

Prospettive Sociali e Sanitarie

19

ANNO XV ● 1 NOVEMBRE 1985

STATO SOCIALE: UNA STAGIONE FREDDA PER I DIRITTI ALL'ASSISTENZA ● COMUNICARE COL PAZIENTE MORENTE ● "MESTIERI", FARE IL COORDINATORE ● ASSISTENTI SOCIALI: IL GRUPPO COME STRUMENTO DI FORMAZIONE ●

CIS EDITORE

Via S. Siro, 1 - 20149 Milano
Spediz. in abb. postale gr. II/70

Stato sociale: una stagione fredda per i diritti di assistenza degli handicappati

Con questo articolo Gianni Selleri interviene sulle misure governative di contenimento della spesa sociale e sulle politiche che vanno evidenziandosi rispetto allo stato sociale. L'autore fa in particolare riferimento alle disposizioni previste dal disegno di legge finanziaria 1986 in materia socio-sanitaria, con le quali si vogliono risparmiare 3.000 miliardi, e al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 agosto 1985 col titolo "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 833/78". Entrambi i documenti sono stati pubblicati da Prospettive Sociali e Sanitarie rispettivamente sul n. 17 del 1 ottobre 1985 a pag. 16 e sul n. 16 del 15 settembre 1985 a pag. 19, ai quali rinviamo i lettori.

È iniziato l'autunno freddo dello stato sociale, il più gelido e inquietante che io ricordi.

La crisi economica e i tentativi, inutili ed elusivi, di risolverla si scaricano pesantemente sul settore previdenziale assistenziale e sanitario, che non viene più considerato una funzione dello stato ma un ambito di sprechi e di ingiustificati privilegi.

Il "welfare state" all'italiana è stato costruito e organizzato secondo i criteri della distribuzione del potere, anziché della redistribuzione del reddito, della lotizzazione politica anziché della giustizia sociale. Le grandi corporazioni che sono all'interno dei sindacati, dei quadri intermedi e dell'associazionismo parapartitico hanno conquistato negli anni '70 l'universalismo delle prestazioni socio-sanitarie, la gratuità dei servizi, pensioni con incremento geometrico.

Un po' per pietà, un po' per giustizia, un po' per la fiducia del modello keynesiano, il sistema di sicurezza sociale è stato esteso, sia pure con lacune e disparità, alle fasce dei cittadini più deboli; contestualmente si diffondevano le teorie e la pratica dell'integrazione e della partecipazione intese non solo

come uguaglianza di opportunità, ma soprattutto come reciprocità e scambio di comunicazioni.

Il rapporto della commissione Gorrieri ha dimostrato tuttavia che i poveri in Italia ci sono ancora (due milioni 114.000 famiglie), si tratta di *povertà materiali* (indigenza) e di *povertà posizionali* (marginalità, solitudine, disoccupazione). Ma evidentemente si ritiene che questi cittadini (anziani, handicappati, giovani delle aree depresse) non siano abbastanza poveri e si propongono parametri di valutazione pakistani.

Sulla linea delle due precedenti, la legge finanziaria 1986 detta: "Disposizioni in materia socio-sanitaria", con l'obiettivo di risparmiare 3.000 miliardi.

L'articolo 24 prevede: "A decorrere dal 1 gennaio 1986 il reddito complessivo del soggetto che intende usufruire delle deduzioni, detrazioni, agevolazioni, assegni, indennità socio-sanitarie o servizi sociali, previsti nella presente legge, è determinato in base alla allegata tabella G con riferimento ai redditi di tutti i componenti il nucleo familiare conviventi con il soggetto interessato".

A prima vista sembra che si tratti soltanto di un "salto in dietro" di vent'anni, quando la beneficenza pubblica interveniva (attraverso gli ECA o l'ONMI o simili istituzioni) non in base ai bisogni della persona, ma secondo una valutazione del reddito della famiglia per il criterio della legislazione pre-costituzionale che i parenti sono obbligati al soccorso nei confronti del congiunto povero o inabile. La solidarietà è evidentemente un principio etico che non può essere imposto per legge e in ogni caso la sua richiesta non può limitare il diritto soggettivo dei singoli cittadini. Condizionare di nuovo le prestazioni assistenziali e socio-sanitarie al reddito familiare dell'interessato significa negare la dignità dei singoli e costringerli in una condizione di umiliazione e subalternità. Lo Stato non può tornare a comportarsi come una conferenza di San Vincenzo.

La tabella G che cosa prevede? Eccola:

N. componenti	Parametro di equivalenza	Livello di reddito annuo (migliaia di lire)
1	100	4.728
2	167	7.897
3	222	10.497
4	272	12.863
5	317	14.991
6	360	17.014
7 o più	400	18.915

Ogni commento sarebbe umiliante per l'intelligenza e la sensibilità civile di chiunque.

Il successivo articolo 25 si occupa in particolare degli handicappati. Attraverso una caotica citazione di leggi e leggine si stabilisce che anche per gli invalidi civili totalmente inabili o con invalidità superiore ai 2/3 (pensione o assegno di lire 214.000 mensili), per i ciechi e per i sordomuti, nel calcolo dei limiti di reddito ai fini della concessione delle prestazioni, si applicano i parametri della tabella G!

Attualmente il limite di reddito *personale* per la pensione di invalidità è di 10 milioni annui, mentre quello per gli assegni assistenziali (invalidità medio-grave) è di circa 3 milioni. È evidente che applicando congiuntamente il calcolo del reddito familiare e i parametri di equivalenza della tabella G, gli handicappati che potranno beneficiare della assistenza economica si ridurranno a 1/4 rispetto a quelli che ne fruiscono. Infatti i livelli di reddito annui previsti dalla tabella G sono tali che è sufficiente che nel nucleo familiare dell'handicappato vi sia un solo lavoratore per determinare l'impossibilità di qualsiasi forma di assistenza economica o servizio gratuito socio-sanitario.

In questo caso l'intenzione del legislatore è ancora più rozza e ripugnante di quella espressa genericamente per "i poveri". Nella situazione di povertà si tratta infatti di garantire il minimo vitale in presenza di un reddito insufficiente, nella situazione dei portatori di handicaps, oltre alla condizione spesso rilevabile in mancanza di reddito, vi è la presenza di bisogni (assistenziali, sanitari, riabilitativi e sociali) per i quali anche un reddito medio è inadeguato. Un handicappato non deve soltanto garantirsi vitto, vestiti, alloggio, riscaldamento, ma deve sostenere altre spese aggiuntive per la sopravvivenza che richiede l'intervento di terzi per gli atti quotidiani della vita (alzarsi, lavarsi ecc.). Se poi il portatore di handicap svolge un'attività lavorativa incontra altri costi (che un normodotato non sopporta) relativi ai trasporti, agli ausili e a necessità di sostegno e di assistenza generica. Un handicappato per poter produrre un reddito medio deve sostenere spese che ad un altro consentirebbero un reddito alto.

In questa prospettiva le disposizioni della legge fi-

nanziaria in materia di prestazioni economiche sono doppiamente ingiustificabili così come la riduzione dei servizi, l'abrogazione delle esenzioni sui tickets ecc..

La legge finanziaria 1986 è ancora un progetto sul quale il Parlamento dovrà discutere e decidere, ma questo autunno freddo dello stato sociale registra anche un Decreto del Presidente del Consiglio che è passato quasi inosservato all'opinione pubblica e che rischia di capovolgere alcuni principi della riforma sanitaria.

Con l'innocuo titolo "*Atto di indirizzo e di coordinamento alle regioni in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.*" (decreto 8 agosto 1985 G.U. 14/08/85 n. 191) e sotto l'apparenza di un provvedimento di razionalizzazione contabile e gestionale delle Unità Sanitarie Locali, si è compiuta una operazione che impedisce quasi tutti i servizi sul territorio e pone le premesse per un inconcepibile rilancio delle strutture di ricovero totali. Occorre preliminarmente ricordare che la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale per quanto riguarda la riabilitazione dispone che: "*Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualsiasi causa, sono erogate dalle Unità Sanitarie Locali attraverso i propri servizi.*"

Non c'è dubbio che, anche per il ritardo della riforma dell'assistenza, in molte regioni si sia data una interpretazione estensiva di questa norma e che, in qualche misura, fosse necessario un chiarimento legislativo, ma il limite della ragionevolezza è stato di gran lunga travalicato.

Cerchiamo di analizzare brevemente i contenuti del decreto Craxi dell'8 agosto scorso.

All'art. 1 si tenta una confusa distinzione fra le attività "di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" e quelle puramente assistenziali; si conclude, che hanno rilievo sanitario socio-assistenziale quelle prestazioni che richiedono personale proprio dei servizi socio-assistenziali, ma che siano dirette in via prevalente alla tutela della salute (prevenzione, cura e riabilitazione), "in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre i suoi effetti". Al di là di questo inestricabile pasticcio tautologico, sembra di capire che i servizi socio-assistenziali sono tali se richiedono contestualmente personale sanitario e assistenziale (!).

Ma poi ci si spiega meglio.

All'articolo 2 si precisa che *non sono attività di rilievo sanitario*: l'assistenza economica, l'assistenza domiciliare, gli interventi per l'inserimento lavorativo e scolastico, i corsi di formazione professionale, i centri diurni, i soggiorni estivi, ricoveri sostitutivi dell'assistenza familiare, i gruppi appartamento...

Si nega che col Fondo Sanitario Nazionale possano essere finanziate quelle prestazioni che sono rivolte al recupero e all'integrazione sociale, mediante servizi o interventi diretti alla persona.

Con gli articoli 3, 4 e 5 il decreto esclude l'assistenza psico-pedagogica del bambino, gli interventi

nell'ambito dei consultori familiari, le attività ex ONMI.

Conclusa la parte sanzionatoria e distruttiva, si passa con l'articolo 6 a quella propositiva: *"Rientrano fra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'articolo 1"* (cioè vi sia la presenza di qualche operatore medico o paramedico).

Il decreto precisa a chi sono destinate le "strutture protette: agli handicappati, ai malati mentali, ai tossicodipendenti, agli anziani. Le regioni potranno legiferare sulle convenzioni, anche con istituzioni private, sulla ripartizione degli oneri e sui requisiti di idoneità "dell'assistenza sanitaria erogata dalle istituzioni medesime".

È difficile capire se si tratta di un consapevole progetto per un nuovo "grande internamento". È certo comunque che togliere i finanziamenti finalizzati al reinserimento sociale, scolastico e lavorativo e consentirli per i ricoveri a tempo pieno, significa separare nuovamente i servizi sanitari da quelli so-

ciali, riproporre le antiche tesi della irrecuperabilità, collocare gli utenti nello spazio vuoto delle istituzioni totali, ripristinare la pratica dell'assistenzialismo come emarginazione e reclusione.

Sarebbe del tutto tendenzioso sostenere che i compiti della riabilitazione sociale spettano agli enti locali (in base al DPR 616/77), perchè la finanza locale può affrontare questi problemi soltanto in termini sporadici e facoltativi, mancando specifici stanziamenti o trasferimenti da parte dello Stato. In ogni caso il Decreto Craxi, per quello che dice e per quello che sottintende, innesca un meccanismo perverso di ridefinizione degli interventi socio-assistenziali che dovrebbero attuarsi esclusivamente in "strutture protette" senza alcuna garanzia per i diritti degli utenti e secondo una classificazione (handicappati, malati mentali, tossicodipendenti, anziani) che li separerebbe non solo dal contesto familiare e sociale, ma perfino dalla consapevolezza e dalla cultura comune.

Ma tutto questo, lo ricordo come un incubo ricorrente, è già stato vissuto.

Gianni Selleri