

## **“Ed io pago”**

### *Interventi di riqualificazione e riordino della spesa in materia sociale*

Già la l. 8 Novembre 2000 N° 328, all’art. 24, ribadiva il principio di separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale.

Principio che, comunque, ritengo essere non già di netta separazione, ma assai spesso calmierato e/o di fatto confuso nella gestione pratica della persona non autosufficiente o con disabilità e nell’accesso e fruizione di alcuni servizi.

Di certo, già dal 2000, si era espressa la necessità, per un verso, di delegare il Governo al riordino di emolumenti di natura assistenziale – delega successivamente ribadita con l’art. 6 della l. 6 luglio 2002 N° 137, delega mai attuata – per altro verso, con l’art. 24 e 25 della l. 328/00 si evidenziava la necessità di una modifica della spesa assistenziale e di una più corretta gestione del tema delle “quote di compartecipazione” del privato cittadino ai servizi pubblici di cui usufruiva.

Su quest’ultimo tema, inutile richiamare la sequela di pronunce giurisprudenziali favorevoli alle persone con disabilità grave beneficiarie di servizi integrati socio-sanitari, laddove la quota di compartecipazione – errando – veniva conteggiata sulla base della situazione economica dell’intero nucleo familiare anziché dell’utente assistito.

Poco diffuse (*rectius*: “poco pubblicizzate”), invece, quelle che non sono state favorevoli agli utenti con disabilità (fra le altre, si leggano le sentenze pubblicate su <http://www.ledha.it/page.asp?menu1=12&notizia=3007>).

Adesso, il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 30 giugno 2011, ha licenziato la bozza di disegno di legge che attribuisce al Governo stesso la **delega per la riforma assistenziale**.

Nel disegno di legge delega, parte seconda “Riforma Assistenziale”, articolo 10, intitolato “Interventi di riqualificazione e riordino della spesa in materia sociale” si legge:

*“1. Nel rispetto dei vincoli di disciplina del bilancio il Governo è delegato ad adottare, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in conformità agli articoli 117, comma 2, lett. m) e 118 della Costituzione, uno o più decreti legislativi che sono finalizzati, sul presupposto della separazione del dovere fiscale da quello di assistenza sociale, alla riqualificazione e integrazione delle prestazioni socio assistenziali in favore dei soggetti autenticamente bisognosi, al trasferimento ai livelli di governo più prossimi ai cittadini delle funzioni compatibili con i principi di efficacia e adeguatezza, alla promozione dell’offerta sussidiaria di servizi da parte delle famiglie e delle organizzazioni con finalità sociali, secondo regolazioni definite in base ai seguenti principi e criteri direttivi:*

*1) revisione degli indicatori di situazione economica equivalente, con particolare attenzione alla composizione del nucleo familiare;*

*2) riordino dei criteri, inclusi quelli relativi alla invalidità e alla reversibilità, dei requisiti reddituali e patrimoniali, nonché delle relative situazioni a carattere personale e familiare per l’accesso alle prestazioni socio assistenziali;*

*3) armonizzazione dei diversi strumenti previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle condizioni di bisogno allo scopo di:*

*a) evitare duplicazioni e sovrapposizioni;*

*b) favorire una adeguata responsabilizzazione sull’utilizzo e sul controllo delle risorse da parte dei livelli di governo coinvolti anche, ove possibile e opportuno, con meccanismi inerenti al federalismo fiscale;*

*c) perseguire una gestione integrata dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali;*

4) in particolare, istituzione per l'indennità di accompagnamento di un fondo per l'indennità sussidiaria alla non-autosufficienza ripartito tra le Regioni, in base a standard afferenti alla popolazione residente e al tasso di invecchiamento della stessa, nonché a fattori ambientali specifici, al fine di:

a) favorire l'integrazione e la razionalizzazione di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali;

b) favorire la libertà di scelta dell'utente; diffondere l'assistenza domiciliare; finanziare prioritariamente le iniziative e gli interventi sociali attuati sussidiariamente via volontariato, non profit, Onlus, cooperative e imprese sociali, quali organizzazioni con finalità sociali quando, rispetto agli altri interventi diretti, sussistano i requisiti di efficacia e di convenienza economica in considerazione dei risultati;

5) in particolare, trasferimento ai Comuni, singoli o associati, del sistema relativo alla carta acquisti con lo scopo di identificare i beneficiari in termini di prossimità, di integrare le risorse pubbliche con la diffusa raccolta di erogazioni e benefici a carattere liberale, di affidare alle organizzazioni non profittevoli la gestione della carta acquisti attraverso le proprie reti relazionali;

6) attribuzione all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale delle competenze relative a:

a) erogazione delle prestazioni assistenziali quando assumono il carattere di contributo monetario diretto, in coordinamento con Regioni ed Enti locali;

b) organizzazione del fascicolo elettronico della persona e della famiglia attraverso la realizzazione di un'anagrafe generale delle posizioni assistenziali, condivisa tra le amministrazioni centrali dello Stato, gli enti pubblici di previdenza e assistenza, le Regioni e gli Enti Locali, al fine di monitorare lo stato di bisogno e il complesso delle prestazioni di tutte le amministrazioni pubbliche.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1 sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per le conseguenze di carattere finanziario, che sono resi entro trenta giorni dalla data di assegnazione dei medesimi schemi. Entro i trenta giorni successivi all'espressione dei pareri, il Governo, ove non intenda conformarsi alle condizioni ivi eventualmente formulate con riferimento all'esigenza di garantire il rispetto dell'art.81, quarto comma, della Costituzione, ritrasmette alle Camere i testi, corredati dai necessari elementi integrativi di informazione, per i pareri definitivi delle Commissioni competenti, che sono espressi entro trenta giorni dalla data di trasmissione.

3. Disposizioni correttive e integrative dei decreti legislativi di cui alla presente legge possono essere adottate entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi medesimi, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi previsti dalla presente legge e con le stesse modalità di cui al comma 2. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore delle disposizioni integrative e correttive il Governo è delegato ad adottare i decreti legislativi recanti le norme eventualmente occorrenti per il coordinamento dei decreti legislativi emanati ai sensi della presente legge con le altre leggi dello Stato e per l'abrogazione delle norme divenute incompatibili.

4. Riguardo alle Regioni a Statuto speciale l'esercizio della delega avviene in conformità ai rispettivi Statuti e alle relative norme di attuazione”.

Come tutte le leggi di delega in essa sono indicati i principi generali e gli ambiti su cui il Governo è autorizzato, successivamente, a legiferare.

Proviamo a compiere un'analisi dei punti più interessanti.

Innanzitutto l'incipit dello stesso art. 10. Si afferma che “Nel rispetto dei vincoli di disciplina del bilancio il Governo è delegato ad adottare ... uno o più decreti legislativi che sono finalizzati ... alla riqualificazione e integrazione delle prestazioni socio assistenziali in favore dei soggetti autenticamente bisognosi”.

Si è ben consapevoli e rispettosi dei vincoli di bilancio e del “peso”, anche giuridico, che le ragioni economico-finanziarie, soprattutto in questo momento storico, hanno.

Nel contempo, però, non ci si può esimere dal ricordare che la disciplina normativa sulle prestazioni sociali e sanitarie è tutta orientata verso l'analisi dei bisogni dei cittadini ed all'esigibilità dei diritti e dei



servizi previsti all'interno dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni (come anche riconosciuti a livello costituzionale), aventi natura di diritto soggettivo assoluto della persona.

Laddove, quindi, i vincoli di disciplina del bilancio dovessero collidere (o non garantire) i bisogni e l'esigibilità dei diritti e dei servizi essenziali, potrà sorgere qualche problema.

Non vi è dubbio che si saluta con favore la *“riqualificazione e integrazione delle prestazioni socio assistenziali in favore dei soggetti autenticamente bisognosi”*, ricordandosi però che per l'individuazione e la certezza (costantemente aggiornata) del soggetto autenticamente bisognoso, sarebbe assai facile compierla attraverso lo strumento dell'art. 14 l. 328/00 (almeno per le persone con disabilità) ovvero con le previsioni normative regionali *“figlie”* del sistema di accesso ai servizi sulla base delle progettazioni individualizzate.

Si elogia l'aver ribadito, non solo la prossimità delle funzioni di governo a livelli territoriali più vicini ai cittadini, ma anche la sussidiarietà orizzontale attraverso le organizzazioni con finalità sociali. A dire il vero, così, nulla di nuovo a patto che, ovviamente, si riconoscano anche adeguati strumenti di controllo locale delle suddette funzioni. Nel contempo lo Stato-Amministrazione non deve perdere il potere di impulso e di controllo dell'erogazione dei servizi sulla base dell'analisi dell'appropriatezza del servizio al bisogno della persona, così da garantire una spesa davvero efficace, efficiente e calibrata alle necessità.

Nell'elencazione dei principi e criteri direttivi di riqualificazione della materia, si saluta con favore l'aver inserito al primo posto la *“revisione degli indicatori di situazione economica equivalente, con particolare attenzione alla composizione del nucleo familiare”*.

Questo non può essere compiuto senza tener conto della moltitudine di pronunce giurisprudenziali che si sono registrate in tema di modalità di computo della quota di compartecipazione per i servizi integrati per persona con disabilità grave.

Si auspica che la delega al Governo sia l'occasione per risolvere ciò che le Aule Giudiziarie non hanno il potere di risolvere: ovvero una completa ed organica revisione della disciplina che consenta, concretamente e su basi di uguaglianza, una rivisitazione dell'intera materia.

Un buon lavoro potrebbe portare con sé due benefici:

1) dare delle indicazioni chiare ed univoche a cittadini ed operatori sulle modalità di computo delle quote di compartecipazione ai servizi sociali e sanitari, evitando così il considerevole contenzioso che ne è sorto e nel rispetto delle fasce più deboli e bisognose;

2) consentire allo Stato di percepire – anche a garanzia delle ragioni economico-finanziarie di bilancio – le somme effettivamente dovute, nel rispetto di principi uguaglianza e di proporzionalità di compartecipazione ai costi sociali.

Ciò così trova ulteriore conferma anche nella dicitura espressa al punto 2) *“riordino dei criteri, inclusi quelli relativi alla invalidità e alla reversibilità, dei requisiti reddituali e patrimoniali, nonché delle relative situazioni a carattere personale e familiare per l'accesso alle prestazioni socio assistenziali”*. Si auspica, appunto, che il Governo delegato chiarisca e distingua le situazioni a carattere personale da quelle a rilevanza familiare per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali.

Al punto 3 lett. C) si saluta con favore l'intento di *“perseguire una gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali”*. A conferma, quindi, che l'intento del legislatore – anche indipendentemente dai *“colori”* della maggioranza espressa dal Parlamento – è quello di riconoscere un'integrazione dei servizi sorretta dall'unicità della persona e dei suoi bisogni.

Sul punto, al fine di perseguire l'integrazione suddetta, si ritiene che strumenti come i Punti Unici di Accesso socio-sanitari e la stesura di progettazioni individualizzate sulla base dei bisogni dei cittadini e dei servizi appropriati ad essi correlati, siano lo strumento d'accesso ineluttabile e fondamentale al raggiungimento dell'obiettivo.

Se non è la stessa pubblica amministrazione che *“canalizza”* i cittadini verso l'integrazione, spostando l'erogazione dei servizi dalla richiesta individuale e frammentaria, ad una analisi globalizzata ed un'erogazione individualizzata e disposta dall'amministrazione, difficilmente potrà raggiungersi non solo l'integrazione dei servizi ma, anche, il contenimento della spesa complessiva.

Ciò, così, trova consistenza nel punto 4 lett. A) della norma in commento, ritenendosi che il *“favorire l'integrazione e la razionalizzazione di prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali”* può verificarsi solo



proprio rispettando le modalità di “canalizzazione” verso un accesso unico ai servizi da parte del cittadino e una visione globale e territoriale dei bisogni da parte dell’amministrazione.

La lettera b) del punto 4 prevede che occorre *“favorire la libertà di scelta dell’utente; diffondere l’assistenza domiciliare; finanziare prioritariamente le iniziative e gli interventi sociali attuati sussidiariamente via volontariato, non profit, Onlus, cooperative e imprese sociali, quali organizzazioni con finalità sociali quando, rispetto agli altri interventi diretti, sussistano i requisiti di efficacia e di convenienza economica in considerazione dei risultati”*.

Questo principio, di certo, è già presente nella nostra legislazione (non occorre richiamare ancora la l. 328/00).

Ma non ci si può esimere dal ritenere che il principio (sacrosanto) della libertà di scelta dell’utente, andrebbe anche coadiuvato con una verifica da parte delle amministrazioni competenti di una scelta davvero libera e consapevole dell’erogatore del servizio.

Allo stesso modo, non si dubita che un forte coinvolgimento del volontariato, non profit, associazionismo, imprese sociali, etc... – nel rispetto del principio della sussidiarietà e della rilevanza sociale e giuridica del c.d. “terzo settore” – è assolutamente corretto, soprattutto, nel sempre vivo tentativo di rispettare la territorialità e le peculiarità dei luoghi. Ma a questo forte coinvolgimento deve anche corrispondere un altrettanto forte controllo preventivo e successivo delle qualità e capacità organizzative dell’ente, primo fra tutti con lo strumento dell’accreditamento istituzionale.

Laddove, invece, lo strumento dell’accreditamento istituzionale non sia stato ancora attuato o si sia limitato – tra l’altro con modalità e requisiti diversi – solo per il settore sanitario, si comprende che occorre rimettere ordine sul punto, sia a garanzia dell’ente privato erogatore del servizio, sia a garanzia dell’ente pubblico mandante, sia, soprattutto, a garanzia del cittadino/utente fruitore del servizio.

In conclusione, da più tempo si auspica un intervento di riqualificazione e riordino della spesa in materia.

Purtroppo, questa – confermando così che ancora il sistema non è “integrato” – giunge dopo le manovre di riqualificazione e contenimento della spesa sanitaria.

Si auspica comunque, pur nella genericità dei disegni di legge delega, che la specificità della normativa che verrà emanata dal Governo (si spera in tempi brevi), sia adatta a dare risposta alle aspettative degli operatori ed ai bisogni dei cittadini.

Luglio 2011

Avv. Francesco Marcellino