

In Appunti sulle politiche sociali n. 2/2007

A partire dalla normativa in materia di servizi rivolti agli anziani non autosufficienti ed ai soggetti con grave handicap, si affrontano aspetti che attengono all'etica e alla politica. Agire per la tutela pubblica del diritto ad essere adeguatamente curati ed assistiti rappresenta un dovere per la società ed una "convenienza" per tutti coloro che ne fanno parte

Mauro Perino, Direttore CISAP, Comuni di Collegno e Grugliasco (TO)

Persone con handicap grave ed anziani cronici non autosufficienti. Prestazioni essenziali, oneri finanziari, ricadute etiche e scelte politiche

Premessa

Nelle "Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini" - che il Ministro On. Livia Turco ha presentato alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati in data 27 giugno 2006 - vengono indicate due "azioni" volte ad affrontare le problematiche delle persone con handicap e degli anziani affetti da patologie croniche che determinano una condizione di non autosufficienza. «L'impegno per le disabilità» viene così sintetizzato dal Ministro: «Non solo la salute mentale ma anche le disabilità saranno il cuore della nostra attività. Con le associazioni interessate vogliamo riprendere un cammino che con il Ministero della solidarietà sociale, del lavoro, della famiglia e delle pari opportunità ci consenta di realizzare obiettivi di promozione e di pieno inserimento delle persone 'diversamente abili'. La rete dei servizi, la ricerca per la prevenzione, l'attenzione alla disabilità psichica grave saranno direttive cui intendo dare molta attenzione». Per quanto riguarda «l'attenzione alle persone anziane» il Ministero pensa di procedere «attraverso la costituzione di un Tavolo di lavoro permanente con i sindacati e le più importanti associazioni per affrontare alcuni problemi emergenti: il caldo estivo; le liste di attesa; la promozione della continuità assistenziale; il testo di legge per la non autosufficienza». Come si evidenzia dal testo (riportato integralmente) non è dato sapere, con precisione, in cosa si concretizzeranno le direttive volte ad affrontare le problematiche dell'handicap grave. Per gli anziani il rimando è invece ad un tavolo di concertazione nell'ambito del quale elaborare una legge - quella sulla non autosufficienza - sulla quale i sindacati hanno già formulato una proposta di iniziativa popolare. Posto che ho già avuto modo di esprimere il mio pensiero su tale proposta¹ - e cioè che non c'è alcun bisogno di definire i «livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti (LESNA)» (in quanto già individuati nell'ambito dei L.E.A socio sanitari) ma che si tratta di approvare, con legge dello Stato, i livelli essenziali delle prestazioni (LIVEAS, LEP o altro acronimo) attraverso i quali rendere effettivo il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale per «gli inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere» (articolo 38 della Costituzione.) - credo sia utile, al dibattito in corso, fare il punto su quanto già prevede la legislazione vigente in termini di diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio sanitarie per le persone in condizione di handicap permanente grave e di non autosufficienza.

Si potrebbe così giungere alla conclusione che vera questione che si pone, non è di produrre nuove leggi ma di applicare le (numerose) leggi dello Stato che prevedono il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie². A

¹ Mauro Perino, "Livelli essenziali di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale", *Appunti sulle politiche sociali*, n. 2, marzo/aprile 2006.

² Leggi che tutelano non solo le persone colpite da patologie acute, ma anche quelle affette da malattie croniche che determinano condizioni di non autosufficienza. Legge 4 agosto 1955 n.692: l'assistenza deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia; decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956: l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio; legge 12 febbraio 1968 n.132, articolo 29: le Regioni devono programmare i posti letto ospedalieri necessari a soddisfare le esigenze dei malati acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti; legge 13 maggio 1978 n. 180: le Usl devono assicurare a tutti i cittadini,

partire dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale che riconosce a tutti i cittadini il diritto alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione. Anche considerando che è lo stesso Ministro della Salute a riconoscere che l'unitarietà del sistema – «*indispensabile per promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale*» – non è attualmente assicurata.

Le prestazioni essenziali esigibili

L'esame del quadro normativo deve necessariamente iniziare dal "Decreto Amato-Turco-Veronesi"³ ove si afferma, all'articolo 2, che l'assistenza socio sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale – anche di lungo periodo – sulla base di progetti personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multi dimensionali, definiti nell'ambito dei criteri approvati dalle regioni. Tali prestazioni – rientranti tra quelle indicate dall'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.⁴ – sono definite tenendo conto della natura del bisogno (in base ad aspetti quali: le funzioni psicofisiche, l'attività del soggetto e le sue limitazioni, la partecipazione alla vita sociale, il contesto familiare ed ambientale) e della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale. Nello specifico il decreto prevede che l'intensità assistenziale venga stabilita in base a fasi temporali definite che caratterizzano il progetto personalizzato:

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

La complessità dell'intervento è, a sua volta, determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato. Con il decreto - che si inserisce pienamente nel modello operativo definito nelle "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione"⁵ - viene introdotta una "innovazione" sostanziale: una parte della spesa «*non strettamente sanitaria*» delle prestazioni di riabilitazione viene attribuita ai Comuni (che, a loro volta, possono rivalersi sugli utenti). I fattori produttivi impiegati nelle diverse fasi assistenziali vengono cioè utilizzati, non solamente per definire la complessità dell'intervento, ma anche per quantificare gli oneri di

qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; legge 23 dicembre 1978 n. 833: le Usl sono obbligate a provvedere alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione, qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie; articolo 54 della legge 289/2002 che conferma l'obbligo del Servizio sanitario nazionale di curare anche le persone colpite da cronicità e da non autosufficienza.

³ D.P.C.M 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie" emanato in ottemperanza del disposto dell'articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 419/1998.

⁴ Il decreto legislativo definisce: "prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Il secondo comma dell'articolo individua due tipologie di prestazioni socio – sanitarie: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite"; b) le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè tutte le "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Alle tipologie di cui sopra si aggiungono le *prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* che il quarto comma definisce come: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno – infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative".

⁵ Provvedimento 7 maggio 1998 "Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione". Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n.124. Emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

spesa da ripartire tra i due comparti: ad un minore utilizzo di professionalità sanitarie viene fatta corrispondere una minore attribuzione di spesa al fondo sanitario⁶.

Nella tabella «*prestazioni e criteri di finanziamento*» - allegata al decreto ed indirizzata alle regioni, chiamate a definire i criteri di finanziamento delle attività socio sanitarie – si elencano, con riferimento alle diverse aree d’utenza, le prestazioni da erogare e le funzioni da svolgere sulla base delle fonti legislative, abbinandole alle corrispondenti percentuali di attribuzione della spesa.

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

- L’assistenza alle persone in condizione di handicap attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semi residenziali e residenziali e assistenza protesica (art. 26 della legge 833/1978 e Linee guida) viene posta a totale carico del Servizio sanitario nazionale nella fase intensiva, così come le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale. Viene inoltre mantenuta a totale carico del Servizio sanitario nazionale l’accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuro psichiatrico.

- La tutela della persona handicappata attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell’inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semi residenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia (legge 104/1992 con le modifiche ed integrazioni introdotte dalla legge 162/1998⁷) vengono fatte gravare: per il 100% sul fondo sanitario le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica; per il 70% a carico del fondo sanitario e per il 30% sui fondi comunali - fatta salva la compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale - l’assistenza in strutture semi residenziali e residenziali per persone con handicap grave. E’ attribuita invece per il 40% sul fondo sanitario e per il 60% sui fondi comunali - sempre fatta salva la compartecipazione dell’utente - l’assistenza alle persone in condizione di gravità prive del sostegno familiare nei servizi di residenza permanente. L’assistenza scolastica ed educativa ed i programmi di inserimento sociale e lavorativo vengono posti a totale carico dei comuni. Appare evidente che dalla decisione di scandire le competenze finanziarie dei soggetti istituzionali chiamati in causa sulla base delle fasi di intervento, discendono notevoli complicazioni operative. Anche perché – come evidenziato dalle linee guida – i percorsi integrati di riabilitazione non sono, necessariamente, lineari e le fasi possono ripetersi in modo ciclico.

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

❖ La «*cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili al domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia*» vengono posti a totale carico del Servizio sanitario nazionale in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione

⁶ Il decreto - che radicalizza la logica di risparmio della spesa sanitaria avviata con il D.P.C.M 8 agosto 1985 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali, ai sensi dell’art. 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833” - oltre a ridefinire i confini delle prestazioni socio sanitarie e ad introdurre nuovi criteri di ripartizione della spesa tra ASL e Comuni, “transita” le competenze sulle “categorie” di cittadini *risparmiate* dal decreto del 1985, dal comparto sanitario a quello socio sanitario (con relativo accollo degli oneri di intervento relativi alle attività “non strettamente sanitarie” ai Comuni). All’utenza già individuata dalle Regioni in applicazione del precedente atto di indirizzo - rappresentata dall’area materno infantile, dai disabili, dagli anziani cronici non autosufficienti - si aggiungono: le *persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative*; *i soggetti dipendenti da alcool e da droga*; *gli affetti da patologie psichiatriche*; *gli affetti da H.I.V.* Il servizio sanitario mantiene a completo carico le sole “*prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale domiciliare, semi residenziale, residenziale*” dei *pazienti terminali*.

⁷ Legge 21 maggio 1998, n. 162 “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave”.

nella fase estensiva. Nelle forme di lungo assistenza semi residenziali e residenziali il 50% del costo complessivo viene posto a carico del Servizio sanitario nazionale, il restante 50% del costo complessivo è a carico del comune, fatta salva la compartecipazione dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.

❖ Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata sono poste a carico del fondo sanitario le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione. Sono invece suddivise al 50% tra Servizio sanitario nazionale e comuni – sempre fatta salva la compartecipazione dell'utente – l'assistenza tutelare. E' infine posto a totale carico del comune l'aiuto domestico e familiare.

L'Atto di indirizzo sancisce, in ogni caso, che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria si sostanziano nella messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale - necessarie per la realizzazione dei percorsi integrati socio sanitari - e nell'assolvimento della funzione di sostegno economico nei confronti degli utenti che - a causa del basso livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri degli interventi. Il complesso delle prestazioni assistenziali e riabilitative viene pertanto fatto afferire – come del resto prevede l'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 – alla fattispecie delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ed a quelle ad elevata integrazione. Da ciò deriva la competenza delle unità sanitarie locali ad assicurare l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie, attraverso modalità organizzative che consentano la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. Competenza ribadita anche dal successivo dal DPCM 29.11.2001 che, all'allegato 1.C, definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria⁸. E' utile, a tale proposito, ricordare che quest'ultimo decreto - a differenza del precedente che si configurava come un semplice atto amministrativo di indirizzo e coordinamento alle Regioni - ha assunto forza di legge dello Stato con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003 nel quale si precisa che «*Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del Decreto del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001...*».

Si può dunque trarre una prima conclusione:

- 1) sono esigibili - in quanto afferenti ai livelli essenziali di assistenza (L.E.A) – le prestazioni sanitarie⁹ e quelle socio sanitarie pur con contribuzione da parte degli utenti;
- 2) qualora detti utenti non siano in condizione di pagare il dovuto, spetta ai Comuni integrare la spesa attingendo ai fondi propri, a quelli regionali ed alle quote del fondo nazionale per le politiche sociali che - tramite le regioni - viene ripartito tra gli enti gestori dei servizi sociali.

Gli oneri finanziari delle prestazioni

A questo punto si pone però un problema spinoso: quello della definizione delle regole in base alle quali richiedere – alle persone in condizione di handicap grave ed agli anziani non autosufficienti – di contribuire al costo delle prestazioni socio sanitarie di livello essenziale. Anche in questo caso ritengo sia utile una disamina della normativa vigente. A partire dalle fonti, e cioè dall'articolo 23 della Costituzione che recita: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Con riferimento a questo fondamentale principio costituzionale si può rilevare un primo punto fermo: l'imposizione contributiva al costo delle prestazioni è effettivamente avvenuta – anche se in modo non proprio lineare - con una legge: la finanziaria del 2003 che eleva, al rango di legge dello Stato, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001.

Ma sulla materia è operante, per quanto attiene alla questioni esaminate, anche un'altra legge nazionale: la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi

⁸ Il Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” - conosciuto come “Decreto Berlusconi, Sirchia, Tremonti” - riprende integralmente il “Decreto Amato, Turco, Veronesi” citandolo puntualmente tra le fonti normative di riferimento per l'attribuzione delle competenze ad erogare le prestazioni e ad assumere gli oneri di spesa.

⁹ Vedi i riferimenti legislativi alla nota 2.

sociali” che - all’articolo 25 - stabilisce che «ai fini dell’accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130». La formulazione dell’articolo è netta: a prescindere dai criteri di accesso alle prestazioni – sui quali tornerò successivamente - ogni «accertamento della condizione economica del richiedente» deve essere effettuato nel rispetto del decreto citato dalla legge di riforma¹⁰. Un testo normativo che vale la pena esaminare nei suoi punti salienti. In primo luogo - e con riferimento generale – nell’articolo 2 del decreto si afferma che «la valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza» e che «ciascun soggetto può appartenere ad un solo nucleo familiare». In secondo luogo nell’articolo si precisa che le disposizioni del decreto «non modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alle prestazioni degli alimenti, ai sensi dell’art. 433 del codice civile», ovvero che esse «non possono essere interpretate nel senso dell’attribuzione agli enti erogatori della facoltà di cui all’art. 438 del codice civile, primo comma, nei confronti del componente il nucleo familiare dei richiedenti la prestazione».

Da tale “interpretazione autentica” dell’art. 438 del codice civile consegue un definitivo giudizio di «illegittimità della prassi, ancora assai diffusa, degli enti erogatori di richiedere il pagamento delle rette di ricovero ai parenti dell’assistito che non sia in grado di farlo: il soggetto privo di mezzi, può rivolgersi ai parenti, ai sensi dell’art. 433 c.c. e seguenti, per ottenere gli alimenti e cioè quanto gli è necessario per soddisfare i bisogni più essenziali, ma si tratta di un rapporto privato tra parente e parente, per il quale nessuna sostituzione da parte di altri (e men che meno di un ente pubblico) può essere ammessa».¹¹

E poiché – come rileva il difensore civico della Regione Marche Avvocato Samuele Animali – «si ha notizia del fatto che vengono richiesti contributi ai parenti degli assistiti anche quando non sarebbero tenuti alla contribuzione, e ciò anche con minacce più o meno esplicite di esclusione dal servizio e di recupero forzoso dei presunti crediti maturati da parte dell’ente, si sottolinea che l’eventuale negazione o sospensione del servizio per la mancanza di tali indebite contribuzioni possono integrare il reato di omissione di atti d’ufficio o di violenza privata qualora si tratti di minacciare le dimissioni forzate; dal punto di vista amministrativo tali atti e comportamenti appaiono illegittimi perché viziati da eccesso di potere»¹²

Chiarito che è da escludere, in via generale, ogni possibilità di legittimazione dell’ente erogatore a richiedere ai parenti il pagamento delle prestazioni sociali agevolate, l’articolo 3 del decreto esaminato fornisce specifiche indicazioni per quanto attiene a quelle socio sanitarie. «Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell’ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell’articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, al fine di favorire la permanenza dell’assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell’atto di indirizzo e coordinamento di cui all’articolo 3 – septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni»¹³.

La lettura dell’articolo consente di apportare alcune integrazioni alla prima conclusione proposta nel paragrafo precedente: 1) le prestazioni socio sanitarie devono essere «assicurate» dalle aziende sanitarie; 2)

¹⁰ Decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109 “Definizione di criteri unificati di valutazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate”.

¹¹ Massimo Dogliotti “Ancora sul pagamento delle rette di ricovero a carico dei parenti: errare humanum est, perseverare diabolicum”, *Prospettive assistenziali*, n. 138, aprile – giugno 202.

¹² Regione Marche. Consiglio Regionale. Difensore civico: “Contribuzione al costo dei servizi socio assistenziali da parte degli utenti – Parere”. Ancona 23 gennaio 2007. Il testo è reperibile sul sito del Gruppo Solidarietà www.grusol.it

¹³ L’atto di indirizzo al quale si fa riferimento nel testo citato, è il “Decreto Amato -Turco - Veronesi” esaminato all’inizio.

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

Nonostante tutto ciò venga linearmente previsto dalla normativa esaminata, sono ancora in molti a sostenere che il decreto legislativo n. 130/2000 non costituisce una prescrizione a carico degli enti erogatori dei servizi, in quanto non è stato adottato il DPCM che avrebbe dovuto “regolamentarne” l'applicazione. Con le leggi costituzionali n.1 del 1999¹⁴ e n.3 del 2001¹⁵ – che hanno fortemente innovato il titolo V° della parte II^ della Costituzione – è stato però modificato l'articolo 117 che, nella nuova versione, così si esprime per quanto attiene alla potestà regolamentare: «*La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite*». Come osservato, lo Stato ha legiferato in ordine all'imposizione contributiva con riferimento alle prestazioni socio sanitarie di livello essenziale approvando la legge finanziaria del 2003. L'articolo 54 della stessa, dando forza di legge al D.P.C.M 14.02.2001 e al DPCM 29.11.2001, ha infatti assunto le percentuali di costo delle prestazioni da porre a carico degli utenti/comuni indicate nei decreti. Inoltre con l'approvazione della legge n.328/2000 (articolo 25) ha stabilito l'obbligo di utilizzare il decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130, per la verifica della condizione economica degli utenti. Nella sostanza sembrerebbe dunque rispettato il principio dettato dall'articolo 23 della Costituzione. La «*prestazione personale o patrimoniale*» viene infatti imposta all'utenza in base alla legge. Resta ora da comprendere a chi spetti regolamentarne l'applicazione anche alla luce delle modifiche costituzionali.

A ben vedere la legge n. 328/2000 - varata dopo l'approvazione dei sopraindicati decreti legislativi - consente di affrontare anche quest'ultimo problema. L'articolo 8, comma 3, lettera 1), assegna infatti alle regioni il compito di esercitare (tra le altre) la funzione relativa alla «*definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g)*». Tenendo cioè conto «*dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109*» che (a seguito delle integrazioni e modifiche apportate dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n.130) impone di considerare la «*situazione economica del solo assistito*» - se anziano non autosufficiente o in condizione di handicap permanente grave – ove lo stesso sia inserito in «*percorsi assistenziali integrati di natura socio sanitaria*». Secondo questa chiave di lettura della normativa non si tratta, dunque, di attendere un DPCM, ma di rivendicare che le regioni formulino «*le disposizioni applicative del D.lgs.109 così come modificato dal D.Lgs.130, al fine di uniformare la prassi nel senso evidenziato*»¹⁶.

Ricadute etiche e scelte politiche

Ad oggi, come si è detto, la prassi di gran lunga prevalente tra i comuni si allinea sulla tesi di non applicabilità del decreto legislativo n. 130/2000. Si tratta però, a ben vedere, di «*una considerazione più di carattere politico – economico ed organizzativo che non giuridico*» in base alla quale «*l'applicazione sistematica della normativa sopra menzionata secondo l'interpretazione più favorevole ai familiari*

¹⁴ Legge Costituzionale 22 novembre 1999, n.1: “Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle regioni”.

¹⁵ Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3: “Modifiche al titolo V della parte II della Costituzione”.

¹⁶ Regione Marche. Consiglio Regionale. Difensore civico: “Contribuzione al costo dei servizi socio assistenziali da parte degli utenti – Parere”. Ancona 23 gennaio 2007.

dell'assistito non andrebbe in direzione di una maggior equità distributiva – di cui la difesa civica dovrebbe farsi garante – in quanto creerebbe dissesti finanziari in capo ai comuni attribuendo benefici in maniera indiscriminata, cioè anche a favore di soggetti provenienti da famiglie benestanti, famiglie che invece avrebbero la possibilità e quantomeno il dovere morale di provvedere»¹⁷.

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

In ogni caso, la soluzione individuata da chi si appella ai presunti “doveri morali” della famiglia – oltre ad essere illegittima – non ne considera nemmeno la reale situazione. Secondo l'analisi effettuata dal Centro Studi dell'Università romana di Tor Vergata (sui più recenti dati Istat del 2004) «*295.572 famiglie (l'1,3% della popolazione) sono precipitate al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese sanitarie sostenute. E altri 967.619 nuclei familiari (4,2% della popolazione), sempre per ragioni sanitarie sono state sottoposte a “spese catastrofiche”. Il 45,6% delle famiglie impoverite è composta da anziani soli o da coppie di anziani senza figli. E comunque...la grande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano. Un over 65, inoltre, fa crescere del 42% la probabilità di impoverimento, e se gli anziani sono due, o più, l'aumento è del 50 per cento*». Secondo la ricerca, inoltre, «*sono ben 1,2 milioni i nuclei familiari costretti a pagarsi la salute out of pocket...Con alcune componenti che pesano più di tutte: i farmaci, la specialistica, l'odontoiatria e la long term care, almeno per le famiglie che possono permettersela*»¹⁸. Appare chiaro che le famiglie di cui sopra non sono artefici, ma semmai vittime, della diseguaglianza sociale che si va diffondendo¹⁹. «*Siamo tra i paesi che destinano*» – alla spesa sociale – «*meno risorse (25,18% del Pil tra il 2000 e il 2006), e le spese sanitarie e per gli anziani rappresentano poco meno del 75% della spesa sociale complessiva. I pensionati sono 16.561.600 (in media prendono 12.500 euro l'anno, ma 4 milioni di persone prendono meno di 500 euro mensili mentre mezzo milione oltre 2.000 euro)*».²⁰ Infine non bisogna dimenticare che l'importo della pensione di invalidità – che viene erogata a coloro che non sono in possesso di alcuna risorsa e che, a causa dell'handicap che li ha colpiti, non sono in grado di svolgere alcuna attività lavorativa proficua – ammonta a ben 238,07 euro al mese!

A fronte di tale situazione occorre ritrovare la consapevolezza che è la politica che determina il cambiamento (in meglio o in peggio) della situazione sociale. In tal senso è necessario che vengano assunte iniziative politiche volte a tradurre in pratica il mandato costituzionale di giustizia sociale. Agire per la tutela pubblica del diritto ad essere adeguatamente curati ed assistiti rappresenta un dovere per la società ed una “convenienza” per tutti coloro che ne fanno parte. Stante la tendenza demografica, saranno infatti sempre più numerosi quelli che, divenuti non autosufficienti, dovranno affidarsi ai servizi sanitari e socio sanitari. E' quindi opportuno rivendicare - sin d'ora - il necessario «*benessere sociale, cioè la possibilità delle persone*

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Roberto Turno “Famiglie più povere per la sanità”, *Il Sole 24 ore* n. 331, 8 dicembre 2006.

¹⁹ Secondo i dati presentati nel “Rapporto Eurispes 2007”, oltre il 50% delle famiglie ha un reddito mensile inferiore a 1.900 euro al mese. Inoltre, l'indebitamento delle famiglie per spese mediche e personali risulta quantificato in 50.000 milioni di euro (più 4,7% rispetto all'anno 2005). Fonte: Luca Fazio, “L'Italietta del neofeudalesimo”, *Il Manifesto*, 27 gennaio 2007

²⁰ Ibidem.

di star bene, anche attraverso l'acquisizione di quelle cose che non si possono comprare, che non sono disponibili al mercato»²¹.

²¹ Carlo Podda, "La funzione privata nel governo", *Carta*, n.9, ottobre 2006.