

AFFERMAZIONI FUORVIANTI SU FUNZIONI E RUOLO DELL'ASSISTENZA SOCIALE

FRANCESCO SANTANERA

Nel capitolo “Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due ‘materie’ difficilmente separabili” del volume “Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento”, curato da Renato Balduzzi, edito nel 2016 da “Il Mulino”, Emanuele Rossi si adopera con singolari argomentazioni a proporre l’assurda e nefasta complementarietà fra i settori della sanità e dell’assistenza sociale.

Per poter sostenere questa proposta l’Autore afferma che *«la loro differenziata considerazione, ad opera della Costituzione, si giustifica forse in ragione delle differenti situazioni soggettive che le due “materie” sono finalizzate a tutelare: nel caso della sanità il diritto oggetto di tutela è quello alla “salute”; mentre nel caso dell’assistenza sociale la situazione che si mira a proteggere dovrebbe essere costituita, almeno secondo le ricostruzioni più accreditate, dalla libertà del bisogno»*. Con ciò omette – fatto a nostro avviso sconcertante – di considerare che il diritto alla salute (articolo 32 della Costituzione) è garantito non solo ai cittadini italiani, ma anche a tutti gli individui presenti sul nostro territorio, mentre l’assistenza sociale riguarda esclusivamente *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere»*. Dunque è evidente che solamente queste persone hanno diritto *«al mantenimento e all’assistenza sociale»*, come stabilisce il primo comma dell’articolo 38 della Costituzione.

Nel suo lungo intervento l’Autore non si sofferma ad analizzare il sopra citato diritto al mantenimento di tutti i soggetti inabili e privi del necessario per vivere, nonostante che l’attuale importo di euro 279,47 della pensione mensile (per 13 mesi), erogata alle persone con gravissima disabilità e assoluta impossibilità – a causa delle loro precarie condizioni di salute – a svolgere qualsiasi attività lavorativa proficua. Questa somma non è una incontrovertibile violazione del dettato costituzionale e dei diritti umani (1)?

(1) L’Autore non sottolinea nemmeno l’irragionevolezza del fatto che l’erogazione dell’indennità di accompagnamento sia cor-

Inoltre nulla viene detto dall’Autore in merito alla indennità di accompagnamento, il cui importo mensile, attualmente di euro 515,43 (per 12 mesi), che dovrebbe compensare le maggiori spese sostenute dagli invalidi totali rispetto alle persone prive di minorazioni. Per quanto concerne le persone con disabilità che necessitano di assistenza 24 ore su 24, questo importo corrisponde alla risibile cifra di 70 centesimi di euro l’ora.

Servizi sociali e assistenza sociale

Altra questione incomprensibile è la confusione fra “assistenza sociale” e “servizi sociali”. Emanuele Rossi cita il decreto legislativo 112/1998 che li definisce come comprendenti *«tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le condizioni di bisogno e 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»*.

È vero che la legge 328/2000 reca il titolo “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e che il secondo comma del relativo articolo 1 recita: *«Ai sensi della presente legge, per “interventi e servizi sociali” si intendono tutte le attività previste dall’articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112»*, ma è altrettanto vero che, facendo riferimento ai servizi sociali e non all’assistenza sociale, il Parlamento è incorso in una solenne cantonata. Infatti l’attuazione letterale del citato articolo 128 del decreto legislativo 112/1998 dovrebbe comprendere non solo le funzioni di cui al 1° comma dell’articolo 38 della Costituzione, e cioè quelle concernenti l’assistenza sociale, ma anche le attività relative agli asili nido, alle scuole materne, all’istruzione

risposta alle persone aventi condizione di inabilità, ma anche quelle in possesso di redditi ammontanti fino a 16.532,10 euro annui, nonché di beni mobili e immobili di qualsiasi importo purché non produttivi di ricavi.

compresa quella universitaria, alla formazione professionale, alla casa, al lavoro, alla cultura, ai trasporti, allo sport e alle altre attività di interesse collettivo (2).

Come avevo segnalato nel 1979 per la predisposizione della voce “Servizi sociali” del “Grande Dizionario Enciclopedico” dell’Utet, con «*il termine generico di “servizi sociali” comprende nel suo interno tre realtà differenti e cioè i servizi sociali propriamente detti, il servizio sociale ed i servizi socio-assistenziali*» (3).

Dunque, facendo riferimento alla realtà dei fatti, la legge 328/2000 riguarda solamente l’assistenza sociale e definisce gli interventi riguardanti le persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere, com’è precisato dal sopra citato primo comma dell’articolo 38 della Costituzione: crolla pertanto il fantasioso castello di sabbia inventato dalla legge 328/2000 e fatto proprio da Emanuele Rossi.

Purtroppo, oltre all’illogico riferimento del citato articolo 128 del decreto legislativo 112/1998, nella legge 328/2000 ci sono gli articoli 14 (Progetti individuali per le persone disabili) e 15 (Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti) che hanno lo scopo di disconoscere le allora (e ancora attuali) competenze del settore sanitario, caratterizzato – lo

(2) Cfr. Maria Grazia Breda, Donata Micucci, Francesco Santanera, “*La riforma dell’assistenza e dei servizi sociali. Analisi della legge 328/2000 e proposte attuative*”, Utet Libreria, Torino, 2001.

(3) Avevo quindi precisato che «*con il termine “servizio sociale” viene indicato il metodo di lavoro applicato da apposito personale (assistenti sociali e altri operatori) per affrontare le situazioni di bisogno e di disadattamento*», mentre erano considerati “servizi sociali” le funzioni della scuola, della casa, della sanità, dei trasporti, nonché le attività culturali, ricreative e sportive non competitive. Avevo altresì segnalato che «*con il termine “servizio socio-assistenziale” vengono denominati quei servizi che, pur essendo ancora assistenziali, destinati cioè alle persone ed ai nuclei familiari in situazione di bisogno e di disadattamento, tendono però a socializzare la vita degli utenti*». Avevo quindi sostenuto che «*possono essere definiti socio-assistenziali gli interventi alternativi al ricovero in istituti quali: i contributi economici integrativi di un reddito carente, in modo da assicurare il necessario economico per vivere (denominato anche minimo vitale); gli affidamenti educativi di minori, gli affidamenti assistenziali di interdetti, gli inserimenti di handicappati adulti e di anziani presso famiglie e persone; le comunità alloggio (gruppi costituiti da un numero estremamente limitato di minori o di handicappati o di anziani, in genere non superiore a 6-10) inserite in modo sparso nelle comuni case di abitazione; l’assistenza domiciliare (pulizia dell’alloggio, fornitura dei pasti, lavaggio della biancheria, disbrigo delle commissioni, ecc.) intervento che consente a molte persone – specialmente agli handicappati ed agli anziani – di continuare a vivere nella propria casa, conservando in tal modo le proprie abitudini ed i rapporti di vicinato e sociali*».

ripetiamo per l’ennesima volta – da diritti pienamente esigibili) a quello socio-assistenziale (fondato, anche dopo la legge 328/2000, sulla discrezionalità e su oneri economici spesso gravosi a carico dell’assistito e del suo nucleo familiare).

Emanuele Rossi sostiene che «*occorre ricordare che la legge 328/2000 ha iniziato un processo che si è andato sviluppando mediante gli atti applicativi, individuando i servizi sociali come “interventi per garantire la qualità della vita”, in linea di continuità con l’evoluzione che già si era registrata nelle legislazione precedente*», aggiungendo che «*proprio il riferimento alla qualità della vita ha indotto a espandere in misura pressoché illimitata l’ambito di intervento connesso all’assistenza sociale, in uno con l’evoluzione sociale di tale concetto e di quelli connessi di “benessere” e di “libertà dal bisogno”*».

Dunque secondo Emanuele Rossi, per ottenere la garanzia di una accettabile qualità della vita, il benessere e la libertà dal bisogno non hanno alcun rilievo l’istruzione, la casa, il lavoro, la cultura, e le altre attività di interesse collettivo? Sarebbe sufficiente l’assistenza sociale?

Sulla distinzione fra “servizi sociali” e “assistenza sociale”, nel documento elaborato nel seminario della Fondazione Zancan, svoltosi a Malosco (Trento) dal 26 al 30 settembre 1988, è stato precisato quanto segue: «*Occorre distinguere con chiarezza nella terminologia fra “servizi sociali” (che comprendono, oltre all’assistenza sociale, anche la sanità, la scuola, il tempo libero, la casa, ecc.) e “assistenza sociale” o “servizi socio-assistenziali”, che si rivolgono ai cittadini in stato di bisogno. La legge quadro sull’assistenza deve riguardare i “servizi socio-assistenziali”; occorrerebbe anche una legge sui servizi sociali, anzi alla legge sull’assistenza sarebbe preferibile una legge globale sui servizi sociali che includesse anche quella sull’assistenza. Occorre comunque non confondere i servizi “socio-assistenziali” con i servizi sociali. Soprattutto è necessario non far ricadere sui servizi socio-assistenziali i problemi che devono trovare risposta in altri servizi, come la scuola, la casa, il lavoro, la sanità, ecc.)*» (4).

(4) Il testo, completo del documento Zancan è pubblicato sul n. 84, 1988 di “Prospettive assistenziali”.

Assistenza sociale e sanità

Secondo Emanuele Rossi una riforma molto positiva è stata realizzata con il decreto legislativo 229/1999 che aveva così definito le prestazioni socio-sanitarie: *«Tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute delle persone 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»* con la precisazione che *«le prestazioni sociosanitarie comprendono: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività che hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute»*.

Il decreto legislativo 229/1999 stabilisce altresì che *«le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative»*.

Ciò premesso il decreto legislativo in oggetto stabilisce che *«le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria»*, mentre *«le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112»*.

Ne consegue che, in attuazione del decreto legislativo 229/1999, compete, ad esempio, al Comune assicurare una abitazione idonea alle persone le cui infermità respiratorie sono aggravate dalle sfavorevoli condizioni igieniche dell'alloggio in cui vivono, così come è il Comune che deve provvedere all'aggiornamento professionale di un paziente le cui condizioni psichi-

che si sono aggravate per il licenziamento dovuto alla sua non idoneità lavorativa. In questi, e nelle decine di migliaia degli altri casi analoghi devono intervenire i settori di competenza dei Comuni (casa, formazione professionale, ecc.) e non l'assistenza sociale, la cui competenza è limitata, come precisa il citato articolo 38 della Costituzione, agli inabili al lavoro privi di mezzi necessari per vivere.

Dal decreto legislativo n. 229/1999 all'emarginazione socio-sanitaria

Sulla base delle indicazioni del documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984, del decreto Craxi dell'8 agosto 1985 e del decreto legislativo 502/1992 (5) si è giunti all'emarginazione sanitaria degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, confinati nell'area cosiddetta socio-sanitaria, imposta prima del decreto del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sanitarie" e poi dai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono diventate cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002) (6).

Mentre Emanuele Rossi afferma che *«separare salute ed assistenza sociale non è logicamente e concettualmente possibile (...) stante la natura sempre più contigua e integrante dei diritti alla salute e all'assistenza»*, omettendo di tener presente, come abbiamo già rilevato, che le prestazioni sanitarie devono essere fornite a tutti gli individui, mentre a quelle dell'assistenza sociale hanno diritto solo gli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, l'integrazione dei due settori non riguarda tutte le attività sanitarie, in particolare la cura degli infermi con patologie acute, ma solamente – eviden-

(5) Il decreto legislativo 502/1992 aveva introdotto le "Forme differenziate di assistenza" per la cui attuazione le Regioni potevano prevedere (articolo 9) *«per particolari tipologie di prestazioni»* che gli infermi interessati concorressero al pagamento delle spese sostenute dal Servizio sanitario nazionale.

(6) Con l'approvazione dell'articolo 54 della legge 289/2002 sono stati resi inoperanti i ricorsi presentati contro il decreto istitutivo dei Lea del 29 novembre 2001 al Tar del Lazio dai Comuni di Torino, Grugliasco, Nichelino e Rivoli, nonché dall'Associazione promozione sociale, dell'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale e dall'Utlim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva.

te discriminazione – le persone anziane colpite da malattie gravemente invalidanti e da non autosufficienza ed i soggetti con demenza senile. L'autore non avverte nemmeno che detta integrazione è così vantaggiosa che agli interessati e addirittura ai loro coniugi e ai figli conviventi e non conviventi viene imposto, nei casi di ricovero presso Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, il versamento mensile di euro 1.200-1.700 e che l'accesso alla prestazioni è condizionata – procedura illegittima e crudele – dagli accertamenti delle Uvg, Unità valutative geriatriche, per cui i tempi di attesa, e cioè di vero e proprio abbandono terapeutico, possono essere anche di anni (7). Ne consegue che i familiari, che si devono sostituire alle colpevoli omissioni del Servizio sanitario nazionale, devono sostenere oneri di competenza delle Asl, per cui numerosi nuclei cadono in condizioni di povertà e a volte di vera e propria miseria.

Da notare che con i nuovi Lea, la ricordata e tanto lodata da Emanuele Rossi «*natura sempre più contigua e integrata dei diritti alla salute e all'assistenza*», tutti gli infermi di qualsiasi età colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza verranno emarginati nell'area socio-sanitaria con a carico una parte non indifferente di oneri economici a loro carico (8).

Integrazione sociale senza discriminazioni

Come stabilisce il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione «*è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese*».

(7) Ricordiamo che nel documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 viene precisato che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

(8) Ricordiamo che in base all'articolo 23 della Costituzione («*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*»), i familiari degli infermi non hanno alcun obbligo giuridico di svolgere compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale, in quanto mai il Parlamento ha approvato leggi in merito.

Premesso che dovrebbe essere ovvio che l'espressione «*tutti i lavoratori*» va intesa come «*tutti i cittadini*», riteniamo che, allo scopo di evitare discriminazioni e di consentire agli addetti di operare nell'ambito di una organizzazione adeguata, occorre che i vari settori (istruzione, lavoro, casa, sanità, cultura, sport, ecc.) dovrebbero intervenire nei riguardi di tutti coloro che hanno la necessità delle relative prestazioni per lo sviluppo delle loro potenzialità e il rispetto della loro dignità di persone.

Sono pertanto iniziative di effettiva emarginazione, e a volte di vera e propria esclusione sociale, il trasferimento al settore dell'assistenza sociale delle competenze relative alle persone che non sono «*inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere*», condizione – lo ripetiamo – posta dal 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione per definire le caratteristiche dei cittadini aventi diritto alle relative prestazioni, ma che presentano specifiche esigenze, in genere assai difficili da soddisfare.

Ci riferiamo, ad esempio, ai disoccupati le cui esigenze non possono certamente essere risolte dai sussidi dell'assistenza sociale, mentre gli Assessorati al lavoro dovrebbero affrontare le necessità economiche congiuntamente con le eventuali iniziative di formazione, aggiornamento e riqualificazione professionali. Un ruolo di fondamentale importanza, degli Assessorati al lavoro, certamente non esercitabile dal settore dell'assistenza sociale, riguarda le trattative con le aziende ed i sindacati.

Analoghe considerazioni valgono per le persone sfrattate, troppo sovente scaricate dal settore casa all'assistenza sociale che, anche in questo caso, può soltanto corrispondere contributi economici, attività che ovviamente può e deve essere svolta dal settore casa, ma assumendo anche tutte le altre iniziative praticabili, compresa – se del caso – la richiesta al settore abitativo privato di collaborare.

In sostanza ciascun settore (istruzione, lavoro, casa, sanità, tempo libero, sport, cultura, ecc.) dovrebbe farsi carico direttamente delle valenze relazionali umane e sociali che, fornite assieme a quelle tecniche, devono tenere in attesa e costante considerazione la complessità delle esigenze personali e familiari, demandando agli altri settori esclusivamente le questioni di loro specifica competenza, comprese – insistiamo

su questo punto – le eventuali necessarie erogazioni economiche (9).

Per quanto concerne la Sanità, riportiamo le sagge affermazioni riprese dal n. 5 del 7 aprile 1999 di “Prospettive sociali e sanitarie”, di Benedetto Saraceno, all’epoca Direttore del Dipartimento di salute mentale dell’Organizzazione mondiale della Sanità, secondo cui «*non c’è un punto dove finisce il sanitario e comincia il sociale, ma il sociale è sanitario, il sociale è cura, e al contrario, là dove manchino queste dimensioni si avrà semplicemente una “cattiva cura”, una “terapia inadeguata”*» (10).

In merito al settore della cultura è assai deplorabile che praticamente mai vengano affrontate e approfondite le problematiche reali dei cittadini che hanno diretto riferimento e rilevanti conseguenze sulla loro esistenza quali, ad esempio, le norme costituzionali (11), le leggi che sanciscono diritti e doveri di natura personale, familiare e sociale, i fondamentali concetti della rappresentanza e della non autosufficienza (12).

Conclusioni

La posizione espressa da Emanuele Rossi, al di là delle reali intenzioni, favorevole alla integrazione fra i settori della Sanità e dell’Assistenza sociale, è stata ed è purtroppo utilizzata per cancellare il pieno diritto esigibile di tutti i cit-

(9) È significativo e corretto che le erogazioni economiche relative alla disoccupazione e alla cassa integrazione sono effettuate dal Ministero del lavoro, mentre a livello locale continua – fatto estremamente negativo – la tendenza a scaricare gli oneri sul settore dell’assistenza sociale.

(10) Nel riprodurre sul n. 126, 1999 di questa rivista le affermazioni di Benedetto Saraceno nella nota “Per i malati il sociale è terapia”, era stato rilevato quanto segue: «*L’Autore, dunque, sostiene – come abbiamo sempre asserito anche noi – che l’integrazione fra sanitario e sociale non è in grado di fornire risposte adeguate alle esigenze dei malati (siano essi psichiatrici o con altre patologie), mentre è indispensabile l’assunzione diretta da parte di tutto il personale della sanità (medici, infermieri, riabilitatori, inservienti, impiegati, ecc.) delle valenze umanizzanti, relazionali e sociali che, unite alle altre prestazioni sanitarie, sono la base per cure effettivamente valide*».

(11) È assai raro incontrare persone che conoscano il fondamentale articolo 23 della Costituzione in base al quale «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

(12) Quasi tutti i cittadini ignorano che nei casi in cui ognuno di noi, se maggiorenne, non è più in grado di autotutelarsi, nessuna persona, compresi i genitori, il coniuge, i figli, i fratelli o le sorelle, lo può rappresentare, fino a quando il Giudice tutelare provvede alla nomina, a seconda delle situazioni, di un tutore o di un amministratore di sostegno.

tadini (anzi di tutti gli individui) alle prestazioni sanitarie.

Coloro che seguono questa rivista sanno che, sulla base dell’espedito dei vantaggi dell’integrazione socio-sanitaria, sono state approvate leggi devastanti come la n. 30/1979 e la n. 5/1994 della Regione Emilia Romagna per cui in base a quest’ultima (articolo 16) «*l’assistente sociale assume anche la responsabilità del controllo dell’attuazione del programma*» di cura degli anziani malati cronici non autosufficienti! Le sopra citate iniziative della Regione Emilia Romagna, fatte proprie da altre Regioni, in primo luogo dalla Toscana, sono state non solo sollecitate dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil, ma decisamente sostenute dalla devastante e autolesionistica proposta di legge di iniziativa popolare sindacale “Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale” (13) presentata alla Camera dei Deputati il 17 gennaio 2006 e riproposta dagli stessi Sindacati nel confronto con il Governo dell’11 aprile 2016. Si è arrivati al punto che Cgil, Cisl e Uil continuano ad appoggiare la legge della Regione Toscana n. 66/2008 sulla non autosufficienza che, non solo impone contributi illegittimi ai congiunti degli anziani malati cronici non autosufficienti, ma arriva persino – incredibile ma vero – a stabilire che le Unità valutative possono indicare in “zero” le esigenze diagnostiche e terapeutiche di detti infermi, e quindi considerarli come persone sane non necessitanti di alcuna prestazione sanitaria (14)!

Da notare altresì che la posizione di Emanuele Rossi è stata la base non solo per l’approvazione dei Lea, Livelli essenziali delle pre-

(13) Il testo integrale è stato pubblicato sul n. 152, 2005 di questa rivista. Si noti che nella proposta di legge dei Sindacati non viene riconosciuto che le persone non autosufficienti sono soggetti malati o con gravissime carenze della loro salute, ma individui con «*disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale*» (articolo 2). Si tenga altresì presente che l’allora Segretario generale della Cgil, Sergio Cofferati, nella comunicazione inviata al Csa in data 30 luglio 1997, aveva affermato che «*essere anziani cronici non è una malattia*» e che l’attuale Segretario nazionale dello Spi-Cgil, Raffaele Atti, non ha ancora preso atto della legge 833/1978 che assicura le occorrenti prestazioni sanitarie a tutte le persone malate per cui continua a sostenere l’esigenza dell’approvazione di una legge nazionale sulla non autosufficienza.

(14) Cfr. sul n. 194, 2016 di questa rivista l’articolo “Come può l’Ordine dei Medici di Firenze considerare sufficientemente idonei i provvedimenti della Regione Toscana riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti?”.

stazioni sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono state rese cogenti dall'articolo 54 della legge 289/2002), ma anche dai nuovi Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 giugno 2017), in base al quale vengono confinati nel settore socio-sanitario, caratterizzato dallo sbarramento all'accesso delle prestazioni da parte delle Unità valutative geriatriche, non solo gli anziani cronici, ma tutti gli infermi di qualsiasi età con patologie stabilizzate – o valutate tali – non esclusi i minorenni. È stato inoltre stabilito che tutti questi malati ed i soggetti disabili con limitata o nulla autonomia devono contribuire alle spese di ricovero, con l'aggravante di possibili richieste di denaro ai loro congiunti e ai loro figli conviventi o non conviventi (15).

Come abbiamo già segnalato, il volume in

(15) Cfr. gli editoriali dei numeri 197 e 198, 2017 di questa rivista.

oggetto reca il titolo "Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento". A nostro avviso l'indebolimento più devastante riguarda il confinamento degli infermi cronici di qualunque età nell'area socio-sanitaria. Si tratta di uno scempio di cui il curatore del libro, Renato Balduzzi, ha responsabilità dirette perché, mentre ricopriva l'incarico di Ministro della salute, non solo nulla aveva fatto per eliminare o almeno frenare l'emarginazione degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile, ma aveva agevolato questa deriva assicurando via libera alla legge della Provincia autonoma di Trento n. 15/2012 (16).

(16) Cfr. su questa rivista gli articoli pubblicati sui n. 179 e 180, 2012 "I vigenti diritti esigibili alle prestazioni socio-sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile o con handicap intellettuale grave: confermati dalla Camera dei Deputati, ma negati dalla legge 15/2012 della Provincia autonoma di Trento" e "Inquietante decisione del Ministro della salute nei riguardi dei diritti negati dalla legge della Provincia autonoma di Trento n. 15/2012".

Disabilità intellettiva e autismo: primo approccio con le famiglie... *(segue dalla pag. 25)*

289/2002, hanno sostituito di fatto le prestazioni e i progetti previsti dalle leggi 104/1992 e 162/1998, che non prevedevano l'esigibilità ed erano erogati compatibilmente con le risorse disponibili e in base alla discrezionalità degli enti locali (Comuni singoli o associati), mentre nei Lea la titolarità è in capo al Servizio sanitario nazionale (Asl) che deve garantire l'accesso alla prestazione e la copertura del costo della stessa in percentuale che va dal 40 al 70% a seconda della tipologia del servizio.

È consigliabile accompagnare la richiesta di un progetto individualizzato con una diagnosi clinica e una relazione delle autonomie della persona e degli obiettivi che si intendono raggiungere, indicando i tempi e le modalità della verifica progettuale, che va adeguata ai mutamenti delle esigenze della persona.

Il decreto ministeriale del 23 novembre 2016, attuativo della legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone

con disabilità grave prive del sostegno familiare" (cosiddetta legge sul "dopo di noi"), sviluppa ulteriormente il progetto personalizzato nell'ambito dei servizi previsti all'articolo 3, commi 2, 3 e 4, che possono essere integrati con progetti già valutati in precedenza, anche se con finalità diverse da quelle previste dal decreto ministeriale.

Le Regioni stanno approvando le delibere che definiscono i criteri di assegnazione delle risorse per l'anno 2016 agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. Ci preme sottolineare che, per le persone con disabilità intellettiva e autismo con limitata o nulla autonomia, la garanzia del diritto alle prestazioni socio-sanitarie (domiciliari, diurne e residenziali) e del progetto individualizzato è quella stabilita dalla normativa sui Lea. Diffidare quindi da progetti personalizzati che non prevedano la presa in carico congiunta di asl/enti gestori dei servizi socio-assistenziali.