

DOCUMENTAZIONE SU “DOPO DI NOI” E “FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE”

A seguito dell'approvazione della legge 112/2016 sul “dopo di noi” sono state diffuse notizie gravemente fuorvianti dirette alla raccolta di fondi (trust e assicurazioni) senza tener conto delle altre norme che assicurano a tutti non solo il “dopo di noi” ma anche il “durante noi”.

In merito al “Fondo per le non autosufficienze” si ricorda che la maggior parte dei finanziamenti per le persone non autosufficienti sono a carico del Fondo sanitario nazionale, questione importantissima ma spesso dimenticata.

“Dopo di noi”

Sono in atto numerose iniziative volte alla raccolta di fondi (trust e assicurazioni) sulla base di informazioni false. Infatti non è vero che il “dopo di noi” può essere risolto solamente mediante il versamento di denaro o la destinazione di alloggi a enti privati. Al riguardo ricordiamo che sono ancora in vigore le norme relative ai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui disposizioni sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002) (1) che stabiliscono che le Asl devono versare almeno il 70% dei costi relativi ai centri diurni, alla frequenza dei quali hanno diritto le persone con handicap intellettuale e/o con autismo non in grado di proseguire gli studi dopo la scuola dell'obbligo.

Inoltre le Asl devono sostenere almeno il 70% delle spese relative alle obbligatorie prestazioni residenziali. Se però si tratta di «*disabili privi di sostegno familiare*», la quota minima a carico delle Asl è del 40%. Per quanto concerne le somme a carico degli utenti occorre far riferimento al nuovo Isee (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri numero 159/2013).

(1) Prima dell'entrata in vigore dei Lea il “dopo di noi” era garantito dai regi decreti 6535/1889, 773/1931 (secondo alcuni ancora in vigore per quanto concerne i compiti delle Autorità di pubblica sicurezza) e 383/1934.

Com'è ovvio, per ottenere le prestazioni alle quali si ha diritto, occorre che la richiesta sia inviata al Direttore generale dell'Asl di residenza dell'interessato mediante raccomandata A/R con inserimento della seguente frase: «*Ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990 lo scrivente chiede una risposta scritta e fin da ora segnala che non accetterà riscontri verbali*».

Nei casi in cui non pervenga una risposta entro 90 giorni dal ricevimento da parte del Direttore generale dell'Asl, preferibilmente dopo un sollecito scritto, si può presentare un esposto alla Procura della Repubblica per segnalare la violazione della citata legge 241/1990.

Di norma Asl ed Enti gestori dei servizi socio-sanitari (Comuni, Consorzi socio-assistenziali) rispondono con l'invito a presentare la documentazione necessaria per ottenere una preventiva valutazione. Quasi ovunque è prevista una Commissione composta da medici del Distretto sanitario e da personale degli Enti gestori, che ha il compito di valutare i bisogni della persona e le richieste del nucleo familiare. Effettivamente la valutazione si ottiene sempre e, al termine, si ottiene una risposta scritta.

Problemi possono insorgere quando la valutazione è positiva, ma la Commissione segnala che «*in assenza di risorse disponibili si procede con l'inserimento in lista d'attesa*». Si tratta di un abuso perché le prestazioni socio-sanitarie sono previste dai Lea e, pertanto, non possono essere condizionate dalla disponibilità delle risorse. Significativa al riguardo la sentenza della Corte costituzionale n. 509/2000 che recita: «*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».

Anche il Consiglio di Stato con la sentenza n. 46/2017 ha evidenziato che «l'integrazione della retta deve certo tener conto delle esigenze finanziarie del Comune» ma che esse «non possono assurgere giammai, come pretende il Comune appellante, a ragioni condizionanti addirittura il ricovero dell'assistito (...) nè possono totalmente annullare il "nucleo irriducibile" del fondamentale diritto all'assistenza (...)».

Come fare? Di fronte alla negazione della prestazione alla quale si ha diritto, occorre ricorrere al giudice del lavoro competente in materia, iniziativa che va sostenuta con azioni promozionali: presentazione di interrogazioni in Consiglio comunale e in quello regionale, coinvolgimento di giornali e di organizzazioni del territorio, ecc.

L'esperienza consiglia di adoperarsi per tempo e di avviare una richiesta ad esempio di ricovero in una comunità nel fine settimana, iniziativa che favorisce il progressivo distanziamento emotivo/affettivo con il figlio.

Per evitare l'allontanamento (ad esempio una comunità situata 30/40 km di distanza) è opportuno intervenire tempestivamente come genitori/associazioni per chiedere alla Direzione dell'Asl di predisporre nel territorio centri diurni, comunità alloggio o gruppi appartamento (si veda in questo numero l'articolo di Maria Grazia Breda "Dopo di noi: istruzioni per i genitori per affrontare il problema con il doveroso impegno e ottenere prestazioni garantite dalla legge").

Per quanto concerne il nuovo Isee si fa presente che l'Utlim (Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva) ha presentato un ricorso alla Corte europea dei diritti dell'uomo come precisato nel n. 195, 2016 di questa rivista al fine di ottenere che dalle contribuzioni

economiche riguardanti le prestazioni socio-sanitarie fornite alle persone con disabilità e agli anziani malati non autosufficienti siano esclusi tutti i loro congiunti.

Fondo per le non autosufficienze

Sono purtroppo numerose le organizzazioni di tutela delle persone con disabilità e le relative pubblicazioni che continuano a ritenere che l'unico finanziamento pubblico per le prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali alle quali hanno diritto i soggetti colpiti da handicap invalidanti con limitatissima o nulla autonomia (nonché gli anziani malati cronici e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza) sia costituito dal "Fondo per le non autosufficienze", istituito dalla legge 296/2006, articolo 1, commi 1264 e 1265.

Al riguardo si ricorda che detto Fondo è destinato esclusivamente ai Comuni e le relative risorse sono integrative rispetto a quelle — di importo assai più consistente — a carico del Servizio sanitario nazionale, com'è precisato anche dall'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 14 maggio 2015.

Infatti in base ai citati Lea, compete alle Asl (e non ai Comuni) accertare la condizione di disabilità e garantire le occorrenti prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nonché assicurare il pagamento dei relativi costi come indicato nel precedente paragrafo sul "dopo di noi". La quota restante di detti costi deve essere corrisposta nell'ambito delle effettive risorse disponibili dai soggetti con disabilità sulla base delle norme del nuovo Isee.

A loro volta i Comuni devono coprire solamente i costi non corrisposti dalle Asl e dagli utenti. Ne consegue che con larga approssimazione si può ritenere che mentre in media il 50% dei costi è coperto dalle Asl ed il 20% è a carico degli utenti, i Comuni intervengono solamente nella misura del 30%.

Pertanto se dai Comuni, tramite il Fondo per le non autosufficienze sono erogati 400 milioni di euro, le Asl ne devono corrispondere 666 milioni prelevandoli dal Fondo sanitario nazionale: il totale delle risorse per le persone non autosufficienti è quindi di euro 1066.