ribadire l'importante principio che l'obiettivo principale del disegno di legge deve essere quello di perseguire la cura delle persone malate qualunque sia la causa, la fenomenologia e la durata della malattia, di migliorare le condizioni di vita delle persone in condizione di non autosufficienza e di contrastare l'impoverimento delle loro famiglie.

E' quindi necessario che il testo di legge sia fondato sul rispetto delle leggi vigenti – che già riconoscono il diritto soggettivo alle cure per le persone alle quali sono destinate le prestazioni oggetto del provvedimento – evitando di introdurre norme peggiorative quali la modificazione del decreto legislativo n. 130 /2000 che prevede che non si possano coinvolgere i familiari per il pagamento delle rette. Ad essi andrebbe invece erogato un contributo economico – ad integrazione dei servizi di cura domiciliare (sanitaria e sociale) – finalizzato a sostenere

---

<sup>24</sup> Roberto Turno "Famiglie più povere per la sanità", *Il Sole 24 ore* n. 331, 8 dicembre 2006.

<sup>25</sup> Secondo i dati presentati nel "Rapporto Eurispes 2007", oltre il 50% delle famiglie ha un reddito mensile inferiore a 1.900 euro al mese. Inoltre, l'indebitamento delle famiglie per spese mediche e personali risulta quantificato in 50.000 milioni di euro (più 4,7% rispetto all'anno 2005). Fonte: Luca Fazio, "L'Italietta del neofeudalesimo", *Il Manifesto*, 27 gennaio 2007

<sup>26</sup> Ibidem.

<sup>27</sup> Carlo Podda, "La funzione privata nel governo", *Carta*, n.9, ottobre 2006.

l'oneroso compito di assistenza che i congiunti delle persone croniche non autosufficienti si sobbarcano per consentire ai malati di continuare a vivere presso il domicilio (come da quest'anno avviene nella nostra realtà territoriale attraverso l'erogazione di assegni di cura sanitari).

Ciò premesso propongo, di seguito, alcune più puntuali osservazioni.

### **1. Distinguere la malattia dall'handicap.**

L'impostazione del disegno di legge promosso congiuntamente dai Ministri della Solidarietà sociale e della Sanità non tiene conto della necessità di tenere distinta la normativa per le persone non autosufficienti da quella relativa alle persone (minori e adulti) con handicap di natura fisica o psichica o sensoriale o intellettiva o relazionale.

Nel primo caso si tratta di persone malate, prevalentemente anziane, che richiedono interventi di cura ed assistenza, mentre per le persone in condizione di handicap, in particolare minori in età evolutiva di cui alla legge 104/1992, devono essere messe in atto – se necessario fin dalla nascita – tutte le iniziative praticabili per lo sviluppo e la valorizzazione delle loro capacità anche per un possibile inserimento attivo nella società.

Purtroppo, nel disegno di legge, anche se si assume l'ICF come criterio di classificazione, si prevede una commissione che ha, come compito, «*l'articolazione della condizione di non autosufficienza in diversi livelli di gravità in rapporto all'entità e alla tipologia degli atti essenziali della vita quotidiana che la persona non è in grado di compiere*». Dimenticando che, sulla materia, già operano la commissione per le invalidità civili e – per le persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104 – la commissione preposta agli accertamenti ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge.

### **2. Definire gli standard della prestazioni di livello essenziale.**

Nel testo esaminato si prevede che «*con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (...) siano contestualmente determinate: i. le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorirne l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera; ii. le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza; iii. i costi posti a carico del Servizio sanitario nazionale e quelli relativi alla componente sociale posti a carico del Comune, con l'eventuale compartecipazione dell'assistito ai sensi della successiva lettera d), per ciascuna tipologia di prestazione, ad esclusione di quelle ad elevata integrazione sanitaria, comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e interamente a carico del Servizio sanitario nazionale*».

La lettura del brano riportato suggerisce una prima domanda: per quale ragione occorre determinare tali prestazioni, visto e considerato che esse sono già state oggetto dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001<sup>28</sup> e 29 novembre 2001<sup>29</sup> (il secondo dei

---

<sup>28</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie" emanato in ottemperanza del disposto dell'articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 419/1998.

<sup>29</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"

quali ha addirittura assunto forza di legge con l'approvazione dell'articolo 54 della legge 289/2002)? Semmai – come giustamente prevede il disegno di legge – andrebbero definiti con chiarezza gli standard quantitativi e qualitativi di tali prestazioni.

Confrontando i testi della legge delega e dei due decreti si può tentare una risposta a tale domanda. L'attenzione degli estensori non sembra tanto rivolta alla determinazione delle prestazioni<sup>30</sup> (che, come afferma con apprezzabile sincerità il secondo decreto, «*non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale*») quanto alla “ricollocazione” di alcune di esse: dal sanitario a rilievo sociale, al sociale a rilievo sanitario. Con la conseguente possibilità di rideterminare «*i costi posti a carico del Servizio sanitario nazionale e quelli relativi alla componente sociale posti a carico del Comune, con l'eventuale compartecipazione dell'assistito ai sensi della successiva lettera d), per ciascuna tipologia di prestazione*».

In buona sostanza, vi è il rischio che, con riferimento ai “fattori produttivi impiegati”, vengano riviste (a ribasso) le “percentuali di costo” attualmente attribuite al Servizio sanitario nazionale. Con relativo maggiore aggravio per gli assistiti e – altra novità contenuta nel testo esaminato – per i loro congiunti, chiamati entrambi a farsi carico di una componente sociale di spesa probabilmente più elevata di quella attuale.

### **3. Rispetto dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000.**

Quanto alle «*modalità sulla cui base può essere richiesta agli assistiti la compartecipazione al costo delle prestazioni per la componente sociale*» il testo di delega se da un lato (giustamente) prevede «*con riferimento alla componente sociale delle prestazioni per i non autosufficienti, la revisione delle modalità di calcolo dell'indicatore ISEE relativamente alle componenti economiche con evidenziazione della situazione economica della sola persona assistita*», dall'altro stabilisce che «*limitatamente alla fase di graduale raggiungimento dei livelli essenziali e per le sole prestazioni residenziali non rivolte a persone in condizione di non autosufficienza particolarmente grave (...) nella determinazione dei criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni (...) possano rilevare le condizioni economiche del coniuge e dei soli parenti in linea retta di primo grado, entro limiti definiti rispetto al loro reddito, ai cariche familiari e alla quota di compartecipazione richiesta*».

In pratica viene annunciata la “sospensione” (per un lasso di tempo non determinato e difficilmente determinabile) del decreto legislativo 109/1998 e del decreto legislativo 130/2000, che prevede che «*limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali*» la contribuzione ai costi venga richiesta sulla base della «*situazione economica del solo assistito*»<sup>31</sup>, al fine di favorirne la permanenza presso il nucleo familiare di appartenenza.

Inoltre non si comprende che senso abbia prevedere che tale disposizione si applichi a «*prestazioni residenziali non rivolte a persone in condizione di non autosufficienza particolarmente grave*». Si vuol forse dire che si applica a tutti coloro che non raggiungono il

---

<sup>30</sup> Della definizione degli standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni si fa infatti menzione a parte, in un apposito comma dello stesso articolo.

<sup>31</sup> L'atto di indirizzo al quale si fa riferimento nel testo citato, è il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 citato precedentemente.

livello più alto di gravità ? Si spiegherebbe così la decisione di prevedere «*l'articolazione della condizione di non autosufficienza in diversi livelli di gravità*» che verrebbe evidentemente effettuata non solo con lo scopo di “calibrare” adeguatamente il piano assistenziale dell'utente ma anche al fine di prevedere la possibilità di una “penalizzazione economica” dei congiunti di coloro che necessitano di ricovero in struttura.

E' però da ricordare che l'utenza alla quale la bozza fa riferimento dovrebbe essere composta esclusivamente da adulti e da anziani che, in quanto affetti da patologie, hanno il diritto soggettivo ad essere curati e da persone con handicap permanente grave riconosciuto ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992. Per queste ragioni la disposizione “transitoria” che chiama i congiunti a contribuire al pagamento delle rette in caso di ricovero di persone in condizione di non autosufficienza “non particolarmente grave” risulta discriminatoria, in quanto viola le norme sul diritto alle cure e quelle poste a tutela della condizione di handicap grave. In ogni caso o il ricovero in struttura è necessario per la tutela dell'utente – e allora deve essere garantito a tutti a parità di condizioni – oppure non lo è (ed allora la prestazione può essere negata in modo motivato ed assicurando all'utente la possibilità di opporre ricorso)

#### **4. Riconfermare i vigenti diritti esigibili.**

A fronte delle direttive per la definizione di non autosufficienza fornite dal testo della legge delega – che accomunano persone con problematiche generate da cause diverse (e che, conseguentemente, richiedono diversi interventi e prestazioni) – potrà verificarsi la situazione in cui ai genitori di un giovane con handicap intellettivo non inseribile al lavoro (e percettore del solo reddito derivante dalla pensione di invalidità civile e dall'indennità di accompagnamento) verrà richiesto di contribuire – limitatamente alla fase di graduale (?) raggiungimento dei livelli essenziali – al costo dell'inserimento del proprio figlio in comunità alloggio. Esattamente come si potrà richiedere alla moglie ed ai figli di un adulto con patologie psichiatriche, o con il morbo di Alzheimer – e cioè di malati che hanno il diritto soggettivo ad essere curati – di farsi parzialmente carico dei costi di prestazioni residenziali che, con ogni evidenza, non possono che afferire pienamente alle competenze del sistema sanitario.

Che l'utenza alla quale il testo di legge fa riferimento venga chiamata a contribuire al costo delle prestazioni sulla base del reddito individuale è già previsto dalla vigente normativa. Ma gli effetti dell'estensione dell'onere di contribuzione ai congiunti non mancherà di farsi sentire, perché andrà inevitabilmente ad interferire con la possibilità di proporre ed effettuare interventi adeguati alle reali necessità degli utenti. Potrà cioè accadere – come ben sa chi ha avuto a che fare con gli anziani in condizioni di indigenza – che piuttosto di veder coinvolti i propri congiunti, gli interessati rinuncino alla necessaria assistenza. O che siano i familiari, “disincentivati” attraverso la leva dell'imposizione economica, a non richiedere le prestazioni che necessitano al proprio parente.

Occorre dunque adeguare i finanziamenti relativi al settore socio-assistenziale, senza però che vengano considerate di competenza dell'assistenza le funzioni attualmente svolte dalla sanità. Segnalo – a tale proposito – che la Giunta della Regione Piemonte con la deliberazione del 23 luglio 2007, n.37 – 6500, ha stanziato 5 milioni di euro annuali per rimborsare ai Comuni l'importo sostenuto per l'integrazione delle rette alberghiere non corrisposte interamente dagli anziani cronici non autosufficienti sulla base delle loro personali risorse economiche. Si può dunque ritenere, in base all'esperienza piemontese, che i 400 milioni stanziati per il 2008 dal fondo per le non autosufficienze possano consentire ai Comuni di provvedere all'integrazione delle rette riguardanti gli anziani non autosufficienti, i dementi senili degenti presso le Rsa ed i soggetti con handicap ricoverati. Oltre che ad implementare, in via prioritaria, i necessari interventi domiciliari.

A tale proposito sarebbe opportuno che il finanziamento di cui sopra venisse suddiviso sulla base delle prestazioni di livello essenziale (domiciliari, semi residenziali, residenziali, per la vita

indipendente e per il sostegno del volontariato intrafamiliare) specificamente destinate agli adulti ed anziani in condizione di non autosufficienza a causa di patologie croniche ed alle persone colpite da handicap grave e non autosufficienti. Infine appare difficile accettare che nel testo dello schema di legge delega non venga dato atto che la legge 1580 del 1931, essendo in contrasto con le norme di legge successive ed in particolare con l'articolo 25 della legge n. 328/2000, deve essere definitivamente abrogata.