

Da "fondazionepromozionesociale" fondazionepromozionesociale@pec.it
A presidente@pec.governo.it, r.fraccaro@governo.it, m.turco@governo.it, a.martella@governo.it,
a.tabacchi@governo.it, m.scino@palazzochigi.it, seggen@postacert.sanita.it, segreteriaministro@sanita.it,
segreteria.sileri@sanita.it, segreteria.zampa@sanita.it, gabinettoministro@pec.lavoro.gov.it,
segreteriasottosegretariodipiazza@lavoro.gov.it, segreteriasottosegretariopuglisi@lavoro.gov.it, urp@mef.gov.it,
mef@pec.mef.gov.it, segreteria.baretta@mef.gov.it, segreteria.castelli@mef.gov.it, segreteria.guerra@mef.gov.it,
segreteria.misiani@mef.gov.it, segreteria.villarosa@mef.gov.it
Cc "Fondazione promozione sociale onlus" info@fondazionepromozionesociale.it
Data Wed, 25 Mar 2020 17:10:44 +0100
Oggetto Piano per la non autosufficienza

CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base 10124 TORINO - Via Artisti, 36 <i>In attività ininterrottamente dal 1970</i> Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95 e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it	FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 info@fondazionepromozionesociale.it www.fondazionepromozionesociale.it
---	---

- *Prof. Giuseppe Conte, Presidente Consiglio dei Ministri*
- *On. Riccardo Fraccaro, Mario Turco e Andrea Martella, Sottosegretari alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

- *On. Roberto Speranza, Ministro della salute*

- *On. Pierpaolo Sileri e Sandra Zampa, Sottosegretari Ministero della salute*

- *On. Nunzia Catalfo, Ministro del lavoro e delle politiche sociali*
- *On. Stanislao Di Piazza e Francesca Puglisi, Sottosegretari Ministero del lavoro e delle politiche sociali*

- *On. Roberto Gualtieri, Ministro dell'Economia*
- *On. Laura Castelli, Antonio Misiani, Pier Paolo Baretta, Maria Cecilia Guerra e Alessio Mattia Villarosa, Sottosegretari Ministero dell'economia*

Piano per la non autosufficienza: indispensabile l'approvazione di provvedimenti urgenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministro della salute per ribadire i diritti vigenti esigibili alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali del Servizio sanitario nazionale.

Le scriventi organizzazioni sono pienamente consapevoli della gravità del momento che sta attraversando il nostro Paese e dell'aggravio delle responsabilità che ricadono sulle sue Istituzioni, che ben rappresentate e di cui Vi siamo grati per la dedizione e l'impegno profuso dimostrato: questo ci conforta e ci incoraggia a sperare che

troveremo le forze per superare insieme anche questa emergenza.

Ci corre tuttavia l'obbligo di informarVi con tempestività delle **gravissime ripercussioni**, che ci saranno per centinaia di migliaia di malati cronici (in gran parte anziani) e per le persone con disabilità con patologie invalidanti non autosufficienti, a seguito dell'applicazione da parte delle Regioni del **Dpcm del 21 novembre 2019**, di cui abbiamo già un esempio nella Dgr 2862 del 18 febbraio 2020 approvata dalla Regione Lombardia.

Due sono i fatti che ci **sconcertano e allarmano**:

1. la **manipolazione** di quanto stabilisce la norma istitutiva del "Fondo per le non autosufficienze";
2. il travisamento e, conseguentemente, la non considerazione delle norme vigenti, che oggi prevedono la **titolarità del Servizio sanitario nazionale** nella cura e nell'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

È di una evidenza eclatante l'assenza totale di ogni richiamo agli obblighi primari del Servizio sanitario nazionale per le persone oggetto del Piano che, come dimostra l'elenco delle situazioni che contraddistinguono i cosiddetti «gravissimi», sono malati/persone con disabilità non autosufficienti **a causa di relevantissime carenze di salute**.

Il documento allegato, che è parte integrante della presente, ripercorre il quadro normativo, al solo scopo di rendere immediatamente visibile quanto vogliamo qui denunciare.

L'emergenza Coronavirus ha scosso il Paese al punto che ci siamo ricordati di quanto sia importante il nostro **Servizio sanitario pubblico**, la centralità della decisione per garantire in modo **omogeneo** le prestazioni a cui si ha diritto ovunque si abiti. È aumentata la sensibilità a stanziare **risorse adeguate**, a condannare l'evasione fiscale, a non «liquidare» con facilità le persone anziane e, comunque, i malati con pluripatologie croniche non autosufficienti.

Senza dimenticare che vi sono sentenze della **Corte costituzionale** (v. allegato) che impongono la salvaguardia del diritto fondamentale alla salute, senza che questo venga subordinato a presunte ragioni di equilibrio di bilancio o di carenza di risorse stanziate. Si potrà quindi agire tempestivamente, una volta superata questa emergenza, per porre fine all'altra emergenza in corso da anni, che rasenta l'**eugenetica sociale**, attuata nei confronti dei malati, specialmente anziani, non autosufficienti, come abbiamo già segnalato al Ministro per la salute con ampia documentazione nei mesi scorsi.

La chiarezza della normativa statale non ha impedito che le **Regioni**, a cui in concreto finora è stata affidata l'attuazione del diritto alla salute, **ostacolassero** l'effettiva cura dei malati non autosufficienti, vincolandola, con strategie diverse nel contenuto ma analoghe nelle concrete conseguenze, alla previa valutazione di condizioni che nulla hanno a che vedere con la salute del malato (la situazione economica, la proprietà di un immobile, l'esistenza di congiunti), alla predeterminazione del tempo di erogazione delle prestazioni sanitarie, senza tenere conto delle esigenze di indifferibilità di cura di un malato non autosufficiente.

La richiesta (e l'auspicio) è che il nostro grido di allarme non cada nel vuoto, ma sia raccolto e fatto proprio dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Ministro della Salute per dare corso, superata l'emergenza attuale, ai provvedimenti necessari perché:

- nell'immediato si ribadisca che è il Servizio sanitario nazionale che **garantisce** le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie alle persone non autosufficienti a causa di malattie croniche o con disabilità conseguenti a patologie invalidanti, mentre le risorse

del Fondo per la non autosufficienza sono **esclusivamente aggiuntive** e per questo destinate limitatamente alle persone che rientrano nei criteri del 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione che limita gli interventi agli inabili e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere;

- nel mentre si proceda al più presto con il riesame della materia, affinché si giunga alla **gestione unica** da parte del Servizio sanitario nazionale delle competenze sanitarie e socio-sanitarie (Lea). Se il punto è prevedere una compartecipazione dell'interessato al costo della prestazione socio-sanitaria, così come avviene per i ticket richiesti per gli esami e le prestazioni diagnostiche e specialistiche, analogamente si può disporre che siano direttamente le Aziende sanitarie locali a richiedere la cosiddetta quota alberghiera per le prestazioni socio-sanitarie erogate e, se necessario, integrare la parte non coperta dall'interessato, tenuto conto che le risorse provengono sempre dallo Stato;

- per evitare una Sanità di serie A ed una di serie B, il Ministro della salute dovrebbe vincolare le Regioni al **rispetto** dei principi stabiliti dalle norme nazionali, in quanto la «*determinazione dei principi fondamentali*» è riservata dall'articolo 117 della Costituzione alla legislazione dello Stato in materia di «*tutela della salute*». Solo le prestazioni "socio-assistenziali" sono materia esclusiva delle Regioni e riguardano le persone che rientrano nell'ambito del citato articolo 38 della Costituzione. Pertanto il Ministro della salute dovrebbe procedere in modo che le Regioni modifichino i propri provvedimenti e li rendano **coerenti** con la normativa nazionale che, essendo di rango superiore, deve prevalere. In tal modo sarà possibile ottenere che gli infermi abbiano in tutto il Paese gli stessi diritti e che le norme regionali siano identiche o analoghe per quanto concerne il diritto alla continuità terapeutica senza interruzione delle cure, l'accesso alle prestazioni, l'erogazione delle stesse, gli oneri a carico degli infermi;

- si propone come urgentissimo intervento, di natura permanente, salvo i necessari adeguamenti, una **legge** che riconosca la priorità delle **prestazioni domiciliari** a tutte le persone non autosufficienti, indipendentemente dalla causa invalidante, nei casi in cui congiunti o terze persone siano volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva alle persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie, gravemente invalidanti, nonché ai cittadini colpiti da disabilità e con autonomia limitatissima o nulla. Le prestazioni domiciliari dovrebbero essere considerate prioritarie dal Servizio sanitario qualora esse possano essere assicurate dal Medico di medicina generale dell'infermo, che ne abbia riconosciuto la validità e l'assenza di controindicazioni nei confronti dell'accuditore domiciliare, che si impegna direttamente o tramite altre persone di sua scelta a garantire 24 ore su 24 una presenza attiva volta ad assicurare all'infermo gli interventi necessari, nonché provvedere alle eventuali emergenze, richiedendo se occorre l'intervento di relativi servizi delle Asl, anche al fine di evitare nei casi di autolesionismo dell'infermo o di eterolesionismo causato da terzi magari introdotti abusivamente nell'abitazione o di essere accusato del reato di abbandono di persona incapace. All'infermo non autosufficiente o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, **l'Asl** di competenza in base alla residenza dovrebbe erogare un contributo economico, a carico del Servizio sanitario, che sia calcolato sulla base della somma che le Asl versano in caso di degenza

presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, per infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche. Il contributo è **aggiuntivo** all'indennità di accompagnamento, che in tal modo rientra nel progetto individualizzato definito dall'Asl di residenza con l'interessato e/o i congiunti o chi lo rappresenta. Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute;

- va programmato un investimento di **risorse** per la realizzazione di Centri diurni e Rsa a partire dalle Regioni più inadempienti, a fronte della riduzione dei posti letto ospedalieri e di riabilitazione e lungodegenza.

Conclusioni

Per predisporre un progetto adeguato alle norme costituzionali e legislative sopra richiamate per i pazienti cronici non autosufficienti occorre il tempo necessario, nonché la **collaborazione/confronto** fra medici, altri esperti e rappresentanti degli infermi, anche con riguardo all'individuazione di percorsi praticabili per recuperare nuove risorse. Al riguardo, se necessario, possiamo inviare una nota.

Nell'affrontare il tema occorre anche tenere presente che nei confronti delle persone non autosufficienti a causa di disabilità sono in corso, in attuazione della legge 112/2016 (erroneamente intesa come riguardante il "durante e il dopo di noi", mentre i diritti sono invece previsti dalle norme di legge sui Lea), iniziative che hanno come riferimento il settore dell'assistenza sociale, le competenze assistenziali delle Regioni e delle Province autonome e dei Comuni singoli e associati. Pertanto attualmente vi sono **due tipologie** (una sanitaria, l'altra assistenziale) di strutture finanziate dalle istituzioni, che intervengono sugli stessi cittadini, ma con modalità assai diverse.

Ricondurre all'**unitarietà istituzionale** in capo al Servizio sanitario tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette ai malati cronici non autosufficienti, nonché alle persone con disabilità con limitata o nulla autonomia, permette di unificare le risorse oggi disperse e, come sopra ricordato, evitare la **duplicazione** di interventi e la conseguente inefficacia o insufficienza della risposta ai bisogni dei malati cronici e/o persone con disabilità non autosufficienti ai quali è urgente assicurare la piena esigibilità dei loro diritti sanitari e socio-sanitari.

Nel restare a disposizione, si inviano cordiali saluti.

Maria Grazia Breda, Andrea Ciattaglia, Francesco Santanera

Allegato

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 riguardante l'approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza: non rispettate le vigenti norme di legge e gravi omissioni in merito all'attuale esigibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le persone non autosufficienti a seguito di patologie e/o di disabilità invalidanti^[1].

Necessari e urgenti adeguati provvedimenti a difesa dei vigenti diritti esigibili alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, che devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale.

Sulla "Gazzetta ufficiale" del 4 febbraio 2020 è stato pubblicato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 recante il titolo "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021", emanato su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze. Per impedire le ripercussioni nefaste, che ne deriverebbero per le persone non autosufficienti a causa di malattie croniche e disabilità invalidanti, il Governo dovrebbe intervenire con urgenza. Di seguito le motivazioni della richiesta.

1. Base giuridica del decreto è l'interpretazione del tutto fuorviante dei commi 1264 e 1265 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, di cui si riportano integralmente i testi del 2006:

«1264. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, e' istituito presso il Ministero della solidarieta' sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale e' assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009».

«1265. Gli atti e provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal Ministro della solidarieta' sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281»

2. In primo luogo occorre precisare – realtà incontestabile e di elementare comprensione – che tutte le persone non autosufficienti, sia a causa di patologie (la stragrande maggioranza) o di disabilità invalidanti presentano ovvie e rilevanti carenze della loro salute e quindi avevano (ed hanno) il pieno e, se necessario, immediato diritto alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, come è stato anche precisato dall'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino nei documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016. Al riguardo si ricorda che l'articolo 2 della sopra citata legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve obbligatoriamente assicurare *«la diagnosi e la cura [e non solo la guarigione!] degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»*. Inoltre occorre tenere presente che con l'emanazione delle disposizioni sui Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono diventate pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili anche a seguito dell'approvazione dell'articolo 54 della legge 289/2002), sono state specificate le seguenti prestazioni gratuite:

- «Assistenza programmata a domicilio (Adi e Adp): a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta; b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio; d) prestazioni riabilitative a domicilio; e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona (50% del costo a carico dell'utente e/o del Comune); f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa»;
- «Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriale: a) prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socio riabilitative presso il domicilio; b) assistenza protesica»;
- «Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito dei programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali: a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale; b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi (30% del costo a carico dell'utente e/o del Comune); c) rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione; d) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico»;
- «Attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali: a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale ivi compresi i soggetti con responsabilità minimale; b) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico; c) prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi (30% del costo a carico dell'utente e/o del Comune; 60% se si tratta di disabili privi del sostegno familiare); d) rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione».

Tutte le sopra elencate prestazioni sanitarie dovevano (e devono) essere fornite indipendentemente dalla situazione economica e sociale dell'avente diritto e del suo nucleo familiare.

3. Per una interpretazione corretta della frase «Al fine di garantire l'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale in riguardo alle persone non autosufficienti» del comma 1264 dell'articolo 1 della legge 296/2006, riportata anche nella premessa del decreto in oggetto del 21 novembre 2019, occorre tenere presente che:
 - a) il secondo comma dall'articolo 117 della Costituzione stabilisce quanto segue: «Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie (...) m) determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Ne consegue che le Regioni e le Province autonome di Bolzano e di Trento non possono per nessun motivo apportare modifiche alle norme di legge concernenti i Lea. Pertanto contrastano con la Costituzione le disposizioni degli articoli 2, 3 e 4 del decreto del 21 novembre 2019;
 - b) anche se nel sopra riportato testo, identico a quello del comma 1264 della legge 296/2006, sono utilizzate le parole «prestazioni assistenziali», è evidente che il riferimento reale riguarda le «prestazioni sanitarie e socio-sanitarie» previste dai Lea. Questa interpretazione è fondata che sul fatto che in quel periodo i Livelli essenziali delle prestazioni dell'assistenza sociale non erano stati approvati dal Parlamento (e, addirittura, non lo sono tuttora). In altre parole il decreto in oggetto utilizza strumentalmente la denominazione ufficiale dei Lea

“Livelli essenziali di assistenza” intendendo erroneamente che la parola “assistenza” si riferisca al settore di cui al primo comma dell’articolo 38 della Costituzione e non alla “assistenza sanitaria” (articolo 32 della Costituzione). La competenza del Servizio sanitario nazionale risulta lampante dalla semplice lettura del sopra citato decreto del 29 novembre 2001, che definisce «*i livelli essenziali di assistenza sanitaria*» com’è precisato dal relativo articolo 1.

4. Per quanto concerne i Lea, il settore dell’assistenza sociale ed i Comuni non hanno alcuna funzione, salvo quella di corrispondere le parti delle quote alberghiere di degenza presso le Rsa non versate dai ricoverati, nonché la copertura del 50% dei costi delle «*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*», anche in questo caso per le parti non a carico del Servizio sanitario e delle persone curate a domicilio.

E’ quindi incontrovertibile che: a) i Lea di cui ai commi 1264 e 1265 dell’articolo 1 della legge 296/2006 sono quelli istituiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, aventi valore di legge in base all’articolo 54 della legge 289/2002; b) il fondo per le non autosufficienze è destinato ai Comuni esclusivamente per le integrazioni delle rette di ricovero presso le Rsa e dei costi riguardanti le citate prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare alla persona, nonché i conseguenti adempimenti organizzativi.

5. Premesso che – com’è ovvio – i decreti non possono modificare le leggi, l’elenco delle disabilità gravissime riportato nel decreto in oggetto è la prova inconfutabile che si tratta di situazioni di competenza del Servizio sanitario nazionale. Infatti a pagina 24 del decreto in oggetto viene segnalato che «*la condizione di disabilità gravissima è determinata ai sensi dell’articolo 3, commi 2 e 3 del DM 26 settembre 2016, di seguito riportati: 2. Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni: a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ; b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7); c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ; d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B; e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod; f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell’occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall’epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell’orecchio migliore; g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM5; h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ; i) ogni*

altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche».

Al riguardo, occorrerebbe, per gli opportuni accertamenti, che le persone e le organizzazioni interessate presentassero per iscritto le prove verificabili dei casi in cui siano state negate le cure sanitarie a persone di cui al sopra riportato elenco.

6. A conferma di quanto sopra segnalato in merito alle limitatissime funzioni attribuite al settore dell'assistenza e ai Comuni dai commi 1264 e 1265, si sottolinea che il primo provvedimento attuativo di detti commi, il decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2007, fa esplicito riferimento al decreto legislativo 502/1992 "Riordino delle materie sanitarie, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Inoltre il comma 2 dell'articolo 2 dello stesso decreto del 12 ottobre 2007 precisa che *«le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. **Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi di quelli sanitari».***

Anche i successivi decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali per gli anni 2008, 2009 e 2010 contengono l'identica sopra riportata dicitura concernente l'obbligatorio utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze.

7. La palese e incontrovertibile destinazione del Fondo per la non autosufficienza al settore dell'assistenza e ai Comuni per i motivi sopra presentati, viene sorprendentemente e radicalmente cambiata alla pagina 10 del decreto del 21 novembre 2019 in cui viene affermato che il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016, relativo – come i precedenti – alla ripartizione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze alle Regioni ed alle Province autonome *«può essere considerato il primo documento programmatico nazionale – una sorta di Piano "zero" – che fa propria la dimensione sopravvenuta di strutturabilità delle risorse e avvia sperimentalmente un percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale».*

In realtà si tratta di una iniziativa che viola le norme costituzionali e le leggi vigenti essendo diretta a spostare dal settore sanitario, caratterizzato – lo ripetiamo – da diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili, al settore dell'assistenza ancora – e chissà per quanti altri anni – fondato sulla discrezionalità^[2].

Inoltre – altro aspetto della massima importanza – occorre considerare che, mentre sono confluiti nel 2019 al Fondo sanitario nazionale 114,474 miliardi di euro, gli importi del Fondo per le non autosufficienze sono di 571 milioni per il 2020 e di 508,9 milioni per il 2021.

Si osserva altresì che con il decreto in oggetto del 21 novembre 2019 si opera un primo tentativo – sicuramente con nefaste conseguenze per le persone non autosufficienti a causa delle loro patologie e/o delle disabilità invalidanti da cui sono colpite – di trasferire le competenze al settore dell'assistenza che, com'è stabilito dal primo comma dell'articolo 38 della Costituzione, ha competenze esclusivamente nei riguardi degli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere.

Al riguardo non si comprende come, rispettando le vigenti disposizioni costituzionali e legislative, sulla base di un semplice decreto, i "Progetti per la vita indipendente"

possano essere posti a carico del Fondo per le non autosufficienze com'è stabilito dall'articolo 4 del decreto in oggetto.

Conclusioni

Sulla base delle sopra riportate osservazioni, in particolare quelle relative alla violazione delle vigenti norme costituzionali e legislative, si sottolinea l'urgente necessità di iniziative legislative volte ad assegnare al Servizio sanitario nazionale tutte le competenze relative alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie concernenti tutte le persone non autosufficienti.

[1] E' assai allarmante che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, che ha proposto il decreto in oggetto, sia anche l'autore delle informazioni – gravemente fuorvianti e con possibili conseguenze nefaste per le persone con disabilità grave e per i loro familiari – contenute nella “Seconda relazione sullo stato di attuazione della legge 22 giugno 2016 n. 112 concernente ‘Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità gravi prive del sostegno familiare’”. Le nostre valutazioni in merito sono riportate nella segnalazione indirizzata il 21 febbraio 2020 ai Presidenti del Consiglio dei Ministri, del Senato e della Camera dei Deputati; al Ministro del lavoro e delle politiche sociali; ai Capigruppo del Senato e della Camera dei Deputati; agli Assessori alla sanità ed alle politiche sociali delle Regioni e delle Province autonome, nonché ai Difensori civici regionali.

[2] Ricordiamo che l'importantissima sentenza n. 509/2000 della Corte Costituzionale riguarda la fondamentale garanzia della disponibilità effettiva delle risorse economiche per i trattamenti sanitari. La sentenza non riguarda, né poteva riguardare il settore dell'assistenza in quanto non sono previsti diritti esigibili. Nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale ha evidenziato che *«secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto».***