

Continuo a preferire
la severa giustizia
alla generosa solidarietà.

Norberto Bobbio

SULLE PROSSIME IMPORTANTISSIME DECISIONI GIUDIZIARIE: SARANNO RISPETTATE LE ESIGENZE E I DIRITTI DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI O PREVARRÀ L'EUGENETICA SOCIALE?

Nonostante i pessimi provvedimenti giudiziari degli ultimi mesi (1), rimane pienamente efficace per la tutela dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile la lettera di opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura (2) e la conseguente richiesta della continuità terapeutica. Nel primo trimestre del 2015 sono state 171 i casi, tra nuovi e vecchi che hanno avuto ulteriori sviluppi, presi in carico dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti. Le situazioni partono quasi tutte dalla lettera di opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura. Si tratta, come abbiamo specificato a più riprese su questa rivista (3), di uno strumento sempre efficace, che garantisce la prosecuzione delle cure senza soluzione di continuità e l'attivazione delle prestazioni socio-sanitarie previste per legge per le persone non autosufficienti a causa di gravi patologie (le medesime leggi valgono per le persone con disabilità e/o autismo in situazione di gravità, che hanno limitata o nulla autonomia). La lettera di opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica è uno strumento talmente efficace che la sua mancata adozione da parte delle organizzazioni sociali, a partire dai Sindacati, risulta del tutto incomprensibile e colpevole, anche per la facilità con cui questa azione, se concretamente intrapresa, tutelerebbe le esigenze dei malati non autosufficienti e delle loro famiglie che si rivolgono a tali organizzazioni. Non ultimo si realizzerebbe anche

una tutela delle risorse economiche di queste persone, spesso risparmi accumulati in una vita di lavoro, assicurando loro immediatamente una drastica diminuzione delle spese di cura (nella misura minima del 50%), motivo per cui la latitanza delle organizzazioni ed associazioni nella diffusione e promozione della lettera risulta ancor più inspiegabile.

La base della lettera di opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura, oltre ai riferimenti legislativi, è il riconoscimento della condizione di malati delle persone non autosufficienti (4) e l'indifferibilità (e cioè assoluta non rinviabilità) delle loro esigenze terapeutiche. Questa constatazione, che fotografa le reali condizioni dei pazienti non autosufficienti, invalida immediatamente tutto il sistema delle liste di attesa (che sarebbe meglio chiamare delle "liste di abbandono") predisposto dalle istituzioni per le persone non autosufficienti come sbarramento per l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie loro dovute per legge. È importante, a questo proposito, rilevare che lo stato di non autosufficienza e l'indifferibilità delle esigenze e delle prestazioni sanitarie non possono realisticamente essere disgiunti, qualunque sia il livello d'intensità degli interventi – basso, medio, alto – che si riferisce solo al tipo di prestazione erogabile in relazione allo specifico malato. È questo l'equivoco su cui si fonda la sentenza 604/2015 del Consiglio di Stato, che non a caso parla genericamente di "non autosufficienti", ma mai di "malati cronici non autosufficienti", in tal modo rifiutando di riconoscere la loro condizione di malati e di soggetti bisognosi di interventi sanitari immediati e dipen-

(1) Cfr. gli articoli "Il Consiglio di Stato sposa l'eugenetica sociale. Si riducono le risorse economiche ed ai disabili gravi e agli anziani malati cronici non autosufficienti non sono fornite le cure socio-sanitarie", *Prospettive assistenziali*, n. 189, 2015 e "Ordinanza allarmante del Consiglio di Stato: se mancano le risorse, negate le cure ai malati inguaribili?", *Ibidem*, n. 186, 2014.

(2) Il fac-simile sempre aggiornato della lettera di opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica è disponibile sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it.

(3) cfr. gli articoli "Proseguono con risultati positivi le iniziative della Fondazione promozione sociale a difesa delle esigenze e dei diritti delle persone colpite da patologie e/o da handicap invalidanti e da non autosufficienza", *Prospettive assistenziali*, n. 184, 2013 e "Anziani malati cronici non autosufficienti: ottenuta con tre lettere la prosecuzione delle cure socio-sanitarie", *Ibidem*, 187, 2014.

(4) La condizione di malattia o di grave carenza della salute vale per le persone affette da patologie che causano la non autosufficienza (per esempio demenza senile, morbo di Alzheimer...) e per le persone con disabilità e autismo con limitata o nulla autonomia; l'indifferibilità delle esigenze sanitarie e socio-sanitarie è data dall'estrema carenza di salute di questi soggetti, situazione che non consente loro di soddisfare le loro più elementari necessità da soli e che, se abbandonati a loro stessi, ne causa il peggioramento delle condizioni di salute e la morte in brevissimo tempo.

denti per le loro esigenze vitali da terzi. I documenti pubblicati come allegati di questo articolo a firma dei medici Giancarlo Isaia (Direttore della struttura complessa geriatria e malattie metaboliche dell'osso dell'Azienda ospedaliera universitaria Città della salute e della scienza di Torino), Mario Bo e Fabio Di Stefano (precedente ed attuale Presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria – Sezione Piemonte e Val d'Aosta) sono una conferma autorevole che riconosce l'indifferibilità dei bisogni e delle conseguenti prestazioni dei malati non autosufficienti. Nemmeno la sopracitata sentenza del Consiglio di Stato ha smentito direttamente tale assunto, affermando anzi che «*qualsiasi anziano non autosufficiente*» ha diritto di «*accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata nel caso concreto come la più appropriata tra quelle che possono essere offerte dalla rete dei servizi sociosanitari*» tenendo conto «*delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso*». Da quanto scritto fin qui, è chiaro che tale criterio di urgenza è, per tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e soggetti con patologie assimilabili, l'indifferibilità delle prestazioni.

Fondamentali questioni giudiziarie

Ecco allora che alla luce di queste considerazioni, diventano fondamentali le questioni giudiziarie aperte da alcune associazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, sul fronte della tutela dei diritti delle persone non autosufficienti e del contrasto alla loro esclusione dal diritto alla tutela della salute e cura della malattia. Negli esiti di queste cause, saranno rispettate, riconosciute, riaffermate le esigenze e i diritti delle persone non autosufficienti o prevarrà l'eugenetica sociale, cioè quella pratica di selezione discriminante delle persone vietata espressamente dalla normativa europea (5)?

Sono questioni che, pur partendo in alcuni casi dalle delibere della Regione Piemonte investono il piano nazionale, non solo perché le leggi molto spesso violate dalle istituzioni e riaffermate nelle cause devono essere applicate in

(5) La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, articolo 3, comma 2, sancisce che «*nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettate (...) b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone*».

tutte le zone del nostro Paese (normativa vigente sui Lea, legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978, articolo 32 della Costituzione), ma anche perché la cornice di riferimento è il disastroso Patto per la salute 2014-2016 (6). Tale provvedimento prevede, in contrasto con i diritti vigenti, che le prestazioni socio-sanitarie siano erogate nel limite delle risorse disponibili per gli ambiti «*della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze*» (articolo 6). A fronte di questa inaccettabile discriminazione, in merito al ricorso presentato da dieci associazioni nazionali, di cui alcune aderenti al Csa, presentato al Tar del Lazio il 21 ottobre 2014, non è ancora stata fissata alcuna udienza.

Non autosufficienza: negazione dei diritti da parte della Regione Piemonte

Intanto, la Giunta della Regione Piemonte guidata da Sergio Chiamparino ha impugnato la positiva sentenza del Tar del Piemonte 156 del 2015 (7) che ha confermato che le prestazioni socio-sanitarie domiciliari fornite da badanti e volontariamente da familiari delle persone non autosufficienti sono livelli essenziali di assistenza (Lea), pertanto tali prestazioni sono diritti esigibili che non possono essere negati, nemmeno col pretesto delle ristrettezze di bilancio o del risanamento del debito sanitario. Con l'impugnazione della sentenza la Giunta della Regione Piemonte costituita a seguito delle elezioni regionali del 2014 ha dimostrato di sostenere, in continuità con la passata amministrazione di centrodestra, la negazione del diritto delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari. Le sentenze 154 e 157 del 2015 del Tar del Piemonte relative ai ricorsi presentati sulle medesime delibere della Giunta regionale dal Comune di Torino e da una ventina di Comuni ed Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali del Piemonte, hanno contenuto identico a quello della sentenza 156. Il Consiglio di Stato ha rigettato la richiesta di sospensiva avanzata dalla Regione Piemonte

(6) 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*, 187, 2014.

(7) Cfr. l'articolo "Cure domiciliari: il Tar del Piemonte conferma il diritto esigibile delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie prestate a casa da familiari e badanti", *Ibidem*, 189, 2015.

ed ha rimandato la decisione nel merito al 15 ottobre 2015. Pertanto le sentenze sono immediatamente applicative.

La situazione risulta ancora più grave, nella direzione dell'emarginazione e della negazione del diritto alle cure per gli anziani malati non autosufficienti, poiché la Giunta regionale ha approvato il 20 aprile 2015, senza la minima consultazione con le associazioni di tutela dei soggetti non in grado di difendersi da sé, la delibera n. 18 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015". Il provvedimento si fonda, ancora una volta, su inaccettabili principi lesivi dei diritti delle persone non autosufficienti: omissione totale di ogni riferimento alla legge regionale 10 del 2010 che già oggi norma i "servizi domiciliari per persone non autosufficienti" in Piemonte, nel rispetto dei Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie; riferimento alla sentenza 604/2015 che ignora la condizione di malati delle persone anziane malate croniche non autosufficienti come malati gravissimi; istituzione delle liste di attesa come un fenomeno positivo (sono oltre 32mila in tutto il Piemonte le persone in attesa di prestazioni domiciliari e ricoveri in Rsa, si stima che in Italia siano complessivamente 200mila persone), confondendole con quelle per le prestazioni differibili; definizione del ruolo delle Unità valutative geriatriche non solo come organismi di valutazione della situazione sanitaria della persona, ma organismo che illegittimamente decide dell'accesso delle persone non autosufficienti alle cure, in contrasto con la legge 833/1978 in base alla quale tale diritto è determinato esclusivamente dallo stato di malattia, e quindi di bisogno, della persona.

Contribuzioni economiche, l'illegittima delibera del Comune di Torino

Altri due fronti giudiziari aperti, sui quali le istituzioni non tengono in conto le reali esigenze delle persone malate e/o disabili non autosufficienti, arrivando anche a disposizioni paradossali ed evidentemente discriminatorie, è quello dei contributi economici a carico dell'utente della prestazione socio-sanitaria e del nuovo Indicatore della situazione economica equivalente (Isee), decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013.

Le associazioni del Csa sono in causa al Tar del Piemonte contro la delibera di Consiglio comunale di Torino dell'11 giugno 2012 (n. 02263/019) avente per oggetto "Misure urgenti di adeguamento alla normativa regionale per fronteggiare la riduzione dei finanziamenti statali e regionali. Revoca delle misure precedentemente adottate costituenti miglior favore rispetto alla normativa regionale". La delibera, che ridusse di 3,2 milioni di euro il budget per le prestazioni socio-assistenziali del Comune di Torino per il secondo semestre del 2012, nonostante il testo stesso del provvedimento lo prevedesse entro tempo determinato, non è mai stata sottoposta a verifica del Consiglio comunale né sugli effettivi risparmi conseguiti, né sugli effetti avuti sulle persone interessate. La delibera impugnata prevede la considerazione della componente immobiliare relativa al soggetto richiedente l'integrazione economica della Città alla prestazione socio-sanitaria in base al parametro Imu, e non a quello Ici, in vigore fino al 31 dicembre 2014 con i decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 (e in Piemonte fino almeno al 30 giugno 2015, vista la delibera 10, 2015 della Regione Piemonte relativa al recepimento dell'Isee nazionale). Tale considerazione dell'immobile di proprietà del soggetto richiedente con un parametro non conforme all'allora legislazione nazionale ha provocato il fittizio innalzamento del 60% del valore degli alloggi considerati, a danno dei cittadini che si sono visti per questo negata l'integrazione comunale perché diventati improvvisamente benestanti (il Comune di Torino ha peraltro deliberato di non concedere alcuna integrazione della quota alberghiera agli utenti in possesso di beni mobili o immobili del valore superiore a quello della franchigia di 51.645,69 euro).

A seguito di questi parametri, secondo i dati forniti dalla Vicesindaco Elide Tisi alla Commissione consiliare sanità e assistenza nella seduta del 9 ottobre 2014 l'integrazione alla retta alberghiera è stata revocata a 240 persone anziane malate croniche non autosufficienti/disabili gravi con limitata o nulla autonomia ricoverate in strutture residenziali (180 per patrimoni immobiliari, 59 per beni immobiliari, uno per entrambi) su 1655 che ricevevano il sostegno, cioè ben il 14,5% degli aventi diritto. Si stima che siano circa 800 le persone colpite da malattie e/o disabilità e non autosufficienza che non hanno ottenuto l'integrazione delle presta-

zioni domiciliari o residenziali e che l'avrebbero invece ottenuta con un regolamento conforme alla legge in vigore.

Nuovo Isee, ricorso al Consiglio di Stato

Riguardo al nuovo Isee, dopo il parziale accoglimento dei motivi di ricorso al Tar del Lazio con la sentenza 2458/2015 (8), alcune associazioni del Csa hanno impugnato la sentenza al Consiglio di Stato, soprattutto perché il decreto 159/2013 obbliga i congiunti, i figli, compresi quelli non conviventi a partecipare alle prestazioni socio-sanitarie per gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile ricoverate in struttura residenziale (prescrizione simile vale per le persone con disabilità, per le quali il nucleo familiare comprende eventuali coniuge e figli conviventi). L'illegittimità della disposizione del nuovo Isee è stata rilevata dalle associazioni del Csa poiché le prestazioni socio-sanitarie sono diritti soggettivi relativi al singolo utente e pertanto la considerazione della situazione economica dev'essere relativa al singolo soggetto beneficiario della prestazione (senza il minimo riferimento ai componenti il suo nucleo familiare), così come avviene per altre erogazioni assistenziali o di sostegno al reddito come l'Assicurazione sociale per l'impiego (Aspi), ex Indennità di disoccupazione, e per l'erogazione della pensione sociale. Peraltro, anche per altre prestazioni assistenziali, come l'assegnazione di alloggi dell'edilizia popolare e l'integrazione al minimo delle pensioni, viene fatto riferimento alla situazione del nucleo familiare, mai comprendendo i figli non conviventi. Illegittima è inoltre ogni motivazione a difesa del nuovo Isee (come quella espressa nella succitata sentenza n. 2458 del Tar del Lazio che chiama in causa «*il dovere di solidarietà familiare costituisce un'ulteriore garanzia, per il malato, che si affianca al dovere di solidarietà sociale*»): non ci sono infatti leggi che impongono ai parenti di prendersi carico delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie relative ai loro congiunti colpiti da malattie e/o da disabilità invalidanti gravi (9), né tantomeno tali prestazioni nella loro inscindibile dimensione sanitaria e sociale insieme possono passare sotto la definizione di prestazioni di «*solidarietà*

(8) Cfr. l'articolo "Nuovo Isee: il Tar boccia in parte il decreto del Governo", *Ibidem*, 189, 2015

familiare» in quanto per gli accertamenti diagnostici, le scelte terapeutiche, il controllo dell'efficacia dei trattamenti c'è l'assoluta necessità di persone e strutture professionalmente competenti.

ALLEGATO A

Dichiarazione del Direttore della Struttura complessa di geriatria e malattie metaboliche dell'osso - Azienda ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino

Nella mia qualità di Direttore della Struttura complessa di geriatria e malattie metaboliche dell'osso della Città della salute e della scienza di Torino ho frequente occasione di visitare e di assistere pazienti anziani non autosufficienti ed affetti da polipatologie per lo più croniche ed altamente invalidanti.

Pur non presentando, di regola, patologie acute, trattasi in realtà di persone gravemente ammalate ed impedita a compiere le loro più elementari funzioni, presentano una qualità di vita assai compromessa e necessitano di un'assistenza pressochè continuativa. Inoltre è spesso assai problematico procedere ad accertamenti diagnostici, sia per le difficoltà logistiche, sia per la presenza di deterioramento cognitivo che impedisce loro di collaborare con i sanitari nell'esecuzione degli esami, nella raccolta della storia clinica o nell'esecuzione dell'esame obiettivo.

Per questi motivi le prestazioni di assistenza tutelare alla persona (in ospedale, in Rsa o nel loro domicilio), svolte da personale di assistenza o anche da familiari/badanti appositamente istruiti e sotto il controllo del medico, sono fondamentali per la cura e per la sopravvivenza del paziente e sono in grado, se eseguite correttamente, di prevenire l'aggravamento della patologia in atto o l'insorgenza di altre affezioni.

In conclusione, ritengo, anche sulla base di numerosi dati della letteratura scientifica internazionale, che i malati non autosufficienti abbiano una marcata necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e non semplicemente di attività di badanza ed a tal fine mi permetto di sollecitare le Istituzioni pubbliche a mettere pienamente in atto i provvedimenti di loro compe-

(9) L'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

tenza atti a tutelare maggiormente questi malati, nel rispetto della loro dignità e delle Leggi vigenti in materia.

Torino, 11 Marzo 2015

Prof. Giancarlo Isaia

Nota: analoga dichiarazione, redatta l'11 marzo 2015, è stata rilasciata dal Prof. Giancarlo Isaia in qualità di Presidente della Siomms, Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro.

ALLEGATO B

Dichiarazione dei Presidenti della Società italiana di gerontologia e geriatria, sezione Piemonte e Valle d'Aosta

In questi momenti di dichiarate gravi ristrettezze economiche e di scelte politiche dolorose, il clinico non può esimersi dal richiamare l'attenzione dell'amministratore su alcuni concetti fondamentali ed imprescindibili nella gestione dei malati all'interno di un Servizio sanitario nazionale (Ssn) che voglia ancora ispirarsi alle finalità ed agli obiettivi per i quali è stato concepito, e cioè la tutela della salute e la garanzia delle cure per tutti i cittadini, indipendentemente da genere, età, religione e stato sociale.

E che cosa intendiamo oggi per salute? Da tempo abbiamo, fortunatamente, smesso di individuarla nella condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale, definizione anacronistica quanto utopica, aderendo alla quale virtualmente solo pochissimi individui potrebbero forse dirsi "in salute". Ma certo non possiamo trascurare che, già molte decadi addietro, nella definizione di salute vi fosse uno specifico riferimento al benessere sociale. La salute viene oggi per lo più definita, coerentemente con le caratteristiche della maggior parte delle popolazioni occidentali, come la capacità di mantenersi autonomi a dispetto delle plurime problematiche cliniche, fisiche, psichiche e sociali. La *salute* quindi come *mantenimento dell'autonomia* e, di conseguenza, la *perdita dell'autonomia in ragione di una malattia come un problema di salute*.

Certo, il fisiologico invecchiamento è un percorso inevitabile, sebbene molto soggettivo e a varia velocità, verso il declino funzionale, la maggior vulnerabilità e la ridotta autonomia. Ma queste "fragilità" (o altri termini simili impropriamente usati al di fuori dell'ambito medico nel quale sono stati conati per identificare specifi-

che sindromi biologiche) non dovrebbero essere utilizzate proditoriamente per includere nell'ambito dell' "invecchiamento" e della sfera "sociale" quelle perdite di autonomia risultanti da una malattia, quale la demenza, che rappresenta a tutti gli effetti *un vero e proprio problema di salute*. Noi crediamo, e speriamo, che nessuno si sognerebbe di definire "fragile" e "problema sociale" pazienti che perdono la loro autonomia in ragione di una malattia oncologica plurimetastizzata, di plurimi cedimenti vertebrali, di malattie neurodegenerative come la Sla, o di amputazioni a seguito di malattie vascolari. Francamente si ha qualche difficoltà a comprendere perché quindi vi sia questo insistente tentativo di derubricare a problematica sociale una malattia neurodegenerativa come la demenza, per il solo fatto che interessa prevalentemente gli anziani. Forse che un demente precoce su base genetica a 50 anni dovremmo considerarlo un problema "sociale" anziché un malato? Occorre quindi ribadire, laddove ve ne fosse bisogno, che il paziente anziano demente e/o non autosufficiente è un malato, cronico, che ha diritto alle cure, ancorché anziano, non meno e non diversamente da molte altre categorie di pazienti malati cronici, siano essi più o meno anziani, quali gli ematologici cronici, gli oncologici cronici, i cardiopatici cronici, gli altri malati neurologici cronici, e quanti altri. Tutti pazienti cronici, con malattie che non possono essere "guarite", ma che cionondimeno hanno diritto a cure adeguate nell'ambito di una attenta, oculata e financo parsimoniosa gestione delle risorse economiche, ma le cui problematiche mediche ed assistenziali di pazienti del tutto incapaci di provvedere a se stessi non possono essere dismesse dal Ssn in ragione dell'età o di ridotte risorse economiche.

Le problematiche intrinseche alla gestione dei pazienti anziani dementi richiedono inoltre non solo adeguate e specifiche competenze mediche (presentazioni di malattia atipiche e funzionali in assenza di sintomatologia attendibile, peculiarità e difficoltà nell'individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici più opportuni) ma anche adeguate competenze infermieristico assistenziali, finalizzate a garantire il decoro individuale ma anche intese come misura di prevenzione di ulteriori possibili danni iatrogeni (lesioni da decubito, polmoniti da inalazione, precoce sindrome da ipomobilizzazione) destinate a loro volta a gravare sui servizi e sui conti

del nostro Ssn. Noi riteniamo opportuno quindi, nelle more di questa difficile contingenza economica finanziaria, riaffermare il diritto alle cure dei pazienti anziani dementi o non autosufficienti, la necessità urgente di definire per loro il miglior percorso ed accesso alle cure a seconda delle diverse fasi di malattia, e rendere prontamente disponibili forme di assistenza territoriale, domiciliari o residenziali, che consentano contemporaneamente una loro miglior gestione ed un risparmio economico per il servizio sanitario, oltre che un minor ricorso a rico-

veri ospedalieri talora impropri e, non di rado, causa di deterioramento psico-funzionale o di vero danno iatrogeno. In altre parole, un modesto tentativo di coniugare il risparmio e l'oculata gestione economica delle poche risorse con una corretta e tempestiva risposta alle esigenze cliniche di questi vecchi malati nel contesto di una non differibile continuità terapeutica.

Torino, 26 febbraio 2015

*Fabio Di Stefano, Presidente
Mario Bo, precedente Presidente*

AGGIORNAMENTI IN MERITO ALL'ITER LEGISLATIVO DELLE PROPOSTE DI LEGGE SULL'AUTISMO E SUL "DOPO DI NOI"

Continua in Commissione affari sociali della Camera dei Deputati l'iter delle pessime proposte di legge sull'autismo ("Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie" – già approvata al Senato e assegnata alla Commissione affari sociali con il numero 2985) e sul cosiddetto "dopo di noi" ("Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare – testo unificato delle proposte di legge n. 698, 1352, 2205, 2456, 2578 e 2682). Come già segnalato nell'editoriale del numero 188 di questa rivista ("Durante e dopo di noi: i vigenti diritti delle persone con disabilità e con autismo negati in Parlamento. È urgente intervenire") tutti i sopracitati provvedimenti ignorano, e di fatto negano, il vigente esigibile diritto alle prestazioni per le persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia, che sono definiti nei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, articolo 54 della legge 289/2002).

Per segnalare la questione anche in chiave di prevenzione/contrasto alla corruzione, il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e la Fondazione promozione sociale onlus hanno scritto al Presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, Raffaele Cantone, chiedendo un suo urgente e puntuale intervento in merito: «L'omissione delle propo-

ste di legge (assolutamente voluta e consapevole da parte dei Parlamentari presentatori e sottoscrittori delle proposte di legge, ai quali è stata più volte comunicata con messaggi scritti la gravissima assenza dei Lea dai testi delle proposte stesse) genera in noi la fortissima preoccupazione che tali atti possano generare iniziative clientelari e di corruzione. Laddove, infatti, non sono affermate la legalità e la giustizia, prende il sopravvento in modo indiscriminato la forza del forte contro il debole. Che pensare, allora, di proposte di legge che negano la legge esistente (in base alla quale centinaia di migliaia di persone con disabilità e limitata o nulla autonomia, ma anche anziani malati cronici non autosufficienti, persone con demenza senile... hanno ottenuto le cure socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali) e stanziato a favore di soggetti privati milioni di euro che dovrebbero essere destinati ad Asl e Comuni per le prestazioni che sono chiamati a svolgere dalla legge? Le recenti inchieste nazionali in materia di corruzione hanno confermato che, quando manca il riferimento alla legge e ai diritti vigenti, l'ambito della gestione di servizi diventa terreno fertile per iniziative illegali a danno degli utenti e della collettività. (...) Siamo seriamente allarmati dalla concreta possibilità di un illegittimo utilizzo clientelare delle risorse stanziato dalle proposte di legge e di un possibile esito tendenzialmente monopolistico dei privati su tutto il settore della disabilità intellettiva e dell'autismo».