

LA MEGALOMANE E ANTICOSTITUZIONALE LEGGE 32/2014 DELLA REGIONE MARCHE SUI SERVIZI SOCIALI

Nella seduta del 25 novembre 2014 il Consiglio regionale delle Marche ha approvato la legge n. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", la cui finalità megalomane è esplicitata dall'articolo 2 così redatto: *«Per servizi sociali si intendono gli interventi e le prestazioni coordinati nei diversi settori della vita sociale aventi come scopo la promozione del benessere della persona con riferimento alla conservazione e allo sviluppo delle capacità di ciascuno a svolgere una vita di relazione soddisfacente in un ambiente idoneo e sicuro. Sono esclusi gli interventi e le prestazioni assicurati dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelli assicurati in sede di amministrazione della giustizia»*.

Si tratta dell'identica assurda definizione assunta come fondamento dalla legge quadro nazionale n. 328/2000 il cui articolo 1, comma 2 stabilisce che *«ai fini della presente legge, per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 3 marzo 1998 n. 112»* (1).

Assistenza sociale e servizi sociali

Come avevamo precisato fin dal primo editoriale di questa rivista "Questa è l'assistenza italiana d'oggi", n. 1, 1968, il settore dell'assistenza sociale deve intervenire per soddisfare *«le esigenze dei cittadini in situazione di bisogno»*.

Al riguardo nel seminario della Fondazione Zancan, tenutosi a Malosco (Trento) dal 26 al 30 settembre 1988 sulla riforma dell'assistenza era stato riconosciuto che *«occorre distinguere con chiarezza nella terminologia fra "servizi sociali" (che comprendono, oltre all'assistenza, 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», e che *«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.»* (2).

A nostro avviso se si vogliono porre basi concrete per il superamento dell'emarginazione sociale, occorre da un lato che il settore dell'assistenza sociale garantisca condizioni idonee di vita alle persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere e che i settori di intervento sociale (lavoro, casa, scuola, trasporti, ecc.) intervengano nei confronti di tutti i cittadini, compresi – in tutta la misura del possibile – coloro che sono già in carico al settore dell'assistenza sociale.

Ne consegue che, ad esempio, il Servizio sanitario nazionale deve intervenire, come fra l'altro è imposto dalla legge 833/1978 e dai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, nei confronti di tutte le persone malate, si tratti di giovani o di adulti o di anziani, di infermi guaribili o inguaribili (ma sempre doverosamente curabili), di soggetti autosufficienti o non autosufficienti (3). Allo scopo occorre che le strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere, dispongano di propri servizi sociali e che agli assistenti sociali delle Asl e delle Aziende ospedaliere venga riconosciuto il loro specifico e indispensabile ruolo e la relativa autonomia professionale.

Per quanto riguarda il settore casa (e così pure per le altre attività rivolte all'intera popolazione, istruzione, trasporti, sport, tempo libero, ecc.), è assolutamente necessario che sia organizzato in modo da fornire tutte le prestazioni occorrenti in materia, provvedendo quindi anche alle sistemazioni d'emergenza conseguenti agli sfratti. Pertanto anche questo

(1) Ai sensi dell'articolo 128 del decreto legislativo 112/1998 *«per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni 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»*.

(2) Cfr. l'articolo della Fondazione Zancan "Osservazioni e proposte per la riforma dell'assistenza", *Prospettive assistenziali*, n. 84, 1988.

(3) Cfr. l'articolo "Convegno: la salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani non autosufficienti e le persone con demenza senile", *Ibidem*, n. 187, 2014.

settore dovrebbe dotarsi di propri servizi sociali.

Per quanto concerne la cultura, vi è la urgente esigenza di una informazione semplice e completa sui diritti fondamentali delle persone, con particolare riguardo a quelle in gravi difficoltà. Al riguardo è assai deplorabile che i Comuni ed i loro operatori, compresi quelli che agiscono nel settore culturale, non segnalino ai loro concittadini i diritti delle persone non autosufficienti e quindi non in grado di autodifendersi.

Ne consegue che non solo gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile sono dimessi dagli ospedali e dalle case di cura pur necessitando ancora di cure improcrastinabili (se non ricevono i farmaci sono colpiti da sofferenze spesso atroci e se non vengono alimentati muoiono nel giro di pochi giorni), ma anche che oltre il 20% dei Senatori e dei Deputati abbiano presentato proposte di legge sulle persone non autosufficienti omettendo totalmente le vigenti norme che assicurano (la prima è addirittura la legge n. 6535/1889!) diritti pienamente esigibili alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali (4).

La dilagante incultura sui diritti fondamentali delle persone non autosufficienti è, a nostro avviso, la causa principale della predisposizione e approvazione da parte del Governo e delle Regioni del Patto per la salute 2014-2016 che discrimina i malati e, nei riguardi dei cittadini impossibilitati ad autotutelarsi, contiene allarmanti aspetti di vera e propria eugenetica sociale che – lo ricordiamo – è stata la base ideologica delle nefandezze del nazismo (5).

(4) Sull'argomento sono stati pubblicati su *Prospettive assistenziali* i seguenti articoli: "Molto preoccupante il numero dei Parlamentari che ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti", n. 184, 2013; "Altri Parlamentari ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti", n. 185, 2014; "Altri negazionisti dei vigenti diritti delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie" e "Il Sottosegretario Franca Biondelli ritirerà le sue proposte di legge in cui sono ignorati i vigenti diritti delle persone non autosufficienti?", n. 186, 2014; "I Ministri della salute e dell'economia, i Deputati, i Sindacati e gli esperti continuano ad ignorare i diritti degli anziani cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "Aumenta il numero dei Parlamentari che presentano proposte di legge omettendo i vigenti diritti delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie", n. 188, 2014.

(5) Cfr. l'editoriale del n. 188, 2014 di questa rivista "Il Patto per la salute 2014-2016 discrimina i malati: solo per le persone non autosufficienti cure vincolate alle risorse stanziare".

La pessima legge della Regione Marche

Dunque ripetendo il citato madornale svarione della legge 328/2000 (6), la legge della Regione Marche n. 32/2014 ha attribuito al settore dell'assistenza sociale (strumentalmente denominato "dei servizi sociali") le competenze programmatiche, operative e finanziarie non solo nei riguardi del mantenimento e dell'assistenza sociale delle persone impossibilitate a causa della gravità della loro disabilità a procurarsi con il lavoro quanto occorre per vivere (7), ma assurdamente anche quelle relative al lavoro e alla formazione professionale, all'edilizia pubblica e privata, all'istruzione/educazione (dagli asili nido alle scuole materne, dell'obbligo e superiori), alla viabilità e ai trasporti, alla cultura, allo sport, al tempo libero e alle altre attività rivolte a tutta la popolazione.

Questa devastante assurdità è stata attuata ed è praticata soprattutto – questione a nostro avviso di estrema gravità – per il fatto che i Sindacati Cgil, Cisl e Uil hanno sempre sostenuto che le prestazioni dell'assistenza sociale dovevano e devono essere erogate a tutti i cittadini (8).

Attribuire al settore dell'assistenza sociale (o dei servizi sociali) la competenza di intervenire a favore di tutti i cittadini sulla base dell'illogico principio dell'universalismo selettivo (cioè l'erogazione di prestazioni e servizi astrattamente per tutti ma in concreto limitata da criteri restrittivi), è uno stratagemma antico ma ancora molto utilizzato per poter assicurare aiuti, com-

(6) Cfr. Maria Grazia Breda, Donata Micucci e Francesco Santanera, "La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali. Analisi della legge 328/2000 e proposte attuative", Utet Libreria, Torino, 2002.

(7) Ricordiamo che il 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione stabilisce che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale». È dunque evidente che il mantenimento e l'assistenza sociale sono attività che devono essere assicurate esclusivamente agli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere.

(8) Ad esempio nella proposta di legge di iniziativa popolare predisposta dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil "Legge di riordino dell'assistenza sociale" presentata al Senato il 27 ottobre 1994 con oltre 240mila firme, il cui testo è stato assunto come base della pessima sopra citata legge 328/2000, era addirittura previsto (articolo 2) che dovevano aver diritto alle prestazioni dell'assistenza sociale i cittadini italiani e dei paesi dell'Unione europea residenti in Italia, nonché gli stranieri e gli apolidi che si trovavano nel territorio italiano «senza distinzione di carattere giuridico, economico, sociale, ideologico, religioso e di sesso».

presi quelli di natura economica, anche a coloro che dispongono delle risorse occorrenti per una vita dignitosa.

Allo scopo è sufficiente – come avviene da decenni – che le istituzioni, sostenute da esperti compiacenti, assumano come riferimento per gli interventi di loro competenza (integrazione al minimo delle pensioni, assegni sociali, maggiorazione sociale, Social Card, ecc.) l'ammontare dei redditi, senza tener conto – in tutto o in parte – dei beni immobili (alloggi, negozi, terreni, ecc.) e mobili (azioni, obbligazioni, ecc.) posseduti (9).

Dalle informazioni in nostro possesso risulta che l'Inps, nonostante versi ogni anno quasi 60 miliardi di euro per l'integrazione al minimo delle pensioni, la maggiorazione sociale e gli assegni o pensioni sociali, mai ha svolto indagini per accertare la veridicità delle dichiarazioni dei beneficiari (alcuni milioni!) circa il non possesso di beni mobili. È ovvio prevedere che migliaia di illegali beneficiari rinuncerebbero alle prestazioni economiche percepite, se l'Inps, i Comuni e gli altri Enti pubblici erogatori di prestazioni economiche imponessero la sottoscrizione dell'autorizzazione richiesta dal Consorzio Cisa di Gassino Torinese (10).

A nostro avviso, come dovrebbe essere inconfutabile (e ritorneremo su questo aspetto di fondamentale importanza) le prestazioni economiche a fondo perduto non dovrebbero mai essere erogate a coloro che posseggono patrimoni immobiliari di qualsiasi entità e/o beni mobili di una certa consistenza.

Finalità stravaganti della legge

La legge della Regione Marche oggetto di quest'articolo stabilisce non soltanto *«l'universalità del diritto di accesso alle prestazioni sociali»* (articolo 1) ma sancisce altresì che *«il sistema integrato dei servizi sociali (...) assicura (...) la prevenzione, il contrasto e la rimozio-*

(9) Cfr. l'articolo "i soldi ci sono. Rassegna degli sprechi e proposte operative per il recupero di rilevanti risorse economiche", *Prospettive assistenziali*, n. 188, 2014.

(10) Il testo della dichiarazione giustamente richiesta obbligatoriamente ai beneficiari dei servizi del Consorzio Cisa di Gassino Torinese per valutare l'esistenza delle condizioni necessarie per l'erogazione di contributi economici è la seguente: *«Dichiara altresì (...) di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, il Consorzio Cisa, e per esso il responsabile del tratta-*

ne delle cause del disagio e dell'emarginazione sociale anche attraverso l'introduzione di strumenti di sostegno al reddito personale e familiare», mediante la *«integrazione delle politiche sociali con quelle del lavoro, dell'istruzione, della formazione delle politiche abitative»*.

Ne consegue che i servizi sociali, ai quali la legge della Regione Marche affida tutti i compiti programmatici, operativi e finanziari esclusi solamente – lo ripetiamo – *«gli interventi e le prestazioni assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelli assicurati in sede di amministrazione della giustizia»*, avrebbero anche il magico potere di prevenire la disoccupazione, la mancanza dell'abitazione, le carenze dei trasporti e degli altri settori sociali.

In concreto, a parte le altisonanti affermazioni sopra riferite, la legge della Regione Marche attribuisce al settore dell'assistenza sociale il compito di erogare contributi economici ai disoccupati e alle persone non in possesso dei mezzi per pagare l'affitto o di sostenere altre spese.

Poiché, come è noto, le più forti proteste rivolte agli amministratori pubblici riguardano la perdita del lavoro o la mancanza di una idonea abitazione o le carenze dei trasporti (soprattutto da parte dei soggetti con disabilità) è assai comodo per gli Assessorati regionali e comunali competenti (lavoro, casa, trasporti, ecc.) scaricare le giuste istanze dei cittadini sul settore assistenziale che limita i propri interventi alla semplice erogazione di sussidi.

A nostro avviso è invece necessario che gli Assessorati competenti (ripetiamo lavoro, casa, trasporti, ecc.) siano l'unico riferimento anche per i disoccupati, i sottooccupati e gli aventi diritto alle altre prestazioni sociali, in modo che le istituzioni ed il relativo personale, si rendano direttamente conto delle nefaste conseguenze delle loro azioni ed omissioni non solo sui soggetti coinvolti, ma anche sui loro nuclei familia-

mento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali dell'assistito ad enti ovvero a soggetti terzi, ivi inclusi Istituti di Credito e Banche, al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio-economiche del medesimo». A nostro avviso la sottoscrizione della sopra citata dichiarazione dovrebbe essere imposta a tutti i componenti maggiorenni dei nuclei familiari che richiedono prestazioni o agevolazioni economiche. Inoltre gli enti erogatori dovrebbero anche accertare l'esistenza o meno di crediti esigibili da parte delle persone che richiedono sostegni finanziari.

ri e assumano tutte le misure, comprese le erogazioni economiche, volte a risolvere per quanto possibile le situazioni, o almeno – soprattutto nelle emergenze – a tamponarle.

D'altra parte mentre il settore socio-assistenziale è quasi sempre solamente in grado di fornire aiuti economici (con il grave rischio di cronizzare il bisogno delle persone attive), gli Assessorati al lavoro possono inserirsi nelle trattative con le aziende, contrattare i molteplici aspetti del lavoro e dei relativi investimenti, assumere iniziative in merito agli oneri economici a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, chiamare in causa i Ministeri coinvolgibili, nonché predisporre corsi di formazione o riqualificazione o aggiornamento professionale.

Mentre la Regione Marche (e molte altre istituzioni) attribuiscono al settore socio-assistenziale (o dei servizi sociali) ruoli salvifici nei settori del lavoro, della casa, dei trasporti e fino a qualche decennio fa della scuola) (11), non si può fare a meno di rilevare che finora detto settore non è nemmeno stato capace di ottenere un adeguamento del vergognoso e immorale importo delle pensioni erogate dallo Stato agli inabili al lavoro e cioè proprio alle persone di cui, a partire dall'entrata in vigore della Costituzione (1° gennaio 1948!), ha la specifica e indiscussa competenza ad intervenire. Ancora più grave il fatto che non solo non sono state assunte iniziative operative, ma la questione non risulta mai al primo posto nelle rivendicazioni sindacali e nelle iniziative culturali.

Norme anticostituzionali sui cittadini malati

Particolarmente negative sono le disposizioni degli articoli 22 (anziani non autosufficienti), 23 (Fondo per gli anziani non autosufficienti) e 24 (Politiche in materia di dipendenze patologiche)

(11) Una delle condizioni basilari poste giustamente negli anni '60-'70 dai movimenti di base (Csa compreso) per ottenere l'inserimento prescolastico e scolastico delle persone con disabilità fisica e/o intellettiva e/o sensoriale era stata la richiesta che i settori dell'assistenza sociale e della sanità non avessero più alcuna diretta competenza in merito agli asili nido e alle istituzioni scolastiche, ma – se necessario – intervenissero in base alle loro specifiche competenze anche nei confronti dei singoli soggetti segnalati dal personale scolastico. Difatti l'inserimento scolastico delle persone con disabilità coincide con la cessazione delle attività delle equipe medico-psico-pedagogiche e con il radicale cambiamento degli scopi e dell'organizzazione del servizio di medicina scolastica.

della legge in oggetto in quanto, nonostante gli anziani non autosufficienti ed i soggetti con dipendenze patologiche siano indiscutibilmente delle persone malate, la Regione Marche intende sottrarre le relative competenze del Servizio sanitario nazionale per trasferirle al settore socio-assistenziale (12).

È quanto emerge, in particolare, dal 1° comma dell'articolo 22 che non fa riferimento alle condizioni di salute. Infatti è così redatto: «*Si considerano anziani non autosufficienti le persone ultrasessantacinquenni che hanno subito una perdita parziale o totale dell'autonomia personale riguardo ad abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto determinante di altre persone prestato in modo globale e continuativo*» (13).

Anche il 2° e 3° comma del medesimo articolo 22 non fanno alcun riferimento alle competenze del Servizio sanitario nazionale "coerentemente" con l'omissione del riconoscimento della condizione di persone malate degli anziani non autosufficienti.

Di conseguenza la legge in oggetto attribuisce alla Giunta regionale il compito di definire i criteri per «*l'accertamento della condizione di non autosufficienza*» e per «*l'attivazione delle modalità di presa in carico dell'anziano non autosufficiente*», ed affida ai «*piani di ambito sociale*» l'«*erogazione di contributi economici alle famiglie che assicurano l'assistenza domiciliare*», nonché la realizzazione dei «*servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale anche temporanea*» e cioè delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali (14).

(12) Ancora una volta ricordiamo che l'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale*».

(13) L'irragionevole omesso riconoscimento della condizione di malati degli anziani non autosufficienti dimostra che è esclusivamente declaratorio e strumentale l'articolo 4 in cui è previsto che «*l'integrazione socio-sanitaria è garantita dai Comuni associati negli ambiti territoriali sociali in accordo con i distretti sanitari dell'azienda sanitaria unica regionale (Asur)*».

(14) Esclusivamente per quanto concerne l'assistenza domici-

Fondo per gli anziani non autosufficienti

L'articolo 23 della legge 32/2014 della Regione Marche stabilisce al 1° comma che «*al fine di garantire una più efficace tutela sia delle persone non autosufficienti sia delle loro famiglie è istituito, nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 27, il Fondo per gli anziani non autosufficienti*» (15), e al 3° comma si precisa che confluiscano in questo Fondo «*gli stanziamenti statali non vincolati, le risorse regionali e le risorse di altri soggetti pubblici e privati*».

Rileviamo altresì che l'articolo 23 della legge della Regione Marche non contiene alcun riferimento al Fondo sanitario nazionale nonostante che per le persone non autosufficienti, e quindi non solo per gli anziani malati cronici ma anche per le persone con demenza senile e gli altri soggetti con limitata o nulla autonomia poiché colpiti da disabilità intellettiva o con autismo o con rilevanti disturbi psichiatrici, sia a carico della sanità la parte più consistente dei costi delle prestazioni (per esempio il 70% di un ricovero in comunità alloggio per disabili gravi).

Competenze in materia di dipendenze patologiche

Anche se le prestazioni domiciliari e residenziali riguardanti le persone con dipendenze patologiche sono di competenza del Servizio sanitario nazionale, il 1° comma dell'articolo 24 della legge 32/2014 stabilisce quanto segue: «*La Regione promuove attraverso il sistema integrato dei servizi per le dipendenze patologiche, servizi e interventi finalizzati a contrastare la domanda di droghe legali e illegali, nonché al contrasto di altre dipendenze patologiche e all'inclusione sociale di soggetti con dipendenze patologiche*».

Richiesta di ricorso alla Corte costituzionale

Con e-mail certificate del 19 dicembre 2014 e del 7 gennaio 2015 il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) ha chiesto al Ministro della salute Beatrice

liare integrata è previsto il «concerto con l'Asur» e cioè con l'Azienda sanitaria unica regionale.

(15) L'articolo 27 della legge 32/2014 riguarda l'istituzione del Fondo per le politiche sociali.

Lorenzin e al Capo dell'Ufficio legislativo di tale Ministero, di ricorrere alla Corte costituzionale in merito alle norme della legge della Regione Marche che intendono spostare «*dalla sanità all'assistenza la competenza in merito agli anziani non autosufficienti (perché colpiti da patologie invalidanti così gravi da determinare non solo sofferenze spesso atroci ma anche la devastante condizione di non autosufficienza) e delle dipendenze patologiche*». Il Csa sollecitava i destinatari a tenere in considerazione la Risoluzione n. 8-00191, approvata all'unanimità l'11 luglio 2012 dalla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati, che impegnava il Governo, «*ad assumere le iniziative necessarie per assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie e delle cure socio-sanitarie, previste dai Lea, alle persone con handicap invalidanti, agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme neurodegenerative e di demenza senile e ai pazienti psichiatrici, assicurando loro l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, concernente i Livelli essenziali di assistenza*».

La risposta del Ministero della salute

Purtroppo il Ministero della salute, con nota del 29 gennaio 2015 dell'avvocato Maurizio Borgo, Capo dell'Ufficio legislativo, ha segnalato di non aver «*rilevi di ordine costituzionale da sollevare*» in merito alla legge della Regione Marche n. 32/2014 pur rilevando quanto segue: «*Con riguardo all'integrazione socio-sanitaria l'articolo 4 specifica che essa è garantita dai Comuni associati negli Ats (Ambiti territoriali sociali), in accordo con i distretti sanitari dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur). Il comma 2 del medesimo articolo richiama l'articolo 3-septies del decreto legislativo 502/1992 in ordine alla definizione delle prestazioni socio-sanitarie, mentre il comma 4 specifica che le attività indicate dallo stesso articolo 4 sono gestite in base alle disposizioni della precedente legge regionale n. 13/2003, recante la "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale"*».

«Nonostante tali precisazioni in merito alle modalità di gestione delle prestazioni socio-

sanitarie, che fanno salve le competenze del Servizio sanitario regionale, si ritiene opportuno segnalare altre parti della legge regionale in esame, che appaiono poco chiare e che potrebbero prestarsi ad interpretazioni errate.

«In particolare l'articolo 22 della legge in esame, rubricato "anziani non autosufficienti", dopo aver recato, al comma 1, la definizione di "anziani non autosufficienti", prevede che a seguito dell'accertamento della condizione di non autosufficienza i soggetti interessati siano presi in carico dalla struttura organizzativa competente istituita presso ciascun distretto sanitario, in collaborazione con il personale del servizio sociale professionale dell'Ats competente. La norma non chiarisce, tuttavia, gli organi deputati a svolgere il predetto accertamento né le procedure.

«Pertanto, lo scrivente ritiene che la norma in esame debba essere letta secondo una interpretazione costituzionalmente orientata, nel senso che l'accertamento in questione debba essere svolto dalle competenti autorità del Servizio sanitario regionale attese le valutazioni sanitarie che esso implica. Di ciò dunque dovrà tenere conto la Giunta regionale che ai sensi del comma 3 del medesimo articolo dovrà definire i criteri per l'accertamento della condizione di non autosufficienza.

«Il comma 4 del predetto articolo, inoltre stabilisce che i piani di ambito territoriale sociale (Ats) prevedono la realizzazione di una serie di servizi tra i quali "l'assistenza domiciliare integrata" e i "servizi di accoglienza residenziale e

semiresidenziale anche temporanea". Si rammenta al riguardo che l'assistenza domiciliare integrata è un servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e dunque gestito e coordinato direttamente dal Distretto socio-sanitario delle Aziende sanitarie locali in collaborazione con i Comuni; il che, peraltro, sembra fatto salvo da quanto previsto dal citato articolo 4, oltre che dalla specificazione che l'assistenza domiciliare integrata debba svolgersi di concerto con l'Asur (Azienda sanitaria unica regionale). Tuttavia, e proprio per le predette ragioni, sarebbe preferibile che la regolamentazione di tale servizio non venga rimessa, come invece prevede il comma 4 dell'articolo 22, ad un atto (piano di Ats) che ha natura di atto programmatico in ambito sociale. Analoghe considerazioni possono essere svolte per i servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziale laddove ovviamente si intenda far riferimento al complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio.

«Infine, dall'articolo 23 della legge regionale in esame non si evince con chiarezza quali siano le risorse che confluiscono nell'istituto "Fondo per gli anziani non autosufficienti". Più in generale l'aspetto del finanziamento delle prestazioni suddette meriterebbe maggiore chiarezza, in virtù del fatto che la ripartizione dei costi relativi alle prestazioni socio-sanitarie trova già una propria regolamentazione a livello nazionale di cui deve essere garantito in ogni caso il rispetto».

QUANTO COSTA NON FIDARSI DEI FARMACI GENERICI

L'Assogenerici ha calcolato i risparmi conseguibili dall'utilizzo dei farmaci equivalenti (cfr. il sito www.assogenerici.it). Risulta pertanto che il risparmio potenziale giornaliero è il seguente:

Abruzzo	€ 56.037	Lombardia	€ 294.457	Sicilia	€ 256.430
Basilicata	€ 23.295	Marche	€ 67.366	Toscana	€ 129.002
Calabria	€ 85.212	Molise	€ 14.867	Umbria	€ 36.411
Campania	€ 256.490	Piemonte	€ 162.789	Valle d'Aosta	€ 4.176
Emilia Romagna	€ 144.877	Prov. aut. Bolzano	€ 11.503	Veneto	€ 159.400
Friuli Venezia Giulia	€ 43.212	Prov. aut. Trento	€ 11.864		
Lazio	€ 279.470	Puglia	€ 185.486		
Liguria	€ 61.351	Sardegna	€ 65.131	Totale Italia	€ 2.348.827

Ne consegue che ogni anno potrebbero essere risparmiati circa 857 milioni di euro. Altre consistenti economie potrebbero essere realizzate se i farmaci occorrenti alle persone ricoverate in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, e nelle strutture assimilabili, non venissero acquistati dalle farmacie private ma direttamente dagli omologhi servizi ospedalieri.