

**IL DIRITTO DI PAGARE IL GIUSTO, IL DOVERE DI CHIEDERE IL RISPETTO DELLE LEGGI:  
Le resistenze alla normativa statale sulla partecipazione degli utenti al costo delle rette**

di Raffaele Zinelli (Presidente associazione CartaCanta)

**Premessa**

Il 15 gennaio scorso i lavoratori della FIAT Mirafiori hanno confermato con il 54% di «SÌ» la firma all'accordo voluto da Marchionne e da alcune forze politiche e sindacali, i sostenitori del «NO» come la FIOM hanno ottenuto "soltanto" il 46% dei consensi. È più che probabile che i miliardi di investimenti promessi dall'ad di FIAT (con il contestuale ricatto di abbandono dell'Italia in caso di vittoria dei «NO») abbiano condizionato l'esito della consultazione a favore dei «SÌ» all'accordo e silenziato gli allarmi sull'attacco ai diritti acquisiti dai lavoratori paventati dai fautori del «NO».

La nostra intromissione in una partita a prima vista soltanto sindacale è giustificata e dal fatto che parole come promesse, ricatti e diritti ricorrono costantemente anche in materia di servizi sociali e dal presagio che l'accordo Mirafiori rappresenti il piede di porco per scardinare la già fragile normativa dei diritti civili e sociali costruita grazie alle decennali lotte dei nostri anziani.

Infatti il manager italo-svizzero-canadese, che ha contratto un debito pesante con il governo USA per salvare le sorti della plurifallita Chrysler, non si è accontentato di aver vinto ai punti il suo personale referendum con Torino e di aver spaccato in due il mondo del lavoro ma da vero *Marpionne* ha poi continuato ventilando il trasferimento del quartier generale FIAT a Detroit per ottenere dagli operai un'adesione piena all'accordo e dalle forze del «SI» rinunce ancora maggiori di quelle già siglate.

A riprova, le forze del «SÌ» hanno risposto con la disponibilità a festeggiare ordinatamente in fabbrica i 150 anni dell'unità d'Italia, il Governo e gli Enti Locali piemontesi si sono impegnati ad assicurare la *governabilità degli stabilimenti* e la *piena utilizzazione degli impianti* (qualcuno del fronte del «NO» ha parlato di *penosa acquiescenza*) e la FIAT ha ripromesso vagamente i suoi investimenti miliardari nel nostro Paese (denari dell'amministrazione USA che la FIAT, a partire dal 2014, a questa dovrà iniziare a restituire) rimandando, tramite un ricatto dilazionato guarda caso fino al 2014, la decisione di trasferire la testa dell'impresa altrove.

E tuttavia in questo quadretto romantico di una nuova primavera torinese che parrebbe avere per oggetto soltanto il destino della prima capitale d'Italia c'è più di un elemento di preoccupazione; alcuni di questi elementi, i diritti acquisiti, sono già stati sollevati dagli esponenti del fronte del «NO» e uno di questi in particolare ci accomuna nella sua difesa, ed è il tema della *Gestione dei permessi retribuiti* contenuto a pagina 35 dell'accordo Mirafiori dove si prevede che "Saranno individuate, a livello di unità operativa tecnologica, le modalità per una equilibrata gestione dei permessi retribuiti di legge e/o contratto nell'arco della settimana lavorativa". Ebbene in questa ventina di parole è racchiusa tutta l'intesa sindacale e politica, sfacciatamente bipartisan, di piegare l'uso dei permessi riconosciuti dalla legge 104/1992 ai lavoratori che assistono famigliari con handicap grave e agli stessi lavoratori con gravi disabilità, al supremo interesse della produttività aziendale (oggi di FIAT e domani perché non di altri?).

Tutto questo a fatto dire al direttore responsabile di HandyLex che "Nella sostanza l'azienda potrà limitare - invocando necessità tecnico-organizzative - i permessi lavorativi previsti dalla Legge 104/92. Il tutto per un'equilibrata (ma per chi?) gestione dei permessi. Quello che dunque oggi è un diritto soggettivo, diventerà un interesse legittimo e potrà essere negato". E poi ha rincarato: "Ma mentre a Marchionne rimane aperta la minacciata possibilità di fuggire sdegnosamente in Canada, le persone con disabilità e i loro familiari, comunque, in questa Italia devono rimanere...".

Rileggendo allora il titolo dell'ultimo editoriale della rivista edita da Fondazione Promozione Sociale, "Anziani cronici non autosufficienti e soggetti con grave handicap intellettuale: perchè gli utenti e le loro organizzazioni non rivendicano i fondamentali diritti esigibili sanciti dalle leggi vigenti?", ci sentiamo in dovere di riprenderne l'appello attraverso una ricostruzione delle ragioni di diritto offerte dalla normativa statale in vigore con il supporto soltanto di una piccola parte delle tantissime pronunce di Corte Costituzionale, Corte di Cassazione, Tribunali, Consiglio di Stato e TAR avverse alle pubbliche amministrazioni, sopravvenute dopo l'emanazione dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 e l'approvazione della legge quadro 328/2000.

### **Il fariseismo buonista che si oppone alle leggi nazionali**

Le ragioni politiche che sottendono il rifiuto di tante regioni, amministrazioni locali, forze politiche e sindacali all'applicazione della normativa statale in tema di accesso alle prestazioni sociali come pure la resistenza a questa opposta, fin dall'inizio, da quella stessa maggioranza politica che la normativa l'ha partorita, votata e poi rivendicata con tanta enfasi, restano ancora in parte avvolte nella nebbia insieme alle altre che hanno caratterizzato le tante vie italiane "a qualcosa" che non sono mai approdate a nulla perché nate appunto per spostare l'attenzione dagli obiettivi reali.

Tutto quanto assomiglia tanto alla "riforma" delle ex IPAB in ASP che quella stessa maggioranza politica ha voluto far fallire già all'atto della sua presentazione. È importante però almeno sottolineare che da questi oppositori dal volto coperto non sono mai pervenute critiche seriamente motivate alle leggi nazionali, ma addirittura sono arrivate dichiarazioni ipocrite e cavillose del tipo «vorremmo adeguarci ma nella normativa manca un decreto amministrativo» o «condividiamo i presupposti della normativa ma l'intervenuta riforma costituzionale del 2001 ne ha purtroppo eliminato l'efficacia».

Altro fatto da annotare è che queste posizioni non sono mai state oggetto di un confronto pubblico e tanto meno dagli autori messe nero su bianco ma sono state argomentate esclusivamente nel chiuso delle aule di tribunali dove gli amministratori locali e i gestori pubblici hanno trascinato, usando i soldi dei contribuenti, le famiglie che hanno avuto il coraggio (e fortunatamente anche le risorse) di ribellarsi ai loro soprusi.

Già, poiché è un fatto che gli impegni al pagamento delle rette vengono strappati a famigliari in condizioni di debolezza contrattuale perché costretti dalla necessità del ricovero del congiunto ed è un altro fatto che assistenti sociali e medici, che agiscono in qualità di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, omettono di informare i famigliari delle leggi nazionali a loro tutela e anzi li disinformano spacciando per legittimo un quadro normativo locale che in realtà sopravvive in aperta violazione a quello statale in vigore.

Come ha scritto un funzionario della Provincia di Piacenza, *"La compartecipazione ai costi delle prestazioni erogate richiesta agli utenti e, soprattutto, alle loro famiglie, si è sempre poggiata sulla capacità persuasiva dell'assistente sociale locale e/o sulla percezione della assiomatica legittimità dell'azione comunale"*. Se a questo aggiungiamo la vergogna o il ritegno di molti ad ammettere la loro difficoltà economica, il cerchio è completo: si paga in silenzio e basta.

Questo fariseismo buonista, ampiamente diffuso anche presso molte organizzazioni sindacali, è stato comunque svergognato da una cascata di sentenze tra le quali spicca per severità la n. 4003/2008 del TAR della Lombardia che, a proposito della pretesa incompletezza della normativa statale mossa dal Comune di Rosate (in questo caso la mancata emanazione del decreto previsto all'art. 3, comma 2-ter del decreto legislativo 109/1998) che gli impediva, a suo dire, di dar luogo alla norma che per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate per le persone con handicap grave o non autosufficienti prevedeva il riferimento al reddito del solo assistito, ha affermato che:

*"La mancanza di un atto amministrativo di natura regolamentare, che non è stato adottato a distanza di dieci anni dall'approvazione della norma di legge che ne autorizza l'emanazione, non può inibire l'applicazione di una norma che possiede in sé sufficienti caratteri di determinazione per essere suscettibile di applicazione anche in assenza della normativa di dettaglio. Peraltro il procedimento di emanazione del richiesto D.P.C.M. è stato la causa del suo ritardo poiché i Comuni, attraverso i loro enti associativi in sede di Conferenza unificata, hanno fatto resistenza a l'approvazione dello schema di decreto predisposto dal Governo poiché ritenuto troppo oneroso"*.

Ma le conseguenze di questi comportamenti particolarmente odiosi perché ipocriti e vessatori, non si sono esaurite nelle figure meschine fatte nelle aule giudiziarie dalle pubbliche amministrazioni (e in particolare anche dai loro dirigenti ammaestrati) o ad uno sperpero continuo di denaro pubblico.

Ha ben scritto l'avvocato della LEDHA, la lega per i diritti delle persone con disabilità, che purtroppo *"È evidente come in tutti questi anni numerose famiglie italiane siano state impoverite da richieste inique fondate su motivazioni assolutamente infondate non solo da un punto di vista giuridico ma anche morale. Solo oggi si 'scopre' insomma che sono stati gli stessi enti locali a non aver voluto quel decreto che avrebbe chiarito le modalità attuative dell'ISEE individuale"*.

### **Sindacati e consenso sociale**

Per essere più aderenti alla realtà, nel ricapitolare le contestazioni che da oltre 10 anni gli amministratori pubblici muovono alla vigente normativa nazionale sull'accesso alle prestazioni sociali agevolate useremo come traccia alcune dichiarazioni rilasciate pubblicamente a Bergamo e a Bologna dai tre maggiori sindacati dei pensionati, la categoria sociale che più di ogni altra accomuna sia i destinatari delle prestazioni che i loro famigliari. Questo in quanto risulta evidente che agli Enti Locali non sarebbe stato possibile tacere per tanto tempo sull'applicazione dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 se non avessero potuto contare sul consenso che soltanto i sindacati erano in grado di costruire attorno le loro politiche sociali.

Tra i principî che stanno alla base delle politiche sociali bipartisan dell'ultimo decennio, quello dell'universalismo selettivo è certamente quello che ha più motivato politicamente l'ostilità degli Enti Locali all'applicazione dell'ISEE individuale per regolamentare il livello di compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi. Questo terribile ossimoro linguistico e di fatto, che testimonia l'eterna mancanza nel nostro Paese di un'equa politica fiscale, significa soltanto che se non sarà più possibile, per mancanza di fondi, assicurare a tutti il godimento dei diritti sociali, allora si renderà necessario selezionare gli aventi diritto attraverso ad esempio il colore della pelle (va da sé che sarà preferita quella bianca), l'età (e poco importa se molti pensionati da lavoro dipendente sono stati gli unici a pagare le tasse) o la capacità contributiva dell'intera rete parentale.

L'idea dell'universalismo selettivo è furbescamente riaffiorata nel Libro Bianco di Sacconi ma la sua primogenitura è da attribuire a qualcun altro più vicino, almeno per definizione, ai pensionati. Nel 2005 infatti la CGIL di Bergamo, che criticava le richieste di un Comitato Ospiti e Parenti affinché venissero applicati i decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, difendeva l'accordo raggiunto con il Comune titolando che *"il principio dell'universalismo selettivo è un principio di equità e va difeso"* e spiegando che secondo questo principio *"la prestazione è universale (come per la sanità) ma la gratuità è subordinata alla prova dei mezzi. Se ci fossero risorse per estendere l'universalismo incondizionato dalla sanità anche all'assistenza, il problema non si porrebbe. Ma poiché si pone ecco che è necessario discriminare e prevedere soglie di compartecipazione"*. Peccato per loro che, come ebbe a scrivere nel 1997 il CSA di Torino proprio a CGIL, *"per la Cgil il cancro, la demenza, le cardiopatie, il diabete e le altre patologie non sono da considerarsi malattie per gli anziani ma aspetti della non autosufficienza connessi al deterioramento psicofisico dovuta all'età"*.

Guai dunque ad abusare della semplice parola «diritto» Infatti la Fondazione Promozione Sociale di Torino ricorda spesso con le parole del magistrato Livio Pepino quando possiamo parlare di diritto: *"Caratteristica immancabile di ogni diritto è la sua esigibilità, cioè la possibilità di ottenere una tutela anche coattiva in caso di inadempimento da parte di chi deve realizzarla [...] il diritto soggettivo si differenzia dal semplice interesse o dalla semplice aspettativa per il fatto di essere esigibile, cioè per l'esistenza nell'ordinamento di mezzi che ne garantiscono l'attuazione"*, diversamente, *"un diritto subordinato alle risorse è semplicemente un non diritto"*.

Ad ogni buon conto, sempre nell'ambito della polemica con il Comitato utenti, la CGIL bergamasca adduceva ordinatamente *motivazioni di diritto* e *motivazioni politico-sociali*:

*"a) Successivamente [al decreto legislativo 130/2000] è intervenuta la riforma del Titolo V della Costituzione; l'assistenza non è citata (tranne quella propriamente sanitaria) né tra le materie di legislazione esclusiva dello Stato, né tra quelle di legislazione concorrente Stato-Regioni. È quindi materia di legislazione regionale (si potrebbe dire purtroppo!, ma è così). [...] In questo contesto, [normativo regionale] continuare ad appellarsi alla norma del Decreto 130 è inutile e, se si intraprendono azioni legali, come si è fatto, anche dannoso e autolesionista;*

*b) È vero, invece, che le rette sono molto costose e difficilmente sostenibili da molte famiglie, specie quelle economicamente meno avvantaggiate. Ma sono costose perché è il servizio stesso ad essere costoso, richiede molto personale, richiede presenza notturna, richiede intensità di assistenza per alcune tipologie di assistiti con scarsa o nulla autosufficienza"*.

Taciamo sulle pietose *motivazioni politico-sociali* della CGIL di Bergamo ma su quelle *di diritto* la ringraziamo perché ci ha offerto lo spunto per chiarire, più avanti, le conseguenze della riforma del Titolo V della Costituzione sui servizi sociali. Naturalmente Bergamo non è rappresentativa di tutte le anime presenti in questo grande sindacato e dunque, per fortuna, esistono in Italia altre CGIL che su questa materia hanno assunto posizioni opposte alla consorella bergamasca.

Ricordiamo ad esempio la CGIL di Torino che da qualche anno promuove attivamente la normativa regionale (anche le Regioni non sono tutte uguali a quella lombarda o alla nostra) che *"incentiva Comuni, Consorzi socio-assistenziali, Comunità Montane a prendere a riferimento il solo reddito e patrimonio dell'utente. Nelle situazioni di insufficienza del reddito e/o del patrimonio dell'utente si ha diritto alla integrazione della retta giornaliera da parte dell'Ente gestore delle attività socio-assistenziali di residenza dell'utente"*.

Ma possiamo anche citare la CGIL di Trento che in un comunicato stampa del maggio 2008 scriveva *"Rsa. Rette solo sulla base dei redditi degli assistiti. Lo stabiliscono le sentenze di alcuni Tar. Nessuna rivalsa sui familiari degli anziani in casa di riposo. In applicazione a quanto previsto dall'art. 3 del decreto legislativo 130 del 2000, tali sentenze stabiliscono che la situazione economica da prendere in considerazione per determinare il contributo alla spesa - la retta alberghiera - è unicamente quella della persona assistita dalle Rsa. A questo proposito la Regione Piemonte ha già provveduto con deliberazione della Giunta ad approvare i nuovi criteri secondo i quali per determinare la quantità della compartecipazione va rilevata la situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario della prestazione. La Cgil e lo Spi ritengono che i principi del decreto legislativo dovranno trovare applicazione anche nella nostra provincia"*. Su questo però non sappiamo com'è andata a finire, o peggio, temiamo di saperlo.

Tuttavia stiamo scrivendo da Parma, o per dirla più francamente, da *"Quel gran pezzo dell'Emilia"* dello scomparso Edmondo Berselli e da quel *"Mondo Piccolo"* di Peppone e Don Camillo che sono stati la culla di quel buonismo ideologico che nel dopoguerra ha dato la luce ai padri dell'attuale classe politica locale ed è perciò con le politiche sociali della nostra regione che oggi dobbiamo fare i conti.

### **Il frutto della concertazione in Emilia-Romagna**

I vincitori del premio della schiettezza, logicamente riservata e non manifesta, sono certamente le confederazioni sindacali CGIL, CISL e UIL dell'Emilia-Romagna che il 21 dicembre 2009 hanno siglato il Protocollo d'Intesa con la Regione e l'ANCI regionale avente per oggetto il *"Percorso per la definizione del sistema di compartecipazione al costo dei servizi socio-sanitari, sociali e socio-educativi da parte dei cittadini"*. Il testo dell'intesa recita esattamente:

*"La proposta della Regione Emilia-Romagna risulta non solo opportuna per creare condizioni di maggiore equità, ma anche necessaria per costruire un coerente e chiaro quadro di riferimento normativo sia per i cittadini che per gli Enti Locali che, nella prospettiva di una maggiore equità e di una reale sostenibilità del sistema dei servizi, individui le responsabilità dei diversi soggetti, eliminando le ragioni di un crescente contenzioso derivante da un quadro normativo rimasto incompleto dopo l'approvazione della modifica del Titolo V della Costituzione; [...] Si riconosce l'importanza della scelta di individuare criteri ulteriori per la determinazione della contribuzione, anche considerando i redditi esenti IRPEF, definendo successivamente per quali servizi prendere in considerazione anche i redditi esenti, e per ciascuna tipologia il livello massimo degli stessi ai fini della contribuzione"*.

Il verbale del Consiglio delle Autonomie Locali di Bologna del 30 novembre 2009 dunque ci conferma che non sono state le tensioni ideali a spingere la Regione intera a chiedere la modifica radicale delle regole sulla contribuzione al pagamento dei servizi che nel 2000 i suoi rappresentanti in Parlamento avevano legiferato, ma solo quelle più prosaiche della mancanza di risorse.

La Regione infatti ha ritenuto che la tassazione di scopo che contribuisce ad alimentare il Fondo Regionale della Non Autosufficienza non è più sufficiente a coprire il costo dei servizi sui quali da quattro anni grava anche il peso della controriforma delle ex IPAB in ASP (disegnate su misura del privato cooperativo per eliminare il soggetto pubblico dalla gestione) e allora, per bocca del suo ex assessore alla Sanità, *"chiарisce che il meccanismo [attuale di finanziamento] può reggere nel tempo se aumentano le risorse o, in alternativa, se aumenta la compartecipazione delle famiglie, altrimenti non è più possibile mantenere il livello qualitativo fissato. Relativamente all'ISEE, la Giunta intende adottare tutte le misure possibili per ampliare la compartecipazione delle famiglie ai costi dell'assistenza residenziale e, a tal proposito, vuole introdurre una norma che, nella determinazione del reddito, posto come base del calcolo ISEE, ricomprenda i familiari di primo grado in linea retta"*.

Lo sbocco naturale di questa scelta non poteva che essere l'approvazione di una nuova legislazione regionale che modificasse ad arte quella esistente e pertanto CGIL-CISL-UIL, Enti Locali e Regione il 17 dicembre 2009 *"si impegnano a promuovere, anche nell'ambito dell'applicazione di quanto previsto con la modifica legislativa dell'art. 49 della Lr 2/2003, un sistema universalistico che, a parità di condizioni di bisogno ed attuando il principio di progressività, risulti più omogeneo, più equo, e meno oneroso per la maggioranza dei cittadini. In tale quadro si concorda sulla necessità di una rapida approvazione della modifica dell'art. 49 e di una tempestiva definizione degli indirizzi per renderla applicativa a livello distrettuale"* (dal Verbale di incontro del 17/12/09).

E puntualmente la Regione ha riscritto nella totale illegittimità, che diventerà ancora più evidente nei capitoli successivi, il "contenuto" del precedente art. 49 della legge regionale 2/2003:

*"1. La Giunta regionale, con propria direttiva, acquisito il parere del Consiglio delle Autonomie locali, sentita la commissione consiliare competente, definisce gli indirizzi generali per il concorso da parte degli utenti al costo dei servizi sociali e socio-educativi, sulla base del principio di progressività in ragione della capacità economica dei soggetti, ai sensi dell'articolo 53 della Costituzione, e nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo n. 109 del 1998, prevedendo comunque ulteriori criteri a tutela della condizione delle famiglie numerose, ai sensi dell'articolo 31 della Costituzione.*

*2. In via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro relativo finanziamento, sono previste forme di compartecipazione della persona assistita ai costi, non coperti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, delle prestazioni relative ai servizi socio-sanitari a favore delle persone non autosufficienti anziane o disabili.*

*3. Nel rispetto dei principi di equità, omogeneità e progressività in ragione della capacità economica degli utenti non autosufficienti, nonché di quelli in materia di indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), con specifica direttiva della Giunta regionale, acquisito il parere del Consiglio delle Autonomie locali, da sottoporre a verifica dopo il primo biennio di applicazione, sono definite le modalità di concorso da parte degli utenti al costo alle prestazioni relative ai seguenti servizi socio-sanitari: assistenza domiciliare, servizi semiresidenziali e residenziali. La direttiva tiene conto dei seguenti criteri:*

*a) applicazione, in via generale, dell'indicatore della situazione economica del solo assistito;*

*b) previsione, quale criterio ulteriore, ai fini della valutazione della situazione economica equivalente dell'assistito, del computo di eventuali indennità di carattere previdenziale e assistenziale percepite dall'utente, considerate esenti ai fini IRPEF, da definirsi nella stessa direttiva, fatte salve le indennità di natura risarcitoria;*

*c) individuazione di limiti percentuali, differenziati per tipologia di servizio, della quota dei redditi esenti ai fini IRPEF, comunque incidenti sulla determinazione della contribuzione ai costi;*

*d) in deroga al criterio previsto alla lettera a), allargamento della valutazione economica ai familiari conviventi, ai sensi dell'articolo 2, commi 2 e 3, del decreto legislativo n. 109 del 1998, nel caso in cui il coniuge o altro convivente, anziano o figlio disabile del soggetto assistito, siano costretti per il sostentamento e per il mantenimento del proprio equilibrio di vita a far riferimento ai redditi dell'assistito;*

*e) per i servizi residenziali per anziani, trovano applicazione i criteri previsti alle lettere b) e d), nonché, quali criteri ulteriori, la valutazione del patrimonio costituito da beni immobili e mobili registrati nonché la previsione, nel caso di impossibilità dell'assistito di fare fronte all'intera quota a proprio carico, della richiesta di compartecipazione al costo del servizio ai familiari in linea retta entro il primo grado in ragione della loro situazione economica; tale situazione è determinata tenendo conto del valore ISEE del singolo familiare e dei soggetti fiscalmente a suo carico; è comunque fatta salva una quota minima di reddito spettante all'assistito per fare fronte alle spese personali;*

*f) previsione di un margine di variabilità delle soglie di contribuzione a livello territoriale, in considerazione delle specifiche condizioni socioeconomiche che caratterizzano i diversi ambiti distrettuali".*

Il precedente art. 49 della L.R. 2/2003 così invece prevedeva: *"Il Consiglio regionale, con propria direttiva, definisce i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, sulla base del principio di progressività in ragione della capacità economica dei soggetti e nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 109".* Cioè nulla!

Dopo aver preso atto dell'immobilismo della Regione che dal 2003 non ha ancora emanato la direttiva pur prevista in entrambe le versioni dell'art. 49, sarebbe interessante conoscere le nuove ragioni di diritto (ammesso e non concesso che esistano) che consentirebbero oggi alla Regione non soltanto di aggirare i dettami della legge quadro 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, ma addirittura di computare all'assistito elementi reddituali e patrimoniali ulteriori e diversi da quelli stabiliti dalla normativa statale vigente e pure di includere altri i parenti di primo grado (genitori e figli), soggetti diversi dall'assistito o non presenti nel suo nucleo familiare, nella partecipazione al costo dei servizi.

Poiché, anche in questa materia, la Regione non abbonda in trasparenza e comunicazione, al momento l'unica "innovazione" di diritto presente al 1° comma del novellato art. 49 parrebbe il riferimento all'art. 53 della Costituzione (*Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività*) anche se per i servizi sociali la compartecipazione degli utenti è stata ben definita dal legislatore statale nel decreto legislativo 109/1998 attraverso lo strumento dell'ISEE e dalla Regione poi "arricchita" con i proventi della fiscalità che alimenta il Fondo Regionale della Non Autosufficienza.

Comunque non dovremmo essere noi a ricordare alla Regione che l'art. 23 della Costituzione sancisce che "nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge" (ovviamente statale) e che pertanto gli è vietato imporre contributi economici a coloro, come i familiari, che non beneficiano direttamente di servizi per i quali lo Stato, in virtù dei suoi poteri nella *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni* previsti nel riformato articolo 117 della Costituzione, ne ha già definito regole di accesso uniformi a livello nazionale.

Non è facile, in assenza di confronti o dichiarazioni pubbliche sul tema, ricostruire l'eventuale dibattito svoltosi in seno alla Regione sulla scelta di allargare la compartecipazione delle famiglie ai costi dei servizi residenziali. Un paio di documenti provenienti dai tavoli tecnici regionali tuttavia ci aiutano a comprendere, come per Bergamo, alcune delle motivazioni di diritto e politico sociali che hanno preceduto la decisione di modificare l'art. 49 della legge regionale 2/2003.

Nella riunione del Gruppo Tecnico Misto e P.A.R. regionale del 22 marzo 2007 se da un lato erano emerse riserve da parte di un dirigente regionale, "Per quanto riguarda il «nodo» dell'applicazione ISEE, questo rappresenta senza dubbio pesanti iniquità (vedi documento CUPLA) e, quindi, ci si deve chiedere quale può essere una omogeneità regionale. In settori diversi è logico utilizzare soglie di accesso diverse. A livello socio-sanitario l'applicazione «differenziata» dell'ISEE ha prodotto contenziosi e conflitti riportati anche dal Difensore Civico e dal Tribunale per i Diritti del Malato. Sentenze che «condannano» gli EE.LL. sulla base dell'applicazione ISEE al singolo e non al nucleo familiare. Per gli anziani, ad esempio con l'Assegno di Cura, la situazione ISEE è riferita al solo anziano e non al suo nucleo familiare (abbiamo usato il «buon senso» ...)», dall'altro un dirigente del Comune di Modena evidenziava "la necessità di applicare l'art. 49 della L.R. 2/2003 perché l'estrapolazione dell'ISEE del solo anziano è stata dettata sulla base di un decreto che - però - non è mai uscito. Fuori dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) la pertinenza legislativa spetta comunque alle Regioni". Peccato che questo dirigente si sia così poco documentato.

Quest'ultimo punto, a quanto ci è dato di conoscere, è comunque il pregresso motivazionale della Regione Emilia-Romagna al suo silenzio sulla inosservanza dell'ISEE come criterio di accesso ai servizi socio-sanitari. A distanza di 10 anni dalle modifiche introdotte dal decreto legislativo 130/2000 e nonostante le tante sentenze che obbligano Regioni e Comuni a darne immediata applicazione, la Regione ha preferito concludere il suo lunghissimo periodo di silenzio con la "dotta" osservazione che la mancata emanazione di un decreto amministrativo le avrebbe finora impedito di adempiere alla normativa legislativa statale che dell'ISEE ne ha fatto il primo elemento di riferimento per regolamentare l'accesso alle prestazioni sociali agevolate.

### **La riforma del Titolo V della Costituzione**

La riforma approvata con legge costituzionale 3/2001 e si badi bene, successivamente ai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 come pure alla legge quadro 328/2000, è stata spesso esibita da un'eterogenea alleanza di enti locali, regioni, forze politiche e sociali come una sorta di pietra tombale sul potere legiferante dello Stato in materia di servizi sociali e di conseguenza come una sepoltura della normativa statale fino a quel momento emanata.

Questo nonostante al secondo comma del novellato art. 117 della Costituzione sia stata comunque stabilita la legislazione esclusiva dello Stato nella *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* e al terzo comma che *“Nelle materie di legislazione concorrente [quale la tutela della salute] spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato”*.

Per rispondere alla sicurezza esibita dalla CGIL di Bergamo che nel novembre 2005 gongolava perchè nel riformato Titolo V della Costituzione *“l’assistenza non è citata [...] è quindi materia di legislazione regionale”* e che *“continuare ad appellarsi alla norma del Decreto 130 è inutile”*, ricordiamo la sentenza n. 287/2004 della Corte Costituzionale che così ha stabilito:

*“Al fine di pervenire ad una delimitazione della nozione di «servizi sociali» è necessario fare riferimento, innanzi tutto, alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), la quale, all’art. 1, comma 1, nel fissare i principi generali e la finalità della legge, ha affermato che «la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione». Il comma 2 del medesimo articolo dispone, inoltre, che per «interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività previste dall’articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112» [...] In particolare, il comma 2 dell’art. 128 [del decreto] dispone che con tale nozione si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno o di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia. [...] La stessa Regione Emilia-Romagna, con la legge 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), all’art. 1, comma 2, ha previsto che “gli interventi ed i servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali (...) sono volti a garantire pari opportunità e diritti di cittadinanza sociale, a prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche”. Le disposizioni contenute nei provvedimenti legislativi sopra richiamati evidenziano la sussistenza di un nesso funzionale tra i servizi sociali, quali che siano i settori di intervento (ad esempio famiglia, minori, anziani, disabili), e la rimozione o il superamento di situazioni di svantaggio o di bisogno, per la promozione del benessere fisico e psichico della persona”.*

Pertanto se per la materia dei servizi sociali, l’assistenza, la Corte Costituzionale ha preso come riferimento la legge quadro 328/2000, ne discende pure l’imperatività del suo art. 25 secondo il quale *“i 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”*.

Per riempire il *quadro normativo rimasto incompleto* chiudendo finalmente il *contenzioso* accumulatosi in Emilia-Romagna (come in altre regioni), in precedenza la Corte Costituzionale con sentenza n. 88/2003 si era così nettamente pronunciata sulla competenza dello Stato nella determinazione dei *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* riconosciuta dal nuovo art. 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione:

*“L’inserimento nel secondo comma dell’art. 117 del nuovo Titolo V della Costituzione, fra le materie di legislazione esclusiva dello Stato, della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto”.*

E ancora che "[...] l'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2003), ha confermato per il futuro la utilizzabilità dei "livelli essenziali di assistenza previsti dall'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni", ha affermato che «le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale» sono quelle di cui al d.P.C.m 29 novembre 2001".

Il suddetto decreto sui cosiddetti LEA, livelli essenziali di assistenza (sanitaria), ha riaffermato da un lato gli obblighi all'assistenza sanitaria già previsti dall'art. 15 della legge 328/2000 ("restano ferme le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti") e ha incluso tra le prestazioni a carico della Sanità, seppure con una diversità di oneri, "quelle sanitarie di rilevanza sociale" ossia "le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale 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".

Più esattamente, nell'allegato 1C del decreto, attività sanitaria e socio sanitaria a favore degli anziani, è specificato che:

- a) le "prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva" sono a totale carico del SSN;
- b) le "prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo" sono invece per il 50% (la retta "sanitaria") a carico del SSN e il restante 50% (la retta "alberghiera") a carico dell'utente o del Comune in caso di sua incapacità reddituale.

Su quest'ultimo punto, il finanziamento della quota di retta alberghiera a carico dei Comuni, la 328/2000 al comma 4 dell'art. 6, "Funzioni dei comuni", prevede che "Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica" e al comma 5 dell'art. 8, "Funzioni delle regioni", che "Con la medesima legge [regionale], le regioni disciplinano [...] il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse". Pertanto i contratti estorti agli utenti potrebbero anche essere invalidati per carenza d'interesse ad agire (ex art. 100 c.pc.) avendo la legge individuato con assoluta chiarezza i soggetti (i Comuni) ai quali i gestori avrebbero dovuto indirizzare le loro richieste.

A chiarimento definitivo, i giudici del TAR della Lombardia con sentenza n. 1583/2010 hanno così ribadito il ruolo esclusivo del legislatore statale nella definizione dei criteri per l'individuazione dei soggetti aventi diritto a prestazioni da questo ritenute essenziali:

"Va, pertanto, ribadito che i criteri stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, essendo funzionali all'accesso alle attività e ai servizi essenziali delineati dalla l. 2000 n. 328 (sul punto si richiama ancora l'art. 25 della l. n. 328), sono preordinati al mantenimento di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi e per gli effetti dell'articolo 117, comma 2 lettera m), Cost., sicché integrano essi stessi un livello essenziale di prestazione, la cui definizione spetta al legislatore statale (cfr. simili conclusioni sono coerenti con le considerazioni svolte da C.d.S., sez. cons. atti norm., 29 agosto 2005, n. 4699/03, nonché C.d.S., sez. V, ord. 14 settembre 2009, n. 4582)".

Proseguendo, sullo spazio normativo lasciato dallo Stato a Regioni e Enti Locali:

"Naturalmente spetta al legislatore statale stabilire anche il limite entro il quale l'individuazione di un criterio selettivo integra un livello essenziale delle prestazioni, nel senso che non è da escludere che il legislatore nazionale, una volta fissato il criterio fondamentale, riconosca alle Regioni uno spazio di intervento destinato a rendere coerente l'uniformità del criterio con le specificità delle singole realtà territoriali. E' evidente che eventuali regole di accesso ai servizi lasciate al legislatore regionale, o alla potestà amministrativa, degli enti locali, nei termini ora precisati, non integrano livelli essenziali delle prestazioni, ma sono solo strumenti di adeguamento locale del criterio fissato in modo omogeneo ed uniforme dal legislatore statale".

Lo stesso TAR poi così motiva la stretta relazione tra servizi, parametri di accesso e costi la cui individuazione è stata lasciata allo Stato per garantirne l'uniformità sull'intero territorio nazionale:

*"Il dato normativo conduce, quindi, a ritenere che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni è rimessa al legislatore statale e che la definizione dei criteri per l'accesso alle prestazioni di cui si tratta integra un livello essenziale, la cui definizione spetta al legislatore statale, in quanto se determinate attività e determinati servizi devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale è necessario che anche i parametri di accesso ai medesimi siano uniformi. Ne deriva che rispetto alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo rivolte ad handicappati gravi e anziani non autosufficienti, che integrino livelli essenziali di assistenza - c.d. L.E.A. - secondo quanto definito dal D.P.C.M. 29.11.2001, il criterio di accesso e di parametrizzazione dei costi a carico del richiedente è rimesso alla definizione del legislatore statale".*

E infine, riguardo alla possibilità che Regioni e Enti Locali possano alterare o anche "arricchire" il criterio stabilito dal legislatore statale:

*"In tale ambito non vi è spazio per un'integrazione lasciata alle singole amministrazioni comunali, che non possono modificare o integrare, in mancanza di norme ad hoc, il criterio dettato in modo necessariamente uniforme dal legislatore statale. Invero, va ribadito che in relazione alle materie di legislazione statale esclusiva, come la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, anche il potere regolamentare spetta allo Stato, ex art. 117, comma 6, Cost., salva la possibilità di delegarlo alle Regioni, delega che non sussiste nella materia in esame".*

Da tutto quanto sopra ne deriva che è stato distruttivo dell'etica civile e delittuoso per la salute degli anziani e l'economia di intere famiglie, il comportamento di tante amministrazioni e di una vasta maggioranza politica che, nascondendosi dietro un federalismo di comodo, hanno taciuto o congelato da oltre 10 anni l'applicazione di un'intera normativa statale sui (pochi) livelli essenziali delle prestazioni da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale.

### **"Ospiti" e Contratti d'ospitalità**

Le persone malate non autosufficienti (anziani e non) ricoverate nelle strutture protette vengono quasi sempre definite "ospiti" e conseguentemente di "ospitalità" i contratti atipici di servizio (nascosti anche sotto forma di domande di ammissione) dei quali viene richiesta ai parenti o ai tutori la sottoscrizione obbligatoria prima dell'ingresso del congiunto in struttura.

Come si vedrà più avanti, queste definizioni e obblighi hanno poco o nulla a che vedere sia con il codice civile che con il rispetto da riservare alle persone malate costrette a ricorrere ad un ricovero "protetto" ma celano invece un sapiente raggirio a loro danno perché, omettendo di chiamarle appunto "persone malate", nascondono loro il diritto soggettivo, esigibile, a essere curate dal Servizio sanitario. È allora sempre importante ricordare che:

- in base alla legge 833/1978 le Aziende USL devono provvedere "alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione" e che le prestazioni devono essere fornite a tutti, anche agli anziani, qualunque siano "le cause, la fenomenologia e la durata" delle malattie;
- il comma 1, art. 15 della legge 328/2000 premette: "Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti";
- secondo il DPCM 29/11/2001 le funzioni socio-assistenziali domiciliari o residenziali attribuite ai Comuni sono da ritenersi aggiuntive e non alternative ai compiti della Sanità.

È bene poi ricordare che le firme apposte dai famigliari ai contratti e alle domande di ammissione dei loro cari nelle strutture protette, pubbliche o private convenzionate, vengono loro estorte da funzionari pubblici o privati (pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio) che, approfittando della situazione di debolezza e disinformazione dei richiedenti, li ricattano più o meno apertamente (se non firmi ti rifiuto il ricovero) e li obbligano a sottoscrivere impegni economici che dovrebbero essere invece a solo carico della persona assistita e calcolati secondo il criterio dell'ISEE del singolo come definito dalla normativa statale vigente.

Ad un'attenta lettura, questi contratti o domande, ripetiamo estorti carpando la buona fede dei parenti, presentano tante di quelle iniquità, vessazioni e violazioni da far impallidire anche i meno esperti: praticamente ad esserne coinvolto è l'intero codice civile dei contratti (articoli 1325, 1343, 1344, 1346, 1418, eccetera, eccetera) per le tante violazioni, elusioni o minacce presenti.

Sulle minacce ricordiamo che la Corte di Cassazione, Sezione II, con sentenza 89/182005 ha stabilito chiaramente che *"al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa"* e che i medici, le assistenti sociali o i funzionari di enti pubblici e privati che hanno in custodia, anche solo temporaneamente, la persona malata sono penalmente responsabili del suo eventuale abbandono ai sensi dell'art. 591 del codice penale che punisce *"Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura"*.

Sulla legittimità di norme che intenderebbero negare o sospendere le prestazioni in assenza dell'impegno al pagamento della retta dei famigliari coobbligati, è intervenuta la sentenza n. 1487/2010 del TAR della Lombardia affermando che *"[...] anche le norme che, sul presupposto della configurabilità di un obbligo tariffario in capo agli obbligati alimentari, correlano al mancato adempimento di tale obbligo la sospensione del servizio, collidono con il d.l.vo 1998 n. 109, in quanto determinano conseguenze negative per l'utente in dipendenza dell'inadempimento di un obbligo non configurabile legittimamente in base alla normativa statale di riferimento. In altre parole, se all'obbligato alimentare in base al d.l.vo 1998 n. 109 non può essere addebitato il pagamento della tariffa per l'accesso ai servizi, allora è illegittima la norma che sul presupposto, contra legem, di tale addebitabilità, esclude l'erogazione del servizio in favore dell'utente qualora l'obbligato alimentare non versi la tariffa"*.

In relazione ai rapporti tra Comuni e utenti, la sentenza n. 1102/2008 del TAR di Brescia rileva che *"i Comuni non possono esimersi dall'obbligo di pagamento della retta richiamando gli impegni assunti dai parenti o dal tutore dell'ospite verso le strutture ospitanti. In effetti i Comuni non possono essere considerati beneficiari di tali contratti di garanzia, che le strutture ospitanti predispongono nel proprio esclusivo interesse. Oltretutto si tratta di contratti di cui sarebbe necessario verificare in concreto la validità da un lato perché sono motivati dalla necessità di assicurare il ricovero (e quindi sottoscritti in una condizione di debolezza o soggezione contrattuale) e dall'altro perché potrebbero comportare l'assunzione di obblighi che superano la quota di compartecipazione dei cittadini a questo tipo di spese"*.

Sugli impegni al pagamento, l'ordinanza n. 836/2008 del TAR di Brescia annota che *"appare dubbia anche la prassi di far sottoscrivere ai familiari dell'assistito un impegno al pagamento dell'intera retta all'atto dell'ammissione nella residenza sanitaria-assistenziale"*.

Il Difensore Civico delle Marche nella sua nota del 2007 scriveva: *"Con riguardo all'eventuale coinvolgimento volontario dei familiari nelle vicende assistenziali dei loro congiunti si osserva che, nei casi di cui si discute, debbono considerarsi invalidi eventuali contratti con i quali i parenti si obbligano a versare dei contributi, quando la sottoscrizione avvenga sotto la pressione di uno stato di necessità ed urgenza e su moduli predefiniti dall'Ente, o in base alla falsa rappresentazione dell'esistenza di un dovere imposto dalla legge"*. E ancora, rispondendo al Comitato Associazioni di Tutela presso Gruppo Solidarietà, che *"Poiché 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 di 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"*.

E ugualmente il Difensore Civico del Piemonte nella sua relazione annuale 2008: *“Il richiamo a norme di carattere privatistico, spesso evidenziato dalle competenti strutture regionali, non pare poter giustificare pienamente l’inserimento di clausole relative a depositi cauzionali nel «contratto d’ospitalità» sottoposto ai cittadini al momento del ricovero. E’ infatti evidente che il rapporto tra ricoverato e struttura socio-sanitaria trova la sua ragion d’essere nel principale rapporto convenzionale intercorrente tra la stessa struttura privata e AA.SS.LL., Comuni e loro Consorzi, che sono soggetti pubblici che agiscono con finalità pubblica volta a garantire un servizio di alto valore sociale. Pertanto, la commistione tra profili privatistici e pubblicistici nel rapporto che intercorre tra anziano non autosufficiente ricoverato e strutture socio-sanitarie, di fatto può condurre a situazioni non chiare a danno del ricoverato stesso. Ancor più se consideriamo che le prestazioni fornite dai soggetti privati convenzionati che gestiscono strutture socio-sanitarie, sono rese nell’ambito di un servizio pubblico”.*

Con l’approvazione da parte della Giunta regionale della procedura sull’accreditamento ed in particolare con l’entrata in vigore della DGR 2110/2009, *“Approvazione del sistema omogeneo di tariffa per i servizi socio-sanitari per anziani”*, la Regione Emilia-Romagna ha cercato di introdurre al capitolo 9 della delibera *“Elementi di trasparenza [sic!] da inserire nei contratti di servizio”* guardandosi bene tuttavia dal cancellare le pesanti iniquità costituite dal pagamento quasi per intero della retta in caso di ricoveri ospedalieri e dal versamento del deposito cauzionale (una vera e propria regalìa di liquidità) che vengono lasciati, ancora una volta, alla discrezionalità del gestore e dunque di fatto continueranno a gravare sulle spalle delle famiglie.

Le uniche due variazioni “positive” previste dalla delibera regionale, il pagamento posticipato della retta e la sua determinazione unicamente a partire dal giorno di ingresso ai servizi (e non prima) fino alla dimissione o al decesso dell’assistito (e non oltre), non rispondono altro che alla necessità della Regione di adeguarsi alla costante giurisprudenza che evidenzia come a partire dal D.Lgs. 502/1992 tutti i pagamenti in ambito nazionale per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, debbano intendersi come avvenuti *“a prestazione resa”*.

### **Quale ISEE e per quali servizi sociali**

Il punto fermo dei criteri previsti per disciplinare l’accesso alle prestazioni è costituito dall’articolo 25, comma 1, della legge 328/2000 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”* che prevede come *“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”*.

Prima di tutto è fondamentale ricordare quali sono esattamente i servizi disciplinati dalla legge quadro 328/2000. Il comma 2 dell’art. 22 della legge definisce (e aggiunge ai livelli essenziali delle prestazioni già stabilite dallo Stato in forza dell’art. 117 della Costituzione) come *“livelli essenziali delle prestazioni sociali”* tutte *“le prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi”*, come:

- “a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;*
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;*
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza;*
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell’articolo 16, per favorire l’armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;*
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;*
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell’articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all’articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;*

- g) *interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;*
- h) *prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;*
- i) *informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto".*

Il riformato decreto legislativo 109/1998 introduce innanzitutto lo strumento dell'ISEE, conosciuto anche come "redditemetro" o "riccometro" (nome beffa per quanti, spesso con pensioni irrisorie, sono costretti a ricorrere ad una struttura di ricovero), quale indicatore reddituale per la disciplina dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate di cui sopra. Relativamente ai criteri da utilizzare per la determinazione dell'ISEE della generalità dei richiedenti tali prestazioni, l'articolo 2 del decreto prevede al comma 1 che *"La valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con le informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza"* e più esattamente al comma 2 che *"Ai fini del presente decreto, ciascun soggetto può appartenere ad un solo nucleo familiare. Fanno parte del nucleo familiare i soggetti componenti la famiglia anagrafica"*.

Dal contenuto dei due commi se ne ricava immediatamente che né i Comuni né altri enti pubblici o privati possono raccogliere informazioni personali e patrimoniali sui parenti NON conviventi con l'assistito e tanto meno pretendere da loro la sottoscrizione di oneri economici per il pagamento di servizi a beneficio esclusivo del beneficiario (ricordiamo nuovamente che secondo l'art. 23 della Costituzione *"nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge"*, - statale).

Fondamentale però a tutela dei nuclei famigliari composti da persone con handicap grave e ultrasessantacinquenni non autosufficienti risulta l'integrazione all'art. 3 del decreto con il comma 2-ter voluta dal legislatore statale:

*"Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, 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 unite' 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 dunque soltanto per questi soggetti particolarmente deboli e fragili e nel preciso ambito di ben individuati percorsi, il legislatore statale ha ritenuto che l'ISEE da determinare sia unicamente quello del beneficiario la prestazione e non anche quella del suo nucleo familiare anagrafico. Vedremo più avanti come le amministrazioni locali e regionali hanno cercato di opporsi in ogni modo all'applicazione di questo ed altri articoli del decreto, per adesso ci limitiamo a chiarire cosa s'intende per ISEE, quali redditi rientrano nel suo computo e quali ne sono esclusi. Le sorprese non mancheranno, a partire dal fatto che l'art. 3 del decreto prevede ad es. che *"gli enti erogatori possono altresì tenere conto, nella disciplina delle prestazioni sociali agevolate, di rilevanti variazioni della situazione economica successive alla presentazione della dichiarazione medesima"*.

La Tabella 1 allegata al d.lgs. 109/1998 prevede che per valutare la situazione reddituale del richiedente la prestazione sociale agevolata debba essere considerato in primo luogo *"il reddito complessivo ai fini IRPEF quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata"* al quale va aggiunto, nel caso, *"il reddito delle attività finanziarie"*; da questa somma, qualora il richiedente risieda in affitto, viene detratto il canone annuo di locazione per un importo massimo di € 5.164,57.

In secondo luogo viene considerato il valore del suo *“patrimonio immobiliare e mobiliare”*; dal primo, il cui imponibile è quello catastale definito ai fini ICI, viene detratto il valore residuo di eventuali mutui presenti e comunque nel limite del valore dell'immobile sopra definito, in alternativa, il richiedente residente in abitazione di proprietà può detrarre (se a lui più favorevole) il valore della casa di abitazione (la *“prima casa”*) fino a concorrenza nel limite di € 51.645,69; dal secondo (formato da depositi bancari, postali o altri cespiti patrimoniali) si detrae, fino a concorrenza, una franchigia di € 15.493,71.

L'importo ottenuto dalla somma così calcolata di tutti i redditi (reddito ai fini IRPEF, reddito delle attività finanziarie, valore del patrimonio immobiliare e immobiliare) va a costituire il parametro ISE (Indicatore della Situazione Economica) che soltanto successivamente, una volta diviso per il numero della scala di equivalenza (1,5 nel caso dell'anziano non autosufficiente) del solo richiedente la prestazione, diventa ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente). L'importo così trovato rappresenta per il legislatore la capacità economica o più esattamente, reddituale, dell'assistito alla partecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate .

L'art. 1, comma 1 del suddetto decreto, specifica inoltre che *“le disposizioni del presente decreto si applicano alle prestazioni o servizi sociali e assistenziali, con esclusione della integrazione al minimo, della maggiorazione sociale delle pensioni, dell'assegno e della pensione sociale e di ogni altra prestazione previdenziale, nonché della pensione e assegno di invalidità civile e delle indennità di accompagnamento e assimilate”*. Pertanto le cosiddette *“provvidenze”* non possono essere conteggiate ai fini dell'ISEE anche se il legislatore ne ha giustamente previsto in parte il loro utilizzo come partecipazione al costo della retta alberghiera a carico dell'utente lasciando tuttavia a questi la disponibilità di una minima somma per le sue spese personali.

Infatti, per particolari categorie di beneficiari dei servizi sociali, con l'articolo 24, comma 3.2, lettera g) della legge 328/2000 il legislatore ha contemplato il *“riconoscimento degli emolumenti [es. l'indennità di accompagnamento] anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito”*.

Riassumendo, a norma di legge l'effettiva capacità contributiva dell'assistito alla partecipazione al costo della retta *“alberghiera”* è quindi costituita dalla somma dei redditi risultanti ai fini dell'ISEE e degli importi delle cosiddette *“provvidenze”*, somma dalla quale va detratta la quota da lasciare all'assistito per le sue piccole necessità personali.

Abbiamo voluto puntualizzare tutto questo soprattutto per denunciare la pretesa di tanti Comuni, come quello di Parma, di stravolgere totalmente la normativa statale sull'applicazione dell'ISEE come parametro di accesso alle prestazioni sociali, da un lato sostituendolo con l'accertamento preventivo del possesso di un'abitazione di proprietà da parte del richiedente (il solo possesso è motivo di rifiuto dell'integrazione comunale!) e dall'altro abbassando la franchigia sul patrimonio mobiliare dai circa 15.000 euro previsti a soli 3.000 euro! L'illegittimità di tali atti fa rabbrivire eppure questo testimonia l'indice di disinformazione che distingue la materia dei servizi sociali.

I due articoli sopra richiamati hanno poi assunto una rilevanza determinante non già o soltanto al fine della determinazione della quota di partecipazione dell'utente al pagamento della retta alberghiera (nella quale ripetiamo abbiamo sempre convenuto debbano essere computate, con i *“distinguo”* dell'art. 24, anche tutte le *“provvidenze”* percepite dall'assistito) ma anche ai fini dell'illecita considerazione di questi emolumenti, esenti ai fini IRPEF, come indice di ricchezza del richiedente la prestazione e magari anche del suo nucleo familiare e non già, come previsto appunto dal legislatore, *“in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati”*

Infatti i giudici del TAR della Lombardia con la sentenza n. 1487/2010 hanno correttamente individuato il pericolo latente in una interpretazione diversa dell'art. 1 del decreto 109/1998 che non a caso è presente in tutte le proposte di modifica in senso estensivo dei redditi da includere nell'ISEE ai fini della definizione di un monte reddituale più *“ricco”* su cui calcolare la contribuzione del richiedente l'accesso ai servizi sociali.

*“Insomma, la circostanza che tale entrata, pur qualificata formalmente come reddito a fini tributari, sia esentata dall'imposizione «è illuminante circa la volontà del legislatore di consentire a chi la riceve di destinarla, senza decurtazioni di sorta, alle finalità volute dalla norma» (cfr. Consiglio di stato, sez. V, 16 giugno 2009, n. 3861). Ecco allora che merita condivisione l'orientamento secondo il quale la misura in esame, avente natura assistenziale ed indennitaria non esprime una particolare capacità economica del percettore, specie considerando che si tratta di importi di valore complessivamente modesto in rapporto agli sforzi indispensabili per sopperire alle condizioni psico-fisiche precarie del soggetto interessato, che richiedono cure e interventi specifici (cfr. in argomento T.A.R. Umbria, 6 febbraio 2002, n. 271; T.A.R. Lombardia Brescia, sez. I, 02 aprile 2008, n. 350). In definitiva, la misura, proprio per la sua natura indennitaria, per la funzione che è diretta a svolgere, per il modesto importo in cui si sostanzia e per la sua qualificazione come reddito esente ai fini fiscali, non si presta ad essere utilizzata ragionevolmente come indice di capacità economica, atteso che in concreto non si risolve in un incremento di ricchezza per il beneficiario, ma si limita a sopperire parzialmente agli oneri cui un soggetto è sottoposto a causa delle precarie condizioni psicofisiche in cui versa ed, in particolare, alle spese che inevitabilmente incontra a causa di siffatte condizioni”.*

Allora sul primo distinguo dell'art. 24 della legge 328/2000, *“l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita”*, riteniamo che questo risulta ingiustificato in tutte le situazioni di temporaneo ricovero ospedaliero dove il gestore, seppur interrompendo totalmente le prestazioni terapeutiche di cui alla lettera b) dell'allegato 1C del DPCM 29/11/01 e buona parte quelle di tipo “alberghiero”, continua illegittimamente a pretendere dall'utente il pagamento quasi per intero della retta giustificandolo con la mera conservazione del posto letto.

In queste situazioni, che spesso richiedono il supporto continuo dei famigliari o delle badanti (presenti spesso nei reparti “in nero”, a ulteriore esempio di una sanità e di una fiscalità “malate” al pari e forse più degli stessi ammalati) per assicurare le più elementari prestazioni assistenziali al malato non autosufficiente, appare più che condivisibile la scelta di non versare al gestore gli emolumenti e di trattenerli a copertura dei maggiori oneri derivanti dall'assistenza direttamente o indirettamente fornita.

Sul secondo distinguo dell'art. 24, *“la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito”*, nonostante i giudici del TAR della Lombardia con le ordinanze n. 926/2008 - 581/2009 e la sentenza n. 1483/2010 lo abbiano ritenuto immediatamente precettivo, la disposizione è ancora ampiamente ignorata da diversi Comuni vuoi per la loro resistenza contro la normativa statale sui servizi sociali in generale o vuoi perché “spaesati” dalla mancata adozione in via definitiva da parte dello Stato della misura del reddito minimo d'inserimento. In sua assenza alcuni Comuni hanno preso come riferimento, discrezionalmente e con percentuali assai diverse, il trattamento minimo di pensione erogato dall'INPS a dimostrazione, anche in questo caso, di come la Regione Emilia-Romagna abbia perso l'ennesima occasione per la determinazione, in accordo con i Comuni, di una misura omogenea a valere sull'intero territorio regionale.

### **ISEE del solo assistito**

Dopo le tante sentenze di Tribunali ordinari e amministrativi, anche i ricorsi al Consiglio di Stato dei Comuni che avevano chiamato altri soggetti diversi dall'assistito all'integrazione della retta di ricovero sono stati a più riprese respinti (pronunce n. 3065/2009, 4582/2009, 2130/2010 e 551/2011) proprio *“in ordine all'interpretazione del co. 2 ter dell'art. 3 del D.Lgs. 109/98, che ancora le modalità di contribuzione al costo della prestazione alla situazione economica del solo assistito” e “che il fatto che non sia stato ancora emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri previsto dal decreto legislativo n. 109 del 1998, non può esimere l'Amministrazione comunale dall'esaminare la situazione fattuale e reddituale del soggetto svantaggiato, essendo comunque presenti nella legislazione vigente gli elementi per tale determinazione. Attendere un provvedimento specificativo che a distanza di dodici anni non è stato ancora posto in essere e che non si sa quando sarà emanato determinerebbe sostanzialmente la negazione di diritti che comunque sono sussistenti nell'ordinamento e, nella specie, la misura del contributo che può comunque essere individuata”.*

È importante allora ricordare la motivazione della sentenza n. 42/2007, ora definitivamente passata in giudicato, con la quale il TAR di Catania aveva accolto il ricorso presentato dall'ANFFAS siciliana sulla base delle disposizioni contenute nella norma sopra citata:

*“Considerato che, nella parte in cui viene valorizzata la «situazione economica del solo assistito», la norma da ultimo citata può essere direttamente applicata, anche a prescindere dalla mancata adozione del D.P.C.M. in essa previsto, trattandosi di prescrizione immediatamente precettiva, che non necessita di disposizioni attuative di dettaglio”.*

Questa sentenza, il cui orientamento ha fatto storia tanto da essere stata successivamente richiamata da più tribunali di ogni parte d'Italia, era ed è importante perché ristabilisce un importante fondamento giuridico sulla gerarchia delle fonti del diritto: una norma di rango legislativo non può essere disapplicata per l'assenza di un atto amministrativo (quale è appunto il DPCM mai emanato) come pure non può essere ignorata o addirittura alterata da una norma regionale o locale che resta di rango secondario rispetto a quella statale.

Com'è noto, il rifiuto di regioni ed Enti Locali a dare attuazione al comma 2-ter dell'art. 3 del decreto legislativo 109/1998 e più in generale all'introduzione dell'ISEE come criterio di accesso e di contribuzione alle prestazioni sociali agevolate, nascondeva e nasconde la volontà delle pubbliche amministrazioni di sottrarsi ai loro doveri istituzionali in materia di servizi sociali verso gli anziani non autosufficienti attraverso lo scaricamento dei costi dell'assistenza sulle famiglie e sui parenti anche in quanto illegittimamente chiamati agli alimenti nei confronti dei loro congiunti.

Ma ben prima dei giudici e in tempi antecedenti il decreto in questione, insigni giuristi e difensori civici erano già intervenuti a separare la materia civilistica degli alimenti da quella assistenziale. Il Prof. Massimo Dogliotti infatti (cfr. Doveri familiari e obbligazione alimentare, 1994) ha ritenuto che *“la prestazione dell'istituto di ricovero è dovuta in forza di un obbligo istituzionale e non può trovare la propria fonte in un accordo di diritto privato”.* Il Difensore Civico del Piemonte, che per molti anni aveva diretto la Pretura di Torino, nella sua relazione annuale 1997 andava oltre la mera e pur già inequivocabile normativa civilistica sugli alimenti osservando che:

*“Nell'ambito dei problemi affrontati merita un cenno particolare quello relativo ai contributi economici richiesti ai parenti degli assistiti da parte di strutture socio-sanitarie assistenziali attraverso il richiamo all'obbligo alimentare. Lo scrivente ha, a questo proposito, rilevato che l'obbligo patrimoniale può essere imposto solo dalla legge (art. 23 Costituzione) e che la normativa vigente non prevede rinvase di sorta nei confronti dei parenti da parte dell'ente che ha erogato l'assistenza. Questo Difensore civico ha rilevato che la prassi, talvolta seguita, del ricorso alla normativa concernente l'obbligo alimentare non è condivisibile, ponendo in evidenza che i soggetti dell'obbligazione alimentare sono, da un lato, l'avente diritto (che non può certo identificarsi con l'ente pubblico) e, dall'altro, l'obbligato, per cui la relativa azione è proponibile solo nell'ambito di questi soggetti. È stata quindi esclusa la proponibilità da parte dell'ente pubblico dell'azione di regresso nei confronti dei coobbligati agli alimenti; prestazioni assistenziali ed obblighi alimentari, infatti, rispondono a presupposti diversi, non sussidiari gli uni rispetto agli altri, costituiti, da un lato, dall'obbligo preminente per lo Stato di garantire l'assistenza e, quindi, la salute e, dall'altro, dall'esigenza, circoscritta all'ambito familiare, di provvedere l'avente diritto dei mezzi di sussistenza, ove il soggetto non sia in grado di procurarseli con il proprio lavoro. È stato escluso che possa ipotizzarsi un ingiustificato arricchimento per il parente tenuto alla corresponsione degli alimenti, finché questi non vengano richiesti dall'avente diritto e sia conseguentemente sorto l'obbligo del pagamento. La possibilità dell'azione surrogatoria è stata infine esclusa per la considerazione che tale mezzo processuale ha carattere sussidiario ed ha come presupposto il mancato esercizio di azioni di cui il debitore trascuri la proposizione. Si è ancora rilevato che la proposizione dell'azione surrogatoria è esclusa dal legislatore nei confronti di azioni, come quella alimentare, che hanno una precisa connotazione personalistica e non sono perciò esercitabili da terzi, facendo, peraltro, sempre salva l'ipotesi di accordi convenzionali fra le parti interessate e, quindi, la volontaria assunzione del correlativo obbligo di contribuire al pagamento da parte dei famigliari degli assistiti”* (cfr. Prospettive assistenziali n. 123/1998).

Successivamente, con la Newsletter del 12 maggio 2006 lo stesso Garante per la protezione dei dati personali specificava che *"Al fine del riconoscimento di prestazioni sociali agevolate a persone con handicap permanente grave e ad ultrasessacinquenni non autosufficienti l'Inps può raccogliere soltanto le informazioni personali riguardanti la situazione economica dell'interessato e non quelle del nucleo familiare di appartenenza. Lo ha chiarito il Garante per la protezione dei dati personali rispondendo ad una segnalazione pervenuta con cui si faceva presente che l'Inps, per il riconoscimento di particolari prestazioni sociali, richiedeva dati personali relativi alla situazione economica non solo degli interessati, ma anche di componenti il loro nucleo familiare"*.

Eppure, nonostante un'ampia dottrina al riguardo, il legislatore statale è dovuto intervenire con il decreto 130/2000 con una integrazione all'articolo 2 del decreto rammentando a pubblici amministratori e dirigenti come *"Le disposizioni del presente decreto non modificano la disciplina ai soggetti tenuti alla prestazione degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile e non possono essere interpretate nel senso dell'attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all'art. 438, primo comma, del codice civile nei confronti dei componenti il nucleo familiare del richiedente la prestazione sociale agevolata"*. (L'articolo 438 del codice civile prevede infatti che *"Gli alimenti possono essere chiesti solo da chi versa in istato di bisogno e non è in grado di provvedere al proprio mantenimento"*).

Inoltre è evidente che il legislatore statale con l'integrazione del comma 2-ter all'art. 3 aveva inteso non già di allungare genericamente la lista dei beneficiari le prestazioni sociali agevolate ma bensì compiere una scelta politica importante quale quella di introdurre una norma di maggiore tutela nei confronti di determinate categorie di soggetti deboli (disabili gravi e anziani over 65 diversamente non autosufficienti) e per un particolare tipo di servizio integrato socio-assistenziale (erogato a domicilio o in strutture residenziali a ciclo diurno o continuativo), prevedendo che la modalità di computo dell'accesso al servizio dovesse prendere a riferimento la sola situazione economica del soggetto richiedente il servizio stesso.

Ma neppure questo era bastato a rallentare la volontà degli Enti Locali di opporsi in ogni modo (con i soldi dei contribuenti) all'applicazione dei precetti contenuti nel decreto 109/1998, prova ne è il loro vergognoso ricorso, e per anni, alla legge n. 1580 del 1931 (*Nuove norme per la rivalsa delle spese di spedalità e manicomiali*) fino a quando questa non è stata definitivamente abrogata dal DL 112/2008. Comunque anche questa abrogazione non è servita a persuadere gli Enti Locali ad applicare la normativa statale come nemmeno a rinunciare ai ricorrere contro i parenti dei loro assistiti (avessero dimostrato una tale costanza anche nella lotta all'evasione fiscale oggi saremmo a scrivere della qualità dell'assistenza invece dei suoi costi).

Alcuni Enti Locali e Regioni, come l'Emilia-Romagna che con le modifiche introdotte all'art. 49 della legge 2/2003 che ha dimostrato ancora una volta di preferire il silenzio o la ricerca dei cavilli alla spiegazione pubblica delle ragioni del permanente rifiuto all'applicazione della "sua" normativa sull'ISEE, hanno infatti tentato di aggirare i vincoli statali della formazione del reddito e la non percorribilità del ricorso degli obbligati agli alimenti rifacendosi illegittimamente all'art. 3 del decreto legislativo 109/1998 che così recita sui criteri ulteriori di selezione dei beneficiari: *"Gli enti erogatori, ai quali compete la fissazione dei requisiti per fruire di ciascuna prestazione, possono prevedere, ai sensi dell'articolo 59, comma 52, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, accanto all'indicatore della situazione economica equivalente, come calcolato ai sensi dell'articolo 2 del presente decreto, criteri ulteriori di selezione dei beneficiari"*.

Pertanto siamo nuovamente chiamati a non mollare la guardia e anzi a pretendere con ancora più vigore il rispetto delle leggi. Su questo punto e più in generale al richiamo dei soggetti obbligati agli alimenti è interessante la lettura dell'esposizione delle ragioni di carattere non solo di diritto (il credito alimentare è materia di ordinamento civile e dunque di competenza esclusiva statale) ma anche di merito (il coinvolgimento di obbligati agli alimenti nel pagamento delle prestazioni sociali introduce la valorizzazione di elementi reddituali diversi e aggiuntivi rispetto a quelli voluti dal legislatore statale) con le quali i Tribunali della Lombardia hanno rimarcato in più sentenze l'impossibilità degli Enti Locali al coinvolgimento dei cosiddetti civilmente coobbligati o di altri soggetti non appartenenti al nucleo familiare specificato all'art. 2 del suddetto decreto. Vediamo di seguito le più importanti.

Sentenza n. 1586/2010:

*"In primo luogo, va osservato che l'art. 3, comma 1, del decreto 109, nella parte in cui attribuisce agli enti locali la facoltà di prevedere, accanto all'indicatore della situazione economica equivalente, "criteri ulteriori di selezione dei beneficiari", va inteso nel senso che consente di attribuire rilevanza a fattori diversi da quelli reddituali o patrimoniali, per i quali il limite della rilevanza è stato definito dal legislatore statale in sede di determinazione del parametro I.S.E.E., la cui applicazione per l'accesso ai servizi esprime di per sé un livello essenziale di prestazioni da applicare in modo uniforme. Gli enti locali potranno valorizzare elementi di vario tipo, collegati alle peculiarità sociali di una determinata zona, ma non potranno, tuttavia, introdurre ulteriori criteri fondati su elementi reddituali o patrimoniali, in quanto ciò determinerebbe un'alterazione irragionevole dell'assetto voluto dal legislatore statale che ha scelto di valorizzare questi elementi solo nel quadro dell'indicatore della situazione economica equivalente (cfr. in argomento Tar Lombardia Milano, sez. I, 07 febbraio 2008 n. 303; T.A.R. Lombardia Brescia, sez. I, 02 aprile 2008, n. 350; Tar Umbria, 06 febbraio 2002, n. 271). Inoltre, la circostanza che il legislatore abbia valorizzato la capacità economica e patrimoniale solo nel quadro degli elementi costitutivi dell'I.S.E.E. e solo in relazione al nucleo familiare definito dall'art. 2, commi 2 e 3, del d.lgs. 1998 n. 109, esclude che gli enti locali possano tenere in considerazione la capacità economica di soggetti non appartenenti a tale nucleo, sempre ai fini dell'accesso alle prestazioni essenziali e della determinazione dei costi gravanti sull'utente".*

Sentenza n. 1587/2010:

*"Non può essere valorizzata la presenza di eventuali obbligati alimentari che non siano riconducibili ai soggetti da considerare necessariamente ai fini dell'I.S.E.E., altrimenti si introdurrebbero criteri ulteriori di apprezzamento della capacità economica dell'interessato, al di fuori del nucleo familiare I.S.E.E., diversi da Comune a Comune e perciò tali da creare una irragionevole disparità di trattamento tra persone che versano nelle stesse condizioni. Ecco allora che la presenza di soggetti riconducibili al novero degli obbligati alimentari non può integrare, direttamente o indirettamente, un parametro per l'accesso ai servizi, in quanto si traduce nella valorizzazione della capacità economica di soggetti estranei al meccanismo di funzionamento dell'I.S.E.E., individuato dal legislatore statale come criterio uniforme in ambito nazionale per l'accesso ai servizi. Simili valutazioni trovano conforto nel trattamento che il d.l.vo 1998 n. 109 riserva agli obbligati alimentari nel contesto della complessiva disciplina dettata in materia".*

E sul fatto che Regioni e Enti Locali, titolari di poteri normativi di rango inferiore a quelli dello Stato, non possono interferire sulla disciplina degli alimenti, materia di ordinamento civile e a questo solo riservata: *"Tale previsione esclude che le Regioni possano intervenire sulla disciplina dell'obbligazione alimentare di cui all'art. 433 c.c., modificando i caratteri del credito alimentare, che rimane, pertanto, un diritto strettamente personale ed indisponibile, secondo un assetto coerente, anche per il profilo in esame, con il novellato Titolo V della Costituzione, che ex art. 117, comma 2 lett. I), riserva la materia "ordinamento civile" alla legislazione statale esclusiva. Ovviamente, in tale ambito anche la potestà regolamentare spetta allo Stato, ex art. 117, comma 6, Cost., sicché neppure gli enti locali possono incidere sui caratteri del credito alimentare in esercizio dei poteri normativi di secondo grado di cui sono titolari".*

Nella stessa sentenza i giudici ricordano pure a Regioni ed Enti Locali che il ricorso agli obbligati agli alimenti gli è vietato in tutte le prestazioni, beni e servizi, previste all'art. 22 dalla legge 328/2000 come «livelli essenziali delle prestazioni». Più esattamente la sentenza afferma che: *"Occorre ulteriormente precisare che l'impossibilità per gli enti locali di valorizzare, nei termini suindicati, la presenza di obbligati alimentari, ai fini dell'accesso ai servizi, ha portata generale, perché è connessa alla ricordata natura personale del credito alimentare - sottratta ad interventi normativi regionali o locali - sicché attiene a tutti i servizi disciplinati dalla legge 2000 n. 328 e non solo a quelli espressamente considerati dal legislatore statale come livelli essenziali di prestazioni. Tuttavia, la normativa vigente è quella statale, ai sensi degli artt. 433 e seg. c.c. e dell'art. 2, comma 6, del d.l.vo 1998 n. 109, la quale non consente agli enti locali né di subordinare l'accesso ai servizi alla preventiva attivazione del credito alimentare, né di parametrare il costo del servizio gravante sull'utente alla capacità economica degli obbligati alimentari, né di surrogarsi al richiedente pretendendo il pagamento di una parte dei costi da parte degli obbligati alimentari".*

Per quanti di noi hanno frequentato la scuola pubblica (non sappiamo se questo sia stato un bene o un male, in questi strani tempi è stata messa in discussione pure lei insieme ai suoi insegnanti e ai suoi insegnamenti) ma ci auguriamo anche per quelli cresciuti nelle scuole private e per i tanti che hanno cercato le facili scorciatoie tramite i "diplomifici" paritari, il rispetto delle leggi è dovuto da tutti e a maggior ragione dai rappresentanti e dai componenti di quelle Istituzioni che le leggi le hanno disegnate, approvate e a suo tempo applaudite.

Tuttavia come si è visto, la materia dei servizi sociali è il terreno dove la convergenza bipartisan non si sviluppa a vantaggio dei più deboli e fragili ma al contrario a favore dei più forti e degli intoccabili, il terreno dove più che su ogni altro si scontrano la giustizia e l'illegalità, il diritto e la sua negazione, le famiglie e gli Enti Locali.

### **Come i Comuni, le Regioni e lo Stato (non) rispondono dei loro obblighi**

In un suo recentissimo studio, Franco Pesaresi evidenzia come la sopportazione del costo complessivo delle prestazioni sociosanitarie (indennità di accompagnamento, badanti, ADI, SAD, altri servizi domiciliari, contributi economici per assistenza sanitaria, assegni di cura e voucher, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale) stia gravando essenzialmente sulle famiglie:

Famiglie	Stato	ASL	Comuni	altri	totale
<b>47,80%</b>	26,40%	18,60%	<b>5,20%</b>	2,00%	100,00%

Dati 2003

E ugualmente si può dedurre relativamente ai soli costi dell'assistenza residenziale (Case Protette, RSA) in quanto questa, secondo la regolamentazione del DPCM 29/11/2001 sui LEA, avrebbe dovuto essere per almeno il 50% a carico delle ASL e il restante 50% a carico dei Comuni e/o degli utenti (con i criteri della partecipazione previsti dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 che invece abbiamo visto risultare in maggior parte inapplicati).

Famiglie	Stato	ASL	Comuni	altri	totale
<b>47,00%</b>	0	44,00%	<b>9,00%</b>	0	100,00%

Dati 2004

È dunque innegabile che negli ultimi vent'anni la latitanza istituzionale sull'assistenza sanitaria e sociosanitaria ai malati non autosufficienti è stata incoscientemente coperta dall'intervento economico oltre che morale delle famiglie. L'aver suddiviso il malato e la cura della sua malattia nelle tre grandi categorie dei LEA (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, di competenza delle ASL; prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni; prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, di competenza congiunta delle ASL e dei Comuni) ha generato, e forse di proposito, quella confusione storicamente necessaria alla nostra classe politica per evadere dagli obblighi costituzionali di tutela della salute e del diritto all'assistenza sociale lasciando alle famiglie l'onere della cura dei propri cari precipitati nella non autosufficienza.

La stessa ISTAT nel 2003, a proposito di "Integrazione Socio-sanitaria", affermava che "*malgrado i numerosi riferimenti normativi la divisione dei compiti e delle spese tra aziende USL e Comuni in materia di servizi sociosanitari è sempre oggetto di controversie*". Infatti, le tabelle precedenti dimostrano bene che, poiché tra i due litiganti pubblici nessuno ha mai voluto pagare, il terzo litigante (la famiglia) ha "goduto" dei costi trasferiti con l'inganno a suo carico.

Scrivendo bene il Prof. Massimo Dogliotti nel lontano 1992 (cfr. Prospettive assistenziali n. 97): "*L'art. 32 cost. indica nella salute «un fondamentale diritto dell'individuo» prima ancora che un «interesse della collettività» e precisa che sono garantite cure gratuite agli indigenti. Un fondamentale diritto di tutti gli individui (e non soltanto dei cittadini) «senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni generali e sociali» (art. 3 comma 1 cost.), e tra le condizioni personali rientra sicuramente anche l'età. Poveri, ricchi, giovani, vecchi, soggetti inseriti nel sistema produttivo ed altri che non vi sono ancora o non vi sono più: tutti hanno il medesimo diritto alla salute, ad essere curati quando siano in stato di malattia fino al completo ristabilimento, ovvero, quando ciò non sia possibile, per contrastare gli effetti progressivi della malattia stessa, stabilizzando la situazione e magari ottenendo qualche limitato ancorché effimero miglioramento o magari, nella fase terminale, alleviando nel paziente le più gravi sofferenze.*

*È indubbio in tal senso che spetti all'organizzazione sanitaria (il sistema sanitario nazionale) fornire tali prestazioni dal contenuto, come si è visto, variamente diversificato [...] La risposta del servizio sanitario alle esigenze del malato dovrebbe essere dunque flessibile ed articolata: il ricovero ospedaliero non necessariamente limitato alla fase acuta della malattia (che senso avrebbe allora parlare di reparti per lungodegenti?) ma anche assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale (case protette, residenze sanitarie-assistenziali, ecc.). È evidente che, trattandosi di soggetti "malati" (e si pensi in particolare agli anziani cronici non autosufficienti) le prestazioni dovrebbero essere fornite interamente dal servizio sanitario, senza differenza alcuna tra trattamento ospedaliero, ambulatoriale, residenziale o domiciliare".*

E poi, denunciando lo scaricamento illegittimo dei malati non autosufficienti dal comparto sanitario a quello socio-assistenziale: *"La realtà è sempre stata diversa, ma - si dovrebbe aggiungere - si tratta di prassi assolutamente illegittime, in palese contrasto con i principi costituzionali e la legislazione ordinaria. Superata la fase acuta, il paziente viene dimesso dall'ospedale e talora (nella migliore delle ipotesi, se egli è molto... fortunato) viene inserito in una «casa protetta» [...] Così gli anziani cronici non autosufficienti, evidentemente troppo ingombranti e costosi per il sistema sanitario, vengono cancellati con un tratto di penna come malati e «scaricati» nel settore assistenziale. Da sempre è accaduto così".*

In realtà il Servizio Sanitario Nazionale ha fatto ulteriori "passi in avanti" e sempre a suo favore. Come premette spesso Francesco Santanera, una volta che il trucco ha funzionato si continua e infatti, come ammesso anche in recente convegno da due geriatri della Regione Emilia-Romagna, mentre ieri la tipologia dell'anziano non autosufficiente ricoverato le strutture protette a maggiore valenza sanitaria come le RSA era costituita da *"persone con problemi assistenziali e sociali a basso «impegno» sanitario"*, oggi è formata da *"«veri» pazienti geriatrici ad alta complessità sociosanitaria, comorbidità, demenza, fasi terminali di malattie (neoplasie e malattie croniche in fase avanzata), disabilità elevata"*, tant'è che la RSA viene definita *"una struttura molto più articolata e difficile di un ospedale per acuti"*.

Dobbiamo dire che a noi, cittadini e/o utenti, poco interessa al momento il significato di "sfida" professionale che questa nuova e grave situazione può rappresentare per il medico geriatra o per il Servizio Sanitario. Oltre a quanto già denunciato dal Prof. Rescigno nel 1992, cioè *"la dubbio legittimità di una interpretazione dell'obbligo di ricovero ed assistenza nei termini restrittivi che vengono adottati"*, a noi oggi interessa più rimarcare :

- la vergogna di non riconoscere che anche l'anziano ha il diritto di essere curato dal Servizio Sanitario, e gratuitamente, per le sue patologie acute oltre che per quelle croniche;
- gli estremi di illegittimità presenti nelle "autorizzazioni" che consentono lo scaricamento di queste tipologie di anziani con gravità tipicamente sanitarie alle strutture socio-assistenziali;
- l'incompatibilità di questi malati gravi con la vita sociale e l'ambiente relazionale che queste strutture non ospedaliere devono conservare a tutela anche degli altri ricoverati vista anche la loro inidoneità strutturale e perché del tutto prive di adeguate risorse tecniche e professionali;
- l'insensatezza del ribaltamento degli elevati costi di cura di questi malati dai reparti ospedalieri alle strutture residenziali e dunque ai Comuni che, complici di queste politiche, li scaricano a loro volta sui malati stessi e sui loro famigliari.

Relativamente ai costi è un'altra beffa osservare ancora nella relazione del convegno di cui sopra con quanta leggerezza venga di fatto ammesso che gli standard assistenziali delle strutture protette (Case Protette, RSA) dell'Emilia-Romagna non soltanto sono rimasti invariati dal 1999 ad oggi ma pure che resteranno praticamente gli stessi anche con il previsto accreditamento definitivo (ora rimandato di due anni dalla Regione, rinvio che meriterebbe una sua convincente spiegazione) e questo nonostante che anche dai dati più recenti (2010) emerga che i malati non autosufficienti di livello A (con grave disturbo comportamentale) e B (con elevato bisogno sanitario correlato da elevato bisogno assistenziale) costituiscano ben il 49,1% dei ricoverati con una crescita di casi per il livello A che dal 1999 al 2009 è stato del 57%. Di seguito la tabella sulla "evoluzione" dei principali standard sociosanitari e sanitari illustrati nel convegno citato: lo sconcerto è assicurato.

Parametri assistenziali per le strutture residenziali dalla DGR 1378/1999 alla DGR 514/2009					
	Casa Protetta dal 1999 fino a l'accreditamento transitorio	RSA dal 1999 fino a l'accreditamento transitorio	Casa Protetta durante l'accreditamento transitorio	RSA durante l'accreditamento transitorio	Casa Residenza (CP - RSA) accreditamento definitivo rif. DGR 514/2009
<b>standard sociosanitari</b>					
Operatori assistenziali (OSS, OTA, ADB) limite 1.500h/a	1:2 livello A 1:2 livello B 1:2,6 livello C 1:3,1 livello D	min. 1:2	1:2 livello A 1:2 livello B 1:2,6 livello C 1:3,1 livello D	min. 1:2	1:1,8 livello A 1:2 livello B 1:2,6 livello C 1:3,1 livello D
Animatori	Presenti anche se l'attività non è normata da DGR	Presenti anche se l'attività non è normata da DGR	Presenti anche se l'attività non è normata da DGR	Presenti anche se l'attività non è normata da DGR	36hsett:60malati
<b>standard sanitari</b>					
Infermieri limite 1.548h/a	min. 1:12 max 1:10	1:6 24h/24h	min. 1:12 max 1:10	1:6 24h/24h	min. 1:12
Fisioterapisti imite 1.548h/a	1:60	1:40	1:60	1:40	min. 1:60 max 1:40
Medici	6h sett.:30 malati	12h sett.:20 malati	6h sett.:30 malati	12h sett.:20 malati	min. 5h sett.:25 malati max 15hsett:25malati

È inoltre appurato, come si è già visto a seguito delle prime esternalizzazioni/privatizzazioni della gestione pubblica delle strutture ai fini dell'accreditamento, che il cambio gestionale ha determinato in alcuni casi, grazie alla "flessibilità" del personale assicurata dal privato cooperativo, un abbassamento complessivo degli standard in precedenza assicurati dal soggetto pubblico. Va poi aggiunto che non è affatto chiaro in quale modo l'assorbimento dei malati presenti oggi nelle RSA (circa 1.900 utenti, all'incirca il 12% dell'utenza complessiva) nel nuovo contenitore Casa Residenza Anziani (pessimo termine da ogni punto di vista e che oltretutto non coincide con l'utenza reale, anche ultradiciottenne, delle strutture) non possa evitare una caduta del livello delle prestazioni fin qui assicurate a queste persone.

I tanti "si può" e "è possibile" presenti nella direttiva regionale sull'accreditamento lasciano inoltre troppo spazio alla discrezionalità dei gestori e privano gli utenti e loro famiglie di quegli elementi di certezza essenziali ai fini della valutazione del servizio erogato. Ripetiamo che lo slittamento di due anni della procedura regionale dell'accreditamento non aiuta a sciogliere tutti i dubbi sopra esposti ed anzi li aggrava. Quindi a maggior ragione si ripropone la domanda di sempre: quale retta e per quali servizi?

Per finire, non vorremmo che i nostri ripetuti interventi sulla residenzialità venissero travisati nel senso di una nostra preferenza verso l'istituzionalizzazione del malato non autosufficiente e di converso un rifiuto delle politiche rivolte allo sviluppo della domiciliarità. Niente di tutto questo, come abbiamo più volte affermato è una questione essenzialmente di rivendicazione di diritti negati fondata sulle conseguenze negative delle politiche sociali adottate negli ultimi vent'anni.

Abbiamo già detto di una classe politica, la nostra, sempre pronta a studiare una "via italiana" per la soluzione di ogni problema al solo scopo di non fare nulla e di perpetuare all'infinito la sua occupazione della cosa pubblica. È ovvio che una seria politica "del fare", quella capace di prevenire e di agire prima che un allarme si trasformi in catastrofe, è la premessa di una politica attiva che i problemi li affronta e non li sposta in avanti. Ebbene, proviamo ora a vedere come dall'Europa ci guardano ma non per quello che "vorremmo" fare bensì per quello che non abbiamo mai fatto in tema di anziani.

*"[In Italia] il diritto all'assistenza sociale previsto dalla Costituzione resta ancora oggi in molti casi solo sulla carta [...] La percentuale di anziani istituzionalizzati è in Italia di circa il 2% sul totale degli anziani (Eurostat 2000) e tale valore corrisponde alla metà o addirittura a un terzo rispetto alla maggioranza dei Paesi industrializzati. In Italia, infatti, l'offerta di servizi pubblici, sia domiciliari, che residenziali è una delle più basse dell'intero panorama europeo e sebbene negli ultimi anni vi sia stato un notevole incremento degli interventi domiciliari, solo un'esigua minoranza di anziani non autosufficienti ne fruisce e non sembra realistico ipotizzare, per il prossimo futuro, una crescita del grado di copertura da parte dei servizi pubblici in quanto, a fronte del progressivo aumento della popolazione anziana, un certo incremento di risorse sarà necessario soltanto per mantenere i livelli attuali"* (Eurofamcare 2007).

Dall'Italia pure, secondo lo studio del 2007 della commissione dei LEA del Ministero della salute che si richiama ai dati europei, ci dicono che l'indice corretto di residenzialità per gli anziani dovrebbe essere di 42,27 posti letto ogni 1.000 anziani over 65 e questo basato sulle rilevazioni dell'OCSE (dai 30 ai 60 posti ogni 1.000 anziani) e dei principali paesi UE che individuano un parametro d'offerta di 50/60 posti letto ogni 1.000 anziani come parametro di riferimento.

Ebbene, vogliamo conoscere invece la nostra offerta? Il valore medio in Italia è di 13 posti letto ogni 1.000 anziani (e si badi che nel numero di posti sono comprese non soltanto le Case Protette e le RSA ma anche le Case di Riposo) con valori altamente disomogenei tra Nord e Sud e tra le stesse regioni: dallo 0,2 della Puglia al 44,3 della PA di Trento (l'Emilia-Romagna si attesta a 18) (cfr. AGE.NA.S. 25/06/10)

Forse adesso si comprendono meglio le ragioni dei tanti Tribunali che a più riprese hanno evidenziato similmente al TAR di Brescia (sentenza n. 1581/2010) come *"i criteri stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, essendo funzionali all'accesso alle attività e ai servizi essenziali delineati dalla l. 2000 n. 328 (sul punto si richiama ancora l'art. 25 della l. n. 328), sono preordinati al mantenimento di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi e per gli effetti dell'articolo 117, comma 2 lettera m), Cost., sicché integrano essi stessi un livello essenziale di prestazione, la cui definizione spetta al legislatore statale"* in quanto *"se la legge considera una certa attività o un determinato servizio di natura essenziale, imponendone l'erogazione in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, la realizzazione di questo obiettivo postula che tutti gli interessati possano accedere in condizioni di parità a simili prestazioni"*.

Aggiungiamo che nel nostro paese a complicare il quadro della scarsità di risorse descritto nella relazione di Eurofamcare, sono intervenute le variazioni di alcuni fattori socio-economici, in parte anche conseguenti a scelte politiche rovinose, che avevano fin qui assicurato nella famiglia tradizionale la "manodopera" femminile necessaria, il nostro "welfare invisibile", per l'assistenza domestica all'anziano (e a qualcuno non importa se la donna più dell'uomo è quella che negli anni ne ha sopportato, e ne sta sopportando, tutte le fatiche):

- l'aumento del tasso di occupazione femminile che è passato dal 22% del 1970 al 49,5% del 2010 così riducendo le sue disponibilità all'assistenza;
- le "riforme" pensionistiche con l'innalzamento dell'età minima pensionabile e il passaggio dal regime retributivo a quello contributivo che terrà più a lungo, per necessità, i lavoratori nel mercato del lavoro (in particolare i giovani, le false partite IVA e i dipendenti delle cooperative);
- la modifica della famiglia in senso migratorio transgenerazionale che ha portato i suoi elementi fondanti ad una separazione fisica, geografica o abitativa, senza ritorno ed ha gradualmente cancellato la precedente famiglia multigenerazionale;
- le politiche abitative degli ultimi decenni che hanno costretto a cercare alloggi sempre più piccoli e logisticamente inadatti all'implementazione di una corretta assistenza domiciliare.

E dunque con quali risorse pensiamo di finanziare il gap che ci divide innanzitutto dai problemi concreti e non soltanto dal resto d'Europa. È questo perciò il contesto reale dove dobbiamo considerare la possibilità di ricorrere in aiuto della persona non autosufficiente attraverso una domiciliarità progettata per tempo e non soltanto proclamata.

Così come ci viene esaltata oggi, la domiciliarità è unicamente il tentativo dei responsabili dell'attuale disagio sociale di far dimenticare di non aver fatto in passato quanto necessario per costruire a vantaggio dei nostri anziani le necessarie soluzioni abitative di tipo comunitario, caratterizzate dall'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, che oggi dovremmo soltanto preoccuparci di conservare o adeguare alle nuove esigenze e non di accettare supini che vengano trasformate in cronicari (vecchi o nuovi) a cielo aperto dove la sanità pubblica ha inteso scaricare sempre più frettolosamente (solo perché anziani) i suoi malati gravi con i loro pesantissimi costi.

Dovremmo poi ribellarci insieme a Colin Crouch al tentativo degli "idioti istituzionali" (attaccati al cordone ombelicale del project financing cooperativo) di farci diventare degli idioti consumatori alterando i dati dei confronti nazionali e internazionali (dall'ISTAT all'ONU) che misurano tutti gli indici assistenziali sugli anziani (residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità) sugli over 65 e non gli over 75 come invece anche la nostra Regione ci vorrebbe far credere e che infatti neppure l'Europa ha preso in considerazione "per prenderci le misure". Di questo passo tra qualche mese ci proporranno come indice gli over 85 e poi magari gli over 95 e a questo punto inizieremo, forse, a rientrare nella media dei paesi industrializzati e non a restare nel triangolo europeo, insieme a Portogallo e Grecia, del cosiddetto "welfare balneare".

Ripetendoci, la domiciliarità, la solidarietà della famiglia e la lotta contro l'istituzionalizzazione dell'anziano riacquistano il loro sincero significato soltanto in presenza di una politica sociale attenta, di una nuova rete di interventi a partire dalle "soluzioni di mezzo" (tipo il condominio con portierato sociale) e fondi adeguati accompagnati da una capillare informazione ai cittadini sui loro diritti e sulle reti sociali protettive stese a favore delle persone più deboli e fragili. Come hanno scritto di recente Elena Granaglia e Angelo Marano, "occorre riprendere la costruzione di un sistema di assistenza inteso come sistema finalizzato alla realizzazione di diritti di cittadinanza".

Diversamente, con pochi mattoni, senza idee e fondi, ogni appello delle Istituzioni alla famiglia, accompagnato dal silenzio sull'applicazione delle (poche) leggi esistenti, risulta a dir poco stonato.

### **Conclusioni**

Abbiamo iniziato con Torino e con Torino in un qualche modo terminiamo. Si erano persi da tempo tanti valori, incluso il senso dello Stato, e adesso dovremmo pure affidarci al Dott. Cesare Romiti (che in fatto di vergogne, quand'era a Torino e dopo, avrebbe tante cose da spiegare) per sapere che "Oggi abbiamo perso un sentimento che è quello della vergogna. Non ci vergogniamo più". Quale altro valore abbiamo perso per aver consentito al Dott. Romiti di presentarsi oggi come il saggio e il castigatore?

Per trovare conforto, riprendiamo quanto affermato dal Prof. Pietro Rescigno il 20 ottobre 2010 e quindi riportato nel numero 172 di Prospettive assistenziali e cioè che la giurisprudenza "ha intanto e in più di una pronuncia di merito e di legittimità qualificato in termini di pieno diritto soggettivo l'aspettativa all'assistenza degli anziani colpiti da patologie invalidanti, assistenza da ricevere in strutture pubbliche o, in via alternativa ma sempre con onere a carico del Servizio nazionale, in residenze sanitarie o nel proprio domicilio" e che "la definizione quale diritto soggettivo perfetto toglie ogni fondamento all'eventuale eccezione, sollevata dal sistema pubblico della sanità, relativa alla mancanza o alla insufficienza di risorse disponibili, e non può rimuovere la responsabilità, anche d'indole penale, che all'inadempimento si connette, estesa altresì ai danni ulteriori che siano conseguenza immediata e diretta del servizio negato (nella forma di cure rifiutate, di ricovero ricusato, di «dimissioni» indebitamente deliberate ed eseguite)".

Il Prof. Rescigno ha poi aggiunto che ritiene "giustificate e idonee a garantire la salvezza dei diritti da azionare in futuro, le riserve che dall'anziano (o, per le preclusioni fisiche o psichiche a provvedervi personalmente, dai suoi congiunti o da un'associazione rappresentativa) vengano formulate a seguito di dimissioni nella sostanza unilateralmente imposte".

Al proposito è fresca di stampa la sentenza n. 8254/11 della IV Sezione Penale della Suprema Corte di Cassazione che ha bocciato la sentenza d'appello che aveva mandato assolto un medico "perché il fatto non costituisce reato" (una persona infartuata era morta dopo essere stata da lui dimessa a solo nove giorni dal ricovero) affermando che la sua superiore responsabilità deontologica avrebbe dovuto prevalere nel valutare quando le linee-guida sanitarie votate al risparmio contrastino con la primaria esigenza di cura del malato. "A nessuno - hanno ammonito i giudici - è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute".

Riguardo invece alle dimissioni di anziani malati cronici non autosufficienti dai reparti ospedalieri, che spesso sono definite «protette» ma già contenenti in sé tutti gli elementi di quelle «difficili», ricordiamo che recentemente il Tribunale di Firenze con sentenza n. 1154 del 16 novembre 2010 ha stabilito, con le stesse motivazioni individuate prima dal Prof. Rescigno, che «*il possesso della condizione di totale non autosufficienza, rappresenta il presupposto, necessario e sufficiente per il sorgere di un diritto soggettivo perfetto a fronte del quale la Pubblica amministrazione deve effettuare un accertamento di carattere essenzialmente vincolato sindacabile dal giudice ordinario*». Tant'è che con la citata sentenza, il giudice ha condannato l'Asl di Firenze a versare agli eredi dell'anziano non autosufficiente oltre 43 mila euro (cfr. Intervento del CSA di Torino al Consiglio regionale del Piemonte dell'11 gennaio 2011).

Infatti le conseguenze di queste dimissioni «protette» o «difficili», che prevedono il trasferimento dell'anziano in una struttura protetta convenzionata, si traducono di frequente, nel caso "migliore", in un suo lungo ricovero (a carico del Servizio sanitario) presso un reparto di lunga degenza ospedaliera oppure, nel caso peggiore, in una sua costosissima permanenza (a carico della famiglia) presso una struttura non convenzionata e andando in entrambi i casi ad ingrossare le fila della lunga lista d'attesa comunale (300 domande solo per il distretto di Parma).

A quest'ultima possibilità, dove, mentre l'assistente sociale convince i parenti riluttanti a "scegliere" la struttura privata di loro "gradimento" il medico ospedaliero volge la testa da un'altra parte, è possibile opporsi rifiutando (ai sensi dell'art. 41 della legge 132/1968, dell'art. 4 della legge 595/1985 e l'art. 14, comma 5, del d.lgs. 502/1992) la dimissione forzata dell'anziano fino a quando non verrà individuata dall'assistente sociale la struttura convenzionata nella quale accoglierlo.

Tuttavia su questa materia, che non è oggetto tanto di uno scontro politico (essendo quasi tutta la classe politica unite in silenziosa acquiescenza dell'illegalità esistente) quanto di un conflitto valoriale e legalitario che oppone la società civile, come singoli cittadini o associazioni, prima di tutto agli Enti Locali, il "lieto fine" può tardare ancora a lungo ad arrivare perché, prima di accedere alla struttura convenzionata, il familiare è costretto a sottoscrivere l'impegno formale all'integrazione della retta di ricovero diventando così solidalmente impegnato verso il gestore.

Ma per vincere l'illegalità e per evitare il ricorso oneroso ad una causa civile o amministrativa, coloro che all'atto del ricovero del congiunto in una struttura protetta (pubblica o privata) convenzionata hanno sottoscritto impegni al pagamento della retta, prima di procedere al suo ricalcolo come previsto dalla normativa statale vigente, possono liberarsi dagli obblighi connessi esercitando il diritto di recesso ai sensi dell'articolo 1373 del Codice civile e chiedendo al contempo al Comune di ultima residenza dell'assistito di farsi carico dell'integrazione della retta di ricovero come previsto al comma 4, art. 6 della legge quadro 328/2000 che ripetiamo prevede "*Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica*".

A quanti invece stanno ancora attendendo il ricovero del congiunto e sono consapevoli che il contratto o la domanda di ammissione contengono impegni illegittimi e che tuttavia la loro sottoscrizione è condizione per il ricovero del congiunto, consigliamo di apporre comunque la firma salvo poi inviare subito dopo il ricovero la lettera di revoca agli impegni firmati prima descritta.

L'esercizio del diritto al recesso è stato confermato dalla sentenza della Cassazione n. 26863/08 che ha fatto riferimento all'articolo 1373 del codice civile: "*Nei contratti a esecuzione continuata o periodica, tale facoltà può essere esercitata anche successivamente, ma il recesso non ha effetto per le prestazioni già eseguite o in corso di esecuzione*". Pertanto, poiché il recesso non ha effetto retroattivo, è evidente che prima si procede all'invio delle lettere di disdetta (una al gestore e una al Comune), prima si potrà cessare di versare l'integrazione ingiustamente pretesa.

L'associazione è disponibile a fornire gratuitamente la necessaria assistenza per l'invio delle lettere di recesso e il ricalcolo corretto della retta a carico dell'assistito e/o del Comune.