Livelli essenziali di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale

Il testo analizza i contenuti della proposta di legge dei sindacati per la non autosufficienza. E'utile, ci si chiede, istituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza, quando già esiste un Fondo nazionale per le politiche sociali?

Mauro Perino
Direttore del Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona di Collegno e Grugliasco (To)

Premessa

Leggendo il testo della proposta di legge di iniziativa popolare per la non autosufficienza presentata dai sindacati si ha l'impressione che gli estensori non abbiano le idee chiare su quanto già prevede la legislazione vigente in termini di *diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie*. Non solo, ma si rileva una certa confusione anche per quanto attiene alle competenze che già afferiscono al comparto sociale, assegnato alla titolarità dei Comuni.

Esplicito subito la mia tesi: non c'è alcun bisogno di definire i "*livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti (LESNA)*" ma si tratta, semmai, di definire con legge dello Stato i livelli essenziali delle prestazioni (LIVEAS, LEP o altro acronimo) attraverso le quali rendere *effettivo* il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale per "*gli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere*" (Art. 38, Costituzione). Infatti le persone con patologie tali da determinare condizioni di non autosufficienza hanno già diritto - almeno dal punto di vista normativo - all'assistenza sanitaria ed a quella socio sanitaria.

Certamente è necessario che si abbia l'accortezza di coordinare i vigenti livelli essenziali sanitari e socio sanitari con quelli (da definire) relativi all'assistenza sociale. E, da questo punto di vista, la formulazione dell'articolo 3 della proposta di legge (intitolato "*Livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali e diritti esigibili*") non promette nulla di buono.

Ma prima di addentrarci nella disamina dell'articolo - che riprende il processo di pianificazione della legge 328/2000 (si propone un "Piano nazionale per la non autosufficienza") *rimuovendo* le implicazioni derivanti dalla modifica del Titolo V° della Costituzione[1] - proviamo a vedere cosa *già oggi* possono rivendicare – in termini di diritto alle cure sanitarie e *socio sanitarie* – "*le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale* (?)" menzionate nell'articolo 2, comma 1, del testo sindacale.

La normativa vigente

Iniziamo con l'esame del "Decreto Amato-Turco-Veronesi"[2] - citato all'articolo 6, comma 1, della proposta sindacale – 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[3]. – sono definite tenendo conto della natura del bisogno (in base 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"[4] - viene introdotta una "innovazione" dirompente: 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[5].

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 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 ai disabili 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 del disabile 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[6]) 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 *disabili gravi*; è attribuita invece per il 40% sul fondo sanitario e per il 60% sui dei fondi comunali - sempre fatta salva la compartecipazione dell'utente – l'assistenza ai *disabili gravi privi 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 (imponendo una sorta di contabilità "a tassametro" delle prestazioni).

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 residen-

ziali 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 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 unità 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*[7].

Giova 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…*". Dunque, per sintetizzare, si può affermare quanto segue: 1) sono già esigibili per legge i diritti alle prestazioni sanitarie[8] e a quelle socio sanitarie pur con contribuzione da parte degli utenti[9]; 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.

A COSA SERVE IL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA?

Ma se abbiamo già un Fondo nazionale per le politiche sociali (sotto stimato rispetto alle necessità e, recentemente, anche dimezzato dal Governo), che senso ha promuovere la costituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza? A maggior ragione se – come si afferma nell'articolo 3, comma 4, della proposta sindacale – "*Le prestazioni garantite dai LESNA non sono sostitutive di quelle sanitarie, si integrano con le stesse ed in particolare con quelle indicate nell'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio sanitaria, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni*".

Depurata dalla non proprio puntuale analisi della vigente normativa e dall'enfasi con la quale si proclamano "nuovi" diritti per la (non ben definita) "categoria" dei non autosufficienti, la finalità ultima della proposta sembra dunque essere quella di finanziare, attraverso il nuovo Fondo nazionale per la non autosufficienza, *i costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio sanitaria* che dal 2003 i Comuni sono tenuti ad accollarsi!

Viene davvero spontaneo pensare che sarebbe più lineare finanziare adeguatamente il Fondo nazionale per le politiche sociali, in quanto appositamente istituito per lo sviluppo degli interventi che *dovranno* costituire *il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi*. E ciò anche in base alla considerazione che se si confrontano tali interventi - elencati all'articolo 22, comma 2, lettere da a) a i) della legge 328/2000 – con quelli "*da assicurare in ambito*

Di fronte alla legge tutti i cittadini sono uguali ma non tutti sono cittadini

Dobbiamo purtroppo constatare come l'impegno per le politiche sociali vada attenuandosi, e non solo per mancanza di adeguate risorse, ma principalmente perché va diffondendosi l'idea che bisogna dire "basta" allo Stato protettivo dei più deboli, perché non solo esso non ha senso in una società adulta in cui tutti devono essere pienamente responsabili, e quindi autonomi, ma anche perché finisce con il ratificare una situazione di sostanziale sudditanza. Si disconosce però così che in una società fortemente competitiva e conflittuale, come la moderna, si moltiplicano, non si rarefanno, le condizioni di fallimento e di conseguente emarginazione, e che è indispensabile assicurare ai "nuovi poveri" adeguate reti protettive. A meno che non si voglia accettare un sostanziale darwinismo nella vita della società per cui è bene che il debole scompaia in quanto non utile all'organismo sociale. Se però distoglieremo lo sguardo da quelli che non riescono a farcela, dovremo necessariamente pagare un prezzo elevato non solo in termini di sicurezza e in termini economici, ma principalmente in termini morali. Inoltre, la cittadinanza oggi appare più declamata che realmente attribuita e vissuta. Non mi sembra che si possa onestamente dire che il cittadino conti oggi veramente nelle scelte e negli indirizzi della vita sociale; che la sua partecipazione sia effettiva e non puramente formale; che le possibilità di controllo del potere, e del suo modo di gestirlo, siano reali; che l'acquisizione delle notizie sia sempre genuina e completa, e non sapientemente dosata e manipolata; che l'individuazione e la determinazione delle strutture della vita comunitaria sia basata su un'attenzione alle esigenze di vita dei singoli e non legata invece a logiche economicistiche e mercantili, che privilegiano alcuni gruppi a scapito di altri; che l'appartenenza all'intera comunità non sia proposta all'appartenenza a gruppi o clientele a cui solo vengono assicurati privilegi; che sia veramente data a tutti l'eguale possibilità di esprimere e far conoscere il proprio pensiero. Infine, non si realizza una reale cittadinanza di tutti se viene teorizzata una doppia morale nella vita sociale: una, rigorosa, che deve valere per gli "uomini qualunque", che vanno severamente puniti se entrano clandestinamente per fame nel nostro Paese o se commettono i vituperati "reati di strada"; una, del tutto diversa, per i potenti, che devono essere esenti da responsabilità per gli atti, eventualmente anche delittuosi, commessi, in virtù della "purificazione" derivante dall'investitura popolare. Una morale per tutte le attività e una, contratta e sfumata, per i politici, che - si dice- non possono essere giudicati sulla base di canoni moralistici. Se però si supera il principio di eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla legge, non solo sarà sconfitta la giustizia, e si costruiranno legalità diverse e alternative, ma sarà anche minata alla base la coesione del corpo sociale, che non può consentire che alcuni uomini siano cittadini *pleno jure* e altri sudditi; che esistono nicchie sociali di impunità; che le esigenze più forti, non quelle più giuste, abbiano a prevalere; che il fine da perseguire legittimi qualunque mezzo. Va anche dilagando nel nostro Paese una filosofia politica - per la verità più pratica che teorica - che icasticamente qualcuno ha definito del "*libertinismo illiberale*", secondo cui deve essere tutelato e sviluppato l'illimitato diritto di ogni uomo a scegliere liberamente ciò che può essere per lui, anche illusoriamente, più utile, e deve essere superata la cultura del limite perché castrante. Poco importa se una simile filosofia politica finisca da una parte con l'atomizzare la società e dall'altra con il deresponsabilizzare il cittadino, travolto dal proprio delirio di onnipotenza. L'unico criterio possibile di giudizio sulla valenza del proprio comportamento è l'utilità che se ne può ricavare o il successo personale che si può raggiungere: non vi è più spazio né per un principio di moralità nell'azione umana, essendoci solo un'enfatizzazione alluvionale dei diritti dei singoli, né per il tema dei doveri, essenziale nella vita comunitaria per assicurare anche i diritti degli altri. Questo delirio di onnipotenza per cui tutto è lecito a chi osa è inoltre sicuramente incrementato dalla diffusa sicurezza dell'impunità per chi viola le regole comuni a cui abbiamo già accennato.

Alfredo Carlo Moro, In *Studi Zancan*, n. 6/2005

sociale" indicati all'articolo 3, comma 3, della proposta sindacale, si verifica facilmente che sono gli stessi e riguardano le stesse persone!

A fronte di un quadro normativo che indica chiaramente quali sono le competenze istituzionali ad erogare gli interventi e le quote di spesa che gli utenti ed i Comuni devono spartirsi, occorre dunque stabilire – con legge della Stato, come prevede il novellato articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione[10] – che non solo "*la contribuzione al pagamento dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio sanitaria" costituisce prestazione sociale di livello essenziale,* ma anche tutte le specifiche attività socio assistenziali rivolte ai minori privi delle cure famigliari, ai disabili intellettivi, agli anziani non in grado di provvedere alle proprie esigenze, alle gestanti e madri in difficoltà e a tutte le persone che necessitano di interventi finalizzati a consentirne l'uscita dall'emarginazione.

In tal modo si compirebbe, davvero, un significativo passo avanti *anche* nella tutela delle persone non autosufficienti e dei disabili! A condizione - ovviamente - che si dia concreta applicazione al comma 2 ter dell'articolo 3 del decreto legislativo 109/1998, modificato dal decreto legislativo 130/2000, in base al quale nessun contributo economico può essere richiesto ai parenti conviventi per il pagamento delle prestazioni ad esse rivolte.

1 " Per quanto riguarda le politiche sociali lo Stato è, dunque, chiamato, a norma della lett. m) del II comma dell'art. 117 Cost., a stabilire quali siano i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali (di seguito LEP) sulla scorta di quanto già stabilito dalla legge 328/2000, che continua a costituire un importante punto di riferimento per il settore ma che pure chiede di essere rivisitata e integrata sia per la sua natura di legge quadro (oggi non più compatibile con l'attribuzione alle regioni della competenza esclusiva in materia) sia per la struttura programmatoria (e non definitoria) dello strumento di azioni e di interventi ivi previsti. In altre parole, la legge 328 – in quanto approvata nel precedente impianto costituzionale, tutto imperniato sulla determinazione dei principi (da parte dello Stato) e sulla specificazione dei dettagli (da parte delle Regioni) – si limita a porre i presupposti (principi) che permettono di giungere ad una garanzia delle posizioni giuridiche soggettive implicate nella definizione delle prestazioni assistenziali, condizionando come è noto la concreta erogazione delle stesse (dettaglio) alle scelte degli enti locali, che risultano a loro volta condizionate dalle relative disponibilità finanziarie. Quanto viene invece richiesto dalla nuova norma costituzionale – e forse ancor di più dal contesto generale nel quale essa si inserisce – è una vera e *propria definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato e non più solo una programmazione degli stessi*. Tale norma si prefigge infatti di *garantire quel nucleo duro di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale contro il rischio di una frammentazione della stessa nelle diverse parti del territorio nazionale*". Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali: "*I Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*" in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n.1 – gennaio 2005.

2 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.

3 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

Il rapporto tra scuola e sanità: un rapporto di scambio di merci?

Quel proficuo lavoro tra scuola, psicologi e neuropsichiatri che ha caratterizzato gli anni della chiusura delle classi e scuole speciali e l'inserimento di tutti i bambini nelle scuole normali, quel fervore di studi fatti insieme, quel rovesciare rituali e abitudini didattiche oramai consolidate per cercare nuove vie che servissero ai bambini disabili e quindi a tutti, da cui la profonda ricchezza della disabilità, il suo essere risorsa, quel cambiare, per tutti i bambini e i giovani, i paradigmi dei tempi di apprendimento, le modalità di valutazione, l'intero sistema delle relazioni, tutto questo sembra ormai lontano. Oggi lo spostamento ideologico culturale dai costi sociali a quelli economici, da quelli collettivi a quelli individuali, conduce alla continua riduzione dell'intervento pubblico finalizzato al benessere dei cittadini.

Il rapporto tra scuola e sanità pare essere un rapporto di scambio di merci pieno di rivendicazioni, le richieste di insegnanti di sostegno, PEI non condivisi, assenza degli operatori sanitari, insegnanti lasciati soli di fronte a bambini che hanno una complessità clinica rilevante, sono preoccupanti segnali di una divaricazione tra operatori sanitari e operatori scolastici che dovrebbero invece insieme ricercare e studiare per offrire le migliori condizioni per una crescita e uno sviluppo sereni.

Ornella Morpugno Bondioli, in *Handicap & Scuola* n. 124 novembre-dicembre 2005

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 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".

4 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.

5 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 *risparmiate* 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*.

6 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".

7 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.

8 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.

9 Inclusi i diritti - che dovrebbero venire garantiti attraverso l'approvazione dei LESNA – elencati nell'artico 3, comma 2, della proposta di legge sindacale e cioè "*a) informazione e consulenza sulla rete delle prestazioni offerte per la non autosufficienza e accesso unificato ai servizi socio sanitari, nonché misure di pronto intervento; b) valutazione multi dimensionale individuale; c) Piano Individualizzato di Assistenza (PIA) e accompagnamento nel percorso assistenziale stabilito; d) prestazioni integrate (domiciliari, semi residenziali, residenziali e ricoveri di sollievo) nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale*"

10 Lo stato ha legislazione esclusiva per quanto attiene alla "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*".

Pacs, noi no gli onorevoli sì…

La signora Adele Parrillo, due anni fa, ha perso a Nassirya il suo compagno Stefano Rolla, ucciso da un attacco Kamikaze insieme a 18 connazionali. Lei però non ha diritto al risarcimento che spetta ai familiari delle altre vittime, perché i due non erano sposati. In Italia, chi convive anche da molti anni fuori dal matrimonio non può chiedere permessi di lavoro per assistere il partner che si ammala gravemente, non può continuare a vivere nell'appartamento del convivente deceduto senza il permesso dei parenti più prossimi, non ha diritto alla pensione di reversibilità. Circa 7 milioni di coppie di fatto devono ricorrere a contratti privati, che non hanno valore giuridico. In molti paesi europei il Patto Civile di Solidarietà (Pacs) dà alle persone che convivono da più di tre anni alcuni dei diritti patrimoniali che hanno le persone sposate. In Italia invece, fuori dal matrimonio, i diritti dei conviventi sono garantiti solo agli "eletti". Eletti in Parlamento! Infatti senatori e deputati possono estendere l'assistenza sanitaria integrativa interna (e fin qui niente da dire) ai loro conviventi, i quali possono però anche godere della pensione di reversibilità. E' sufficiente una comunicazione di convivenza scritta dal parlamento che ne fa richiesta. Oggi gli stessi detrattori del Pacs, laici e cattolici, non hanno chiesto l'abolizione di questo regolamento. Ci vuole una bella faccia tosta a non estendere a tutti un diritto che a Montecitorio esiste già da 10 anni!

Milena Gabanelli, In, *Io donna, Corriere della sera*, 22.10.2005