

INGANNEVOLI DIROTTAMENTI DEI FINANZIAMENTI STATALI DESTINATI ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E STRUMENTALE DEFINIZIONE DELLE DISABILITÀ GRAVISSIME

Il Fondo per le non autosufficienze destinato ai Comuni per i loro compiti di integrazione economica alle prestazioni socio-sanitarie viene oggi quasi sempre utilizzato illegittimamente per la copertura economica complessiva delle prestazioni a favore delle persone non autosufficienti malate e/o colpite da handicap gravemente invalidanti. Con questo ingannevole stratagemma – un dirottamento di enormi risorse previsto dal decreto interministeriale del 7 maggio 2014 contro ciò che afferma la legge – non viene garantita la loro quota sanitaria delle prestazioni cui hanno pieno diritto, che è almeno tre volte superiore agli stanziamenti del Fondo: 1,7 miliardi di euro per il solo 2014.

Inoltre il succitato decreto stabilisce illegittimamente che i finanziamenti assegnati ai Comuni non possono essere utilizzati per «le prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea» e per gli interventi semiresidenziali, ad esempio i centri diurni per i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia.

Premessa

Come da anni ripetiamo su questa rivista, in base alle leggi vigenti il Servizio sanitario nazionale è obbligato a fornire le necessarie prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, nonché ai soggetti con limitata o nulla autonomia colpiti da disabilità intellettiva o da autismo o da altre patologie invalidanti; questi soggetti hanno altresì il diritto esigibile alla frequenza dei centri diurni (1).

Fondo sanitario nazionale

In merito alle prestazioni socio-sanitarie le

(1) Ancora una volta ricordiamo che le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali devono essere assicurate dal Servizio sanitario nazionale a seguito del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e in base all'articolo 54 della legge 289/2002. La partecipazione economica degli utenti e dei Comuni è stata sancita dalle norme sopra riportate. Nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato «l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti [identiche sono le norme riguardanti le persone con disabilità e non autosufficienti, n.d.r.] è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

leggi vigenti stabiliscono che sono a carico del Fondo sanitario nazionale non soltanto gli oneri totali relativi alle prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative domiciliari, semiresidenziali e residenziali, ma anche le seguenti quote percentuali:

- 50% del costo dell'assistenza programmata a domicilio per quanto concerne le «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona»;
- 70% delle «prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi» e cioè per la frequenza di centri diurni;
- 70% delle «prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale» per disabili gravi. Se si tratta di «disabili privi di sostegno familiare» l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale è del 40%;
- 50% delle «prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per gli anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo», nonché nei casi di «regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo»;
- 40% delle «prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità residenziale» per le persone con problemi psichia-

trici. Per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale delle persone con problemi psichiatrici, la Sanità interviene nella misura del 100% dei costi.

Per la parte non coperta dal Fondo sanitario nazionale gli utenti devono contribuire alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni) dedotti gli eventuali oneri relativi agli obblighi di legge (ad esempio per il mantenimento del coniuge o di altre persone a carico) e le franchigie previste dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000. In base alle norme vigenti i parenti degli utenti maggiorenni non sono tenuti a versare alcuna somma.

Fondo per le non autosufficienze a favore dei Comuni

Per la parte economica non coperta dal Servizio sanitario nazionale e dagli utenti la legge 296/2006 (articolo 1, commi 1264 e 1265) ha assegnato in esclusiva ai Comuni i finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze (2).

A conferma dell'esclusiva destinazione ai Comuni dei finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze, segnaliamo che il secondo comma dell'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 7 maggio 2014, pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale* n. 214 del 15 settembre 2014, riguardante la ripartizione delle risorse assegnate al succitato Fondo per l'anno 2014, pari a euro 350 milioni (3),

(2) I commi 1264 e 1265 della legge 296/2006 sono così redatti:

«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, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale è 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 i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal Ministro della solidarietà 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».

Poiché il riferimento è alle «prestazioni assistenziali» dei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, i relativi finanziamenti devono essere destinati ai Comuni che sono tenuti a utilizzarli esclusivamente per le prestazioni socio-assistenziali previste dai Lea.

(3) Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha trattenuto

ripartizione concordata dal Governo con le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento, recita: «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 ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari».

Risulta pertanto incontrovertibile che i finanziamenti assegnati ai Comuni, provenienti dal Fondo per le non autosufficienze, non possono e non devono essere utilizzati per coprire gli oneri a carico del Servizio sanitario nazionale e quindi delle Asl.

Illegittimi dirottamenti alla Sanità di finanziamenti statali destinati ai Comuni

Purtroppo sono stati illegittimamente dirottati alle Asl finanziamenti statali assegnati ai Comuni. Questi abusi – che, come vedremo in seguito, riducono in misura consistente le risorse destinate alle persone non autosufficienti – sono stati resi possibili dalle allarmanti e compiacenti posizioni dei partiti, dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil e dalla condiscendenza dei Comuni stessi, la cui organizzazione (l'Anci – Associazione nazionale dei Comuni italiani) finora (e cioè dal 1979, anno di entrata in vigore della legge di riforma della sanità) mai si è ufficialmente pronunciata per l'attuazione del vigente diritto alle cure socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali degli anziani malati cronici non autosufficienti, delle persone con demenza senile, dei soggetti con disabilità o con autismo in situazione di gravità e degli infermi con rilevanti disturbi psichiatrici e limitata o nulla autonomia (4).

10 milioni di euro per «progetti sperimentali in materia di vita indipendente».

(4) Occorre tener presente che l'Anci, le Regioni, il Cnel (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro), le organizzazioni degli artigiani, dei commercianti e dei coltivatori diretti, i Sindacati Cgil, Cisl e Uil, nonché tutti gli altri componenti del Consiglio sanitario nazionale, avevano approvato all'unanimità l'8 giugno 1984 il documento dello stesso Consiglio sanitario nazionale in cui era previsto quanto segue: «Considerato lo stretto

I Comuni e l’Anci non hanno nemmeno assunto iniziative a seguito dell’approvazione dei Lea, nonostante che la norma prevedesse rilevanti oneri economici a loro carico e che l’articolo 119 della Costituzione stabilisca che ai Comuni devono essere assicurate le risorse occorrenti per «*finanziare integralmente le prestazioni pubbliche loro assegnate*».

La stragrande maggioranza dei Comuni italiani continua a non protestare per il dirottamento alla sanità delle risorse economiche, peraltro consistenti, ad essi assegnate: prevale nettamente – come dice Papa Francesco – l’ideologia dello scarto in base alla quale per le persone non autosufficienti sono ritenuti adeguati interventi della semplice, poco onerosa e discrezionale badanza assistenziale.

I rilevanti danni economici inferti ai cittadini

Notevoli sono le negative conseguenze sui cittadini derivanti dal dirottamento dei finanziamenti dai Comuni alle Asl. Come abbiamo segnalato, per le prestazioni riguardanti i Lea ai Comuni sono stati assegnati 340 milioni di euro per il 2014.

Com’era ovvio, se detta somma viene interamente dirottata alle Asl, l’insieme delle persone non autosufficienti riceverà detto importo e nessun finanziamento verrà prelevato dal Fondo sanitario nazionale, in netto contrasto con le norme vigenti.

*intreccio della presenza sanitaria e socio-assistenziale anche nelle strutture protette appare necessario che, nel transitorio, sia per l’inadeguatezza dei servizi sanitari sul territorio, che non possono farsi carico in maniera completa del problema, sia perché storicamente il non autosufficiente è stato ricoverato e assistito in ambito ospedaliero o para ospedaliero, la spesa relativa al ricovero in casa protetta o struttura similare di persone non autosufficienti carichi parzialmente (fino al massimo del 50%) sul fondo sanitario nazionale, ai fini di determinare la correlativa riduzione della spesa ospedaliera». A seguito della decisione del Consiglio sanitario nazionale, l’allora Presidente del Consiglio dei Ministri, Bettino Craxi, aveva emanato il decreto dell’8 agosto 1985 avente non solo lo scopo di porre a carico dei malati cronici non autosufficienti il 50% delle rette di ricovero, ma anche quello di avviare il trasferimento al settore socio-assistenziale della competenza ad intervenire nei confronti dei succitati infermi. In merito si vedano i seguenti articoli di *Prospettive assistenziali*: “Tutto è pronto per una nuova emarginazione di massa” e “Documento del Consiglio sanitario nazionale sui rapporti fra sanità e assistenza”, n. 68, 1984; “Un decreto per l’emarginazione di massa dei più deboli” e “Atto di indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio dei Ministri in materia di sanità e assistenza”, n. 72, 1985 e “Nella proposta di Piano sanitario nazionale gravissime violazioni dei diritti degli anziani”, n. 73, 1986.*

Poiché i Ministeri della sanità e delle politiche sociali non hanno mai fornito i dati riguardanti l’effettiva destinazione alle persone non autosufficienti dei finanziamenti prelevati dal Fondo sanitario nazionale e quelli forniti dal Fondo per le non autosufficienze (5), ci resta solo la possibilità di procedere con valutazioni approssimative.

Assumiamo pertanto come riferimento gli oneri delle prestazioni riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile ricoverati nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali. Quantificando la retta giornaliera in euro 100, in base ai Lea il 50% (euro 50) è a carico delle Asl. La parte rimanente (euro 50) deve essere corrisposta dagli utenti nei limiti delle loro personali risorse economiche, dedotte le eventuali somme per il mantenimento dei congiunti e le franchigie di legge: il relativo importo giornaliero può essere valutato in 30-40 euro e cioè nel 30-40% della retta totale. Ne consegue che, mentre le Asl devono versare euro 50 i Comuni ne erogano da 10 a 20.

Dunque, secondo i nostri calcoli approssimativi gli oneri economici a carico delle Asl per l’attuazione dei Lea sono superiori del 250-500% rispetto a quelli di competenza dei Comuni. Avendo il citato decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali assegnato per il 2014 ai Comuni 340 milioni di euro, il Fondo sanitario nazionale dovrebbe mettere a disposizione delle Asl da 890 milioni a 1 miliardo e 700 milioni di euro. Pertanto l’importo totale delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alle persone non autosufficienti non dovrebbe essere di euro 340 bensì di 1.190/2.040 milioni di euro (somma delle sopra calcolate risorse delle Asl e quelle del Fondo per le non autosufficienze).

Ne consegue che se, come è già stato abusivamente fatto in passato da alcune Regioni, il finanziamento erogato ai Comuni per il 2014 verrà dirottato totalmente alle Asl, le persone colpite da patologie e/o da disabilità e da non

(5) Se venissero forniti questi dati, emergerebbero in modo evidente sia la violazione delle vigenti norme sui Lea concernenti le quote a carico delle Asl, degli utenti e dei Comuni, sia le conseguenze negative che la stessa violazione ha sui cittadini colpiti da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza a seguito degli omessi o ridotti finanziamenti a carico del Fondo sanitario nazionale.

autosufficienza invece di ricevere 1 miliardo e 190 milioni / 2 miliardi e 40 milioni di euro per le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali ne otterranno solamente 340: una riduzione assai consistente, purtroppo non rilevata finora dalle organizzazioni sociali. Se il dirottamento sarà parziale, la riduzione sarà inferiore, ma sempre illegittima e immorale poiché danneggia i nostri concittadini più bisognosi.

L'inquietante sentenza n. 1085/2010 del Tar della Lombardia

Come abbiamo segnalato, i nostri calcoli sulle quote a carico del Servizio sanitario nazionale valutate in rapporto agli stanziamenti assegnati ai Comuni non sono fondati su dati oggettivi, ma evidenziano comunque una realtà drammatica e inquietante.

A questo riguardo segnaliamo che nella sentenza n. 1085/2010 il Tar della Lombardia aveva rigettato il ricorso presentato da Medicina democratica e dall'Associazione senza limiti onlus contro la delibera della Giunta della Regione Lombardia n. 8/9152 del 30 marzo 2009, in base alla quale la Giunta aveva illegittimamente dirottato alle Asl ben 20 milioni di euro provenienti dal Fondo per le non autosufficienze e quindi destinati esclusivamente ai Comuni come stabilito – lo ripetiamo – dai commi 1264 e 1265 della legge 296/2006 (6).

Sulla base dei nostri calcoli, il dirottamento alle Asl dei 20 milioni di euro di cui sopra ha consentito al Fondo sanitario della Regione Lombardia di non stanziarne da 50 a 100 per l'anno 2008.

Nonostante queste disastrose conseguenze per gli utenti rimasti privi delle prestazioni a causa dell'ingannevole stratagemma della Regione, il Tar della Lombardia nella citata sentenza 1085/2010, ha affermato che il dirottamento dei 20 milioni alla sanità «*di per sé non sia suscettibile di arrecare un danno all'interes-*

se diffuso alla salute delle persone non autosufficienti». Inoltre ha motivato il rigetto del ricorso inventando la «*mancanza di disposizioni legislative riferite specificatamente al Fondo per le non autosufficienze*» come se non fossero mai stati approvati i sopra citati commi 1264 e 1265 della legge 296/2006 il cui testo è riportato nella nota 2.

L'illegittimo dirottamento di finanziamenti ai malati di Sla e la conseguente strumentale definizione di "disabilità gravissime"

Allo scopo di ottenere che una quota consistente dei finanziamenti previsti dal decreto del 7 maggio 2014 fosse destinata ai malati di Sla, le loro organizzazioni, senza tenere in alcuna considerazione le esigenze ed i diritti degli altri e più numerosi infermi non autosufficienti, hanno ottenuto dai Ministri della salute, delle politiche sociali e dell'economia l'inserimento nell'articolo 3 del seguente comma: «*Le Regioni, in coerenza con quanto disposto ai commi 199 e 200 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2013, n. 147, utilizzano le risorse ripartite in base al presente decreto prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 30%, per interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima, ivi inclusi quello a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica*».

Lo stesso articolo 3 stabilisce inoltre che «*per persone in condizione di disabilità gravissima, ai fini del presente decreto, si intendono le persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es: gravi patologie cronico degenerative non recuperabili ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, ecc.)*».

In merito alle disposizioni sopra citate occorre precisare che – come dovrebbe essere ovvio per tutti – la non autosufficienza è di per sé una condizione di assoluta gravità. Infatti l'esistenza di queste persone è condizionata sempre e in ogni momento dalle prestazioni fornite dalle persone che li seguono a domicilio o nelle strutture di degenza: sono destinate a morire in brevissimo tempo se ad essi non vengono somministrati i farmaci (di particolare importanza quelli

(6) È molto significativo che nemmeno uno fra i Comuni della Lombardia, che continuamente lamentano l'insufficienza delle loro risorse economiche, non abbia ricorso contro la sottrazione dei citati 20 milioni di euro. Evidentemente è prevalsa la scelta di non ricorrere al Tar per favorire il trasferimento delle competenze riguardanti le persone colpite da patologie e/o da handicap invalidanti e da non autosufficienza dalla sanità al settore dell'assistenza/beneficienza. Detta scelta, a nostro avviso è confermata dall'accordo, citato nella sentenza in oggetto, intervenuto fra l'Ance e la Giunta della Regione Lombardia sul testo della sopra citata delibera regionale 8/9152.

occorrenti per la massima riduzione possibile delle sofferenze), se non vengono alimentate (spesso devono anche essere imboccate), se non sono tempestivamente pulite (sovente sono affette da doppia incontinenza), se – per i soggetti non autosufficienti in grado di camminare – non vengono sorvegliate a vista.

Dunque tutte le persone non autosufficienti – nessuna esclusa – sono in una situazione di assoluta ed estrema gravità.

È disumano e immorale sotto tutti i punti di vista inventare artificiose definizioni per consentire ad alcuni di ottenere le prestazioni domiciliari o residenziali a scapito di altri, fra l'altro assai più numerosi, che hanno le stesse identiche esigenze vitali (7).

A questo riguardo è deplorabile che vi siano organizzazioni che non pretendono dal Servizio sanitario nazionale la corretta e tempestiva attuazione delle leggi vigenti (cfr. la nota 1) che stabiliscono per tutte le persone non autosufficienti, indipendentemente da qualsiasi altra valutazione, il pieno e immediato diritto alle prestazioni domiciliari e residenziali.

Posizioni autolesioniste delle organizzazioni dei malati di Sla

Come avevamo rilevato nell'articolo "Il diritto alle cure dei malati di Sla", pubblicato sul n. 185, 2014 di questa rivista (8) confermiamo che, a nostro avviso, in attuazione della legge 833/1978 e dei Lea «*sarebbe opportuno che i malati e le relative organizzazioni di tutela pre-*

(7) Se fosse umanamente e scientificamente possibile individuare una definizione valida di "disabilità gravissima", non dovrebbero essere ignorate le molteplici difficoltà che i curanti, gli altri operatori ed i familiari incontrano per accertare le esigenze delle persone non autosufficienti non in grado di esprimersi, rispetto a coloro che sono capaci di manifestare i loro bisogni.

(8) Nell'articolo "Il diritto alle cure dei malati di Sla" avevamo segnalato che nel comunicato stampa del 29 gennaio 2014 l'Aisla, Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica, aveva ritenuto «*un grande segnale di attenzione e sensibilità verso i malati di Sla*» l'erogazione da parte della Regione Piemonte di 5 milioni di euro prelevati dalle risorse destinate ai Comuni per prestazioni che, in base alle leggi vigenti, sono a totale carico delle Asl. A questo proposito occorre tener presente che, mentre la Costituzione italiana stabilisce all'articolo 32 che «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*», il primo comma dell'articolo 38 recita: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*». Ne consegue che mentre tutti i cittadini hanno diritto alla tutela della loro salute, le prestazioni dell'assistenza sociale non potrebbero essere fornite alle persone che posseggono risorse (redditi e beni) sufficienti per vivere.

tendessero che le persone colpite da Sla vengano prese in carico dal Servizio sanitario nazionale, con oneri a totale carico del relativo Fondo sanitario nazionale» (9); non dovrebbero quindi ricadere nell'ambito delle attività socio-sanitarie le cui prestazioni domiciliari e residenziali sono in parte a carico degli infermi con il rischio che, in base al nuovo Isee, vengano prese in considerazione anche le risorse (redditi e beni) dei genitori, dei coniugi e dei figli (10).

Occorre, altresì, tenere presente che in base al "Patto per la salute 2014-2016" le attività socio-sanitarie, comprese quelle previste dal decreto in oggetto, verranno fornite esclusivamente sulla base delle risorse disponibili, mentre per quelle sanitarie non c'è questa allarmante condizione (11).

Un secondo autolesionismo riguarda l'omessa richiesta da parte delle organizzazioni di tutela dei malati di Sla di considerare che, come abbiamo precisato in modo dettagliato in questo articolo, i finanziamenti stabiliti dal più volte citato decreto del 7 maggio 2014 sono esclusivamente destinati ai Comuni.

Di conseguenza queste organizzazioni fanno riferimento ai 340 milioni stanziati, ma non considerano che le Asl dovrebbero contribuire con una somma aggiuntiva, da noi calcolata approssimativamente in 890 milioni / 1 miliardo 700 milioni di euro.

Dunque, sulla base delle nostre valutazioni alle persone non autosufficienti devono essere fornite nel 2014 risorse non per l'importo di 340 milioni di euro, ma per un ammontare complessivo (Asl e Comuni) di 1 miliardo 190 milioni / 2 miliardi 40 milioni di euro (12).

(9) Avendo segnalato questa reale situazione effettivamente negativa per i malati di Sla a Salvatore Usala, Segretario del Comitato 16 novembre, abbiamo ricevuto nessuna osservazione, ma solo insulti sprezzanti e assai pesanti.

(10) Cfr. Andrea Ciattaglia, "Il nuovo Isee: cosa cambia per le persone non autosufficienti che ricevono le prestazioni socio-sanitarie" e "Testo del nuovo Isee, indicatore della situazione economica equivalente", *Prospettive assistenziali*, n. 185, 2014, nonché "Presentato il ricorso contro il nuovo Isee al Tar del Lazio. L'udienza di merito è fissata per il 19 novembre", *Ibidem*, n. 186, 2014.

11 Cfr. l'editoriale "Il Patto per la salute 2014-2016 discrimina i malati: solo per le persone non autosufficienti, cure vincolate alle risorse stanziare", *Ibidem*, n. 187, 2014.

(12) Per una conoscenza complessiva dei finanziamenti per le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali alle quali hanno diritto le persone non autosufficienti, occorrerebbe anche

Illegittimità del decreto interministeriale del 7 maggio 2014

In base alle già citate norme della legge 296/2006 (cfr. la nota 2) i finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze devono essere destinati esclusivamente ai Comuni «*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*». Ne consegue che i Comuni devono utilizzare queste risorse per tutte le prestazioni socio-sanitarie e quindi per quelle domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Pur non essendo ammesso in base ai più elementari principi giuridici e costituzionali che un decreto amministrativo, come quello del 7 mag-

tener conto delle risorse economiche assegnate ai Fondi regionali per la non autosufficienza ai quali molto spesso non viene destinata la totalità dei finanziamenti di competenza del Servizio sanitario nazionale.

gio 2014, possa modificare una legge (la sopracitata n. 296/2006), l'articolo 3 del decreto vieta addirittura ai Comuni di destinare le risorse alle «*prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea*» e di impiegarle per gli interventi semiresidenziali e cioè per i centri diurni, ad esempio quelli frequentati dai soggetti non autosufficienti con disabilità intellettiva o autismo.

Le norme del decreto non consentono ai Comuni nemmeno di contribuire al costo delle attività riguardanti coloro che sono già ricoverati o che frequentano da anni centri diurni: un'altra disposizione strampalata promossa dalle organizzazioni di tutela dei malati di Sla?

A nostro avviso è evidente che i Comuni dovranno continuare a rispettare la legge 296/2006 e a non dare attuazione alle illegittime disposizioni del decreto interministeriale, anche se sarebbe stato di gran lunga preferibile che i Comuni avessero previsto ricorsi al Tar.

1978: presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida... (segue dalla pag. 36)

data 14 febbraio 1977 la Commissione sicurezza sociale della Federazione torinese del Pci aveva emanato una nota riservata in cui veniva duramente contestato il testo proposto. In particolare la richiesta dell'unico organo di governo (l'Unità locale di tutti i servizi) era apoditticamente definita «*impraticabile dal punto di vista pratico, come già dimostra del resto la difficoltà di avviare il processo gestionale anche solo per i servizi socio-sanitari*» (5).

Nella stessa nota riservata mi veniva rivolto un pesante attacco personale affermando che «*il dato più preoccupante dal punto di vista squisitamente politico, ci pare però essere quello (presente almeno in alcuni aderenti al Csa, in particolare la componente più legata a Santanera) di una volontà di contrapposizione alla legge regionale n. 39 e gli atti politico-istituzionali che si vanno compiendo in queste settimane*» (6).

Da notare che alla presentazione della propo-

(5) Sul n. 43, 1978 di questa rivista sono riportate integralmente la nota riservata del Pci e le relative dichiarazioni di Cesare Delpiano, di Bianca Guidetti Serra e del Csa.

(6) La legge della Regione Piemonte n. 39/1977 "Riorganizzazione e gestione dei Servizi sanitari e socio-assistenziali" non stabiliva nessun diritto esigibile, forniva solamente indicazioni

sta di legge di iniziativa popolare il Presidente del Consiglio regionale, Dino Sanlorenzo del Pci, aveva ricevuto i primi tre firmatari in piedi e, con ostentata indifferenza e alla faccia della partecipazione e dell'educazione, non solo non li aveva nemmeno invitati a sedersi, ma li aveva sbrigativamente congedati trattandoli come se fossero stati degli intrusi fastidiosi.

Purtroppo a seguito della presa di posizione del Pci non solo la proposta di legge regionale di iniziativa popolare presentata il 21 luglio 1978 non veniva nemmeno esaminata dal Consiglio regionale evitando in tal modo le consultazioni previste dallo Statuto, ma dal Csa uscivano alcune organizzazioni.

Inoltre – fatto di estrema importanza – le rigide e faziose reazioni del Pci avevano inferto un forte e inaspettato colpo alla partecipazione popolare le cui conseguenze sono state devastanti per l'impostazione e gestione dei servizi con particolare riguardo di quelli destinati alla fascia più debole della popolazione.

generiche in merito ai servizi e limitava la competenza delle Unità locali alle attività sanitarie e socio-assistenziali, assumendo pertanto una posizione opposta all'Unità locale di tutti i servizi.