

I tagli indiscriminati e i “piccoli invisibili”

www.nelmerito.com - 01 febbraio 2013

di [Elena Paparella](#)

Abbiamo fatto un altro sogno (cfr. nelMerito, 16 novembre 2012, R.Fantozzi, M.Franzini, "Quei 13 milioni di euro della Regione Lazio...") ... il sogno di far riemergere – come con la penna trasparente che fa affiorare immagini invisibili – i diritti dei bambini e ragazzi disabili, questi “piccoli invisibili” spesso lontani dall’esperienza comune e colpevolmente sempre più sbiaditi nello scenario delle politiche di welfare nazionali e delle politiche sanitarie regionali

In realtà, queste politiche dovrebbero garantire ai “piccoli invisibili” una serie di servizi – istruzione scolastica, sussidi pensionistici, assistenza clinico-medica e terapie riabilitative – imprescindibili per un’esistenza dignitosa e per sperare in concreti miglioramenti sul piano fisico, cognitivo e sociale. Ma le politiche di cieco ridimensionamento della spesa pubblica destinata alla scuola, alla previdenza e alla sanità, non sembrano garantire tutto questo. Al contrario, esse hanno rapidamente smantellato il sistema integrato scolastico-socio-sanitario costruito, in oltre trenta anni, per far fronte ai bisogni dei disabili. Ricordiamo brevemente alcune tappe della costruzione di questo sistema.

Nel 1971¹ fu avviato il superamento delle scuole speciali per gli alunni portatori di handicap, anche grazie ai contestuali sviluppi della ricerca neuropsichiatrica infantile². La vera svolta si ebbe con la sentenza della Corte costituzionale del 1987³ che individuò il fondamento costituzionale del diritto all’integrazione scolastica dei minori disabili nei principi secondo i quali la “scuola è aperta a tutti” (art. 34, c.1, Cost.), l’istruzione è riconducibile alla garanzia dei diritti inviolabili dell’uomo “nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità” (art. 2, Cost.) e gli “inabili e i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale” (art. 38, c. 3, Cost.). Tali orientamenti furono in parte trasposti dal legislatore nelle disposizioni della legge n. 104/19924, in coerenza con un indirizzo pedagogico di scuola inclusiva che si è andato affermando nelle politiche e nella legislazione⁵ e ha condotto, tra l’altro, all’istituzione della figura dell’insegnante di sostegno con compiti, oltre che didattici, di integrazione sociale dell’alunno disabile⁶.

In quegli anni si creò un vero e proprio sistema integrato tra istruzione, previdenza e sanità, al servizio di bambini affetti da patologie come, ad esempio, autismo, malformazioni neurologiche congenite, sindrome di Down, cecità, patologie metaboliche o ritardi generalizzati dello sviluppo, che fu considerato tra i migliori nel panorama europeo e internazionale. Un duro colpo al processo di smantellamento, già in corso da qualche tempo, si ebbe con la riforma della scuola del 2008 - tradottasi in larga misura in una politica di mera decurtazione della spesa per l’istruzione e, nel caso specifico, nella riduzione dell’offerta didattica di sostegno. Uno degli effetti è stato il progressivo svuotamento della funzione di quelle sedi di periodico confronto e raccordo tra insegnanti, medici, operatori sanitari e famiglia che, costituivano una peculiarità del nostro sistema. Di conseguenza, la via giurisdizionale oggi appare sempre più come l’unico strumento efficace per assicurare il limitato numero di ore di didattica di sostegno garantite dalla legge.

I successivi e ripetuti tagli alla spesa pubblica hanno inciso, tra l’altro, sulle pensioni di invalidità per i minori, vistosamente – e subdolamente – ridotte anche tramite l’adozione di procedure più restrittive per l’accertamento dell’handicap⁷. Tra le novità negative più recenti si segnala un provvedimento adottato dall’INPS⁸ che, in totale assenza di passaggi parlamentari, bensì in esclusiva conformità ad una decisione della Corte di Cassazione⁹, ha cancellato il diritto alla pensione per tutte le famiglie con un componente invalido totale, il cui reddito lordo annuo sia superiore a 16.217,30 euro. A seguito di numerose manifestazioni di malcontento e, quindi, su sollecitazione del Ministro Fornero, l’INPS ha dovuto sospendere il provvedimento che avrebbe provocato la revoca della pensione a decine di migliaia di invalidi totali¹⁰.

Ciononostante, molte perplessità rimangono in ordine all’effettivo rispetto del principio di legalità relativamente agli atti adottati dall’Istituto di previdenza. Per quanto concerne l’assistenza sanitaria - che in questi casi si concretizza oltre che negli interventi più strettamente clinici, anche e soprattutto in progetti personalizzati di riabilitazione garantiti ai

minori disabili con procedura ambulatoriale nelle ASL, negli ospedali e nei centri convenzionati con le Regioni –la “Legge di stabilità 2013”, al di là delle conseguenze che avranno i tagli lineari ai trasferimenti alle regioni in essa previsti, contribuirà a ridurre significativamente i servizi, o a peggiorarne la qualità, attraverso l’innalzamento al 10% (oggi è al 5%) della riduzione degli oneri per i vecchi appalti.

Sul fronte della sanità regionale, sono note le difficoltà della Regione Lazio. Con un decreto del novembre scorso, il commissario Enrico Bondi ha posto le basi per il “piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario” e la realizzazione del “pareggio” del bilancio. Quest’ultimo, secondo le dichiarazioni dello stesso commissario, sarebbe perseguibile al 50% con l’applicazione della legge sulla spending review, per un altro 50% con l’abbattimento di costi per acquisti di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie del Lazio “in esito all’attuazione dei processi di spending analysis (controllo dei consumi e dei prezzi unitari di acquisto)” e attraverso la riorganizzazione dell’offerta assistenziale. Tale azione di razionalizzazione e di riduzione della spesa, che si è concentrata per il momento sulla rete ospedaliera e, in particolare, sugli ospedali privati appartenenti a enti religiosi, non può non essere accolta con favore (un discorso a parte meriterebbe naturalmente la questione dei dipendenti). Purtroppo, però, nell’ambito del settore sanitario privato convenzionato rientrano anche quelle strutture sanitarie appartenenti ad enti religiosi che di fatto soddisfano un’amplissima percentuale della richiesta di progetti riabilitativi per l’età evolutiva¹¹.

Il “decreto Bondi” sembra, per il momento, non incidere direttamente sui centri di riabilitazione per minori disabili e la speranza è che l’imminente valutazione del “piano di rientro” da parte del nuovo governo regionale non abbia l’effetto di sfavorire ulteriormente i “piccoli invisibili” che, negli ultimi anni, hanno dovuto subire le pesanti conseguenze di una sequela di riduzioni degli accreditamenti regionali ai centri convenzionati, in termini di riduzione delle ore di terapia e di incremento dei tempi, se non di chiusura definitiva, delle liste di attesa. Le remunerazioni delle prestazioni per molti di questi centri, solo sul territorio della capitale, sono state ridotte, dal 2010 al 2011, di cifre comprese tra 200 e 500mila euro, mentre dal 2011 al 2012 la riduzione ha spesso raggiunto il milione di euro, toccando in alcuni casi anche i 2 milioni¹².

Ogni intervento di riduzione degli enormi sprechi e degli abusi esercitati anche con la “copertura” della legge n. 104/1992⁴, appare non soltanto auspicabile ma anche pienamente coerente con le politiche di rientro del debito pubblico. Tuttavia, il dato che emerge molto chiaramente - e per di più in una fase in cui l’ottemperanza al principio dell’ “equilibrio” del bilancio nella sfera della finanza regionale era ancora agli albori dell’ “irrigidimento” in corso¹³ - è quello dei disastrosi effetti che il ridimensionamento della spesa per la sanità ha avuto su gruppi minoritari e debolmente rappresentati, come i bambini e i ragazzi affetti da patologie gravi e croniche. Questi soggetti sono titolari di diritti che rischiano di non essere tutelati neanche a un livello “minimo essenziale”. Al contrario, per molte ragioni, il bilanciamento di questi diritti con le disponibilità finanziarie dovrebbe garantire un livello di tutela almeno un po’ superiore a quello minimo essenziale.

1. □ *L. n.118/1971, Nuove norme in materia di mutilati e invalidi.*

2. □ *G.Bollea, Classi differenziali, classi speciali e scuola integrata, e Id., Critica alle classi differenziali nella scuola dell’obbligo, in Neuropsichiatria infantile, 1970, 902-916.*

3. □ *Corte cost., sent. n.215/1987.*

4. □ *Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*

5. □ *L. n.820/1971, Norme sull’ordinamento della scuola elementare.*

6. □ *Di recente Corte cost., sent. n. 80/2010.*

7. □ *D.l. n.78/2009 e Circolare INPS, 28/12/2009, n.131.*

8. □ *Circolare INPS, 28/12/2012, n.149.*

9. □ *Cass. Sez. lavoro, 25/2/2011, n.4677.*

10. □ *Messaggio INPS, 14/1/2013, n.717.*

11. □ *Regione Lazio, S.I.A.R. - Sistema informativo assistenza riabilitativa - L’attività riabilitativa estensiva e di mantenimento nel Lazio. Progetto anno 2008-2010, in www.asplazio.it, 23 aprile 2012.*

12. □ *Regione Lazio, Decreto del commissario ad acta, Remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78 dei soggetti erogatori privati accreditati per l’anno 2010, n. U0038, 31 maggio 2010; Id., (...) anno 2011, n. U0024, 25 marzo 2011; Id., (...) anno 2012, n. U00092, 7 giugno 2012.*

13. □ *Corte cost. sentt. n. 70/2012 e n. 115/2012.*