



Prot. 1906

Torino 9 novembre 2007

**PRIMA BOZZA DI OSSERVAZIONI ANCI PIEMONTE
SULLA BOZZA DI LEGGE DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI PROTEZIONE SOCIALE
E CURA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (TESTO DEL 6.11.2007)**

1. Distinguere la malattia dall'handicap.

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

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

Purtroppo nella bozza invece di assumere come riferimento lo sviluppo delle abilità e delle autonomie personali, si prevede una commissione per l'accertamento della non autosufficienza che dovrebbe inoltre operare anche nei confronti di minori di qualsiasi età.

2. Definire gli standard della prestazioni di livello essenziale.

Nel testo esaminato si prevede (articolo 2) che «*con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (...) siano contestualmente determinate: i. le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorirne l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera; ii. le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza; iii. i costi posti a carico del Servizio sanitario nazionale e quelli*



relativi alla componente sociale posti a carico del Comune, con l'eventuale compartecipazione dell'assistito ai sensi della successiva lettera d), per ciascuna tipologia di prestazione, ad esclusione di quelle ad elevata integrazione sanitaria, comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e interamente a carico del Servizio sanitario nazionale».

La lettura del brano riportato suggerisce una prima domanda: per quale ragione occorre determinare tali prestazioni, visto e considerato che esse sono già state oggetto dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001¹ e 29 novembre 2001². (il secondo dei quali ha addirittura assunto forza di legge con l'approvazione dell'articolo 54 della legge 289/2002)? Semmai – come giustamente prevede la bozza di legge – andrebbero definiti con chiarezza gli standard quantitativi e qualitativi di tali prestazioni.

Se si esamina il primo dei due decreti, si rileva infatti (articolo 3, comma 2) che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria «*di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi*» e «*si esplicano attraverso: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari; b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza»*

Il secondo decreto (oggi legge dello Stato) con riferimento alla prestazioni sanitarie a rilevanza sociale così si esprime: «*nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero 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. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV».*

Confrontando i testi della delega e dei due decreti si può tentare una risposta alla domanda precedentemente formulata. L'attenzione degli estensori non sembra tanto rivolta alla determinazione

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



delle prestazioni³ (che, come afferma con apprezzabile sincerità il secondo decreto, «*non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale*») quanto alla “ricollocazione” di alcune di esse: dal sanitario a rilievo sociale, al sociale a rilievo sanitario. Con la conseguente possibilità di rideterminare «*i costi posti a carico del Servizio sanitario nazionale e quelli relativi alla componente sociale posti a carico del Comune, con l'eventuale compartecipazione dell'assistito ai sensi della successiva lettera d), per ciascuna tipologia di prestazione*».

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

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

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

In pratica viene annunciata la “sospensione” (per un lasso di tempo non determinato) del decreto legislativo 109/1998 e del decreto legislativo 130/2000, in base ai quali «*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*

² Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”



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»⁴.

Inoltre non si comprende che senso abbia prevedere che tale disposizione si applica a «prestazioni residenziali non rivolte a persone in condizione di non autosufficienza particolarmente grave». Si vuol forse dire che si applica a tutti coloro che non raggiungono il livello più alto di gravità? Si spiegherebbe così la decisione di prevedere «l'articolazione della condizione di non autosufficienza in diversi livelli di gravità» che verrebbe evidentemente effettuata non solo con lo scopo di “calibrare” adeguatamente il piano assistenziale dell'utente, ma anche al fine di prevedere la possibilità di una “penalizzazione economica” dei congiunti di coloro che necessitano di ricovero in struttura.

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

4. Riconfermare i vigenti diritti esigibili.

A fronte delle direttive per la definizione di non autosufficienza fornite dal testo della legge delega – che accomunano persone con problematiche generate da cause diverse (e che, conseguentemente, richiedono diversi interventi e prestazioni) – potrà verificarsi la situazione in cui ai genitori di un giovane

³ Della definizione degli standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni si fa infatti menzione a parte, in un apposito comma dello stesso articolo.



con handicap intellettuale non inseribile al lavoro (e percettore del solo reddito derivante dalla pensione di invalidità civile e dall'indennità di accompagnamento) verrà richiesto di contribuire — limitatamente alla fase di graduale (?) raggiungimento dei livelli essenziali — al costo dell'inserimento del proprio figlio in comunità alloggio. Esattamente come si potrà richiedere alla moglie ed ai figli di un adulto con patologie psichiatriche, o con il morbo di Alzheimer — e cioè di malati che hanno il diritto soggettivo ad essere curati — di farsi parzialmente carico dei costi di prestazioni residenziali che, con ogni evidenza, non possono che afferire pienamente alle competenze del sistema sanitario.

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

Occorre dunque adeguare i finanziamenti relativi al settore socio-assistenziale, senza però che vengano considerate di competenza dell'assistenza le funzioni attualmente svolte dalla sanità. Si segnala — a tale proposito — che la Giunta della Regione Piemonte con la deliberazione del 23 luglio 2007, n.37 – 6500, ha stanziato 5 milioni di euro annuali per rimborsare ai Comuni l'importo sostenuto per l'integrazione delle rette alberghiere non corrisposte interamente dagli anziani cronici non autosufficienti sulla base delle loro personali risorse economiche. Si può dunque ritenere, in base all'esperienza piemontese, che con i 200 milioni stanziati per il 2008 dal fondo per le non autosufficienze possano essere fornite ai Comuni le risorse occorrenti per l'integrazione delle rette riguardanti non solo gli anziani non autosufficienti ed i dementi senili degenti presso le Rsa, ma anche ai soggetti con handicap ricoverati.

A tale proposito sarebbe opportuno che il finanziamento di cui sopra venisse suddiviso in due sezioni distinte: una per adulti ed anziani in condizione di non autosufficienza a causa di patologie croniche ed una per le persone maggiorenni colpite da handicap grave e non autosufficienti.

⁴ L'atto di indirizzo al quale si fa riferimento nel testo citato, è il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 citato precedentemente.