

Una irragionevole e controproducente proposta di legge di Cgil, Cisl e Uil sulla non autosufficienza

I Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil hanno depositato in data 10 ottobre 2005 alla Corte di Cassazione una proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza, che riproduciamo integralmente in questo numero, volta a chiedere al Parlamento:

- la definizione della non autosufficienza e la predisposizione dei programmi di sostegno dei soggetti privi di autonomia;
- l’emanazione del piano nazionale per la non autosufficienza;
- l’individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali riguardanti le persone non autosufficienti;
- la creazione del fondo nazionale per la non autosufficienza.

Gravi mancanze di logica dell’iniziativa sindacale

La proposta di legge dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil è un deludente campionario di norme prive di razionalità, sia per quanto concerne la valutazione dell’attuale situazione, sia in merito alle proposte avanzate.

I principali aspetti negativi riguardano:

- la creazione del fondo nazionale per la non autosufficienza, che contrasta con le vigenti disposizioni costituzionali;
- la collocazione sullo stesso piano delle esigenze delle persone non autosufficienti a causa di patologie in atto e dei soggetti non autonomi perché colpiti da handicap fisici, psichici¹[1], sensoriali e relazionali²[2];
- la mancanza di riferimenti alle leggi vigenti che da decenni assicurano a tutte le persone malate il diritto esigibile e senza limiti di durata alle cure sanitarie e, dal 2002, alle prestazioni socio-sanitarie;
- il trasferimento al fondo nazionale per la non autosufficienza delle risorse economiche attualmente destinate alle pensioni e alle indennità «erogate dallo Stato alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità»;
- l’omesso riferimento alle disposizioni del comma 2 ter dell’articolo 3 del decreto legislativo 109/1998, come modificato dal decreto legislativo 130/2000. La “dimenticanza” sostiene, di fatto, l’operato dei numerosi Comuni e Asl che, in violazione delle norme succitate, continuano a pretendere contributi economici, spesso onerosi, dai congiunti, conviventi al momento della richiesta di assistenza, degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti e dei soggetti con handicap in situazione di gravità.

La vigente Costituzione non consente la creazione di fondi nazionali vincolati

La sentenza n. 370 del 2003 della Corte costituzionale ha ricordato che, a seguito della legge 18 ottobre 2001, n. 3 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” «per il finanziamento delle normali funzioni di Regioni ed Enti locali, lo Stato può erogare solo fondi senza vincoli specifici di destinazione».

Ne consegue che il Parlamento non può istituire il fondo nazionale per la non autosufficienza richiesto dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil.

Handicap e malattia

La proposta di legge dei Sindacati considera «non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale», indipendentemente dalle cause (malattia o handicap) che hanno determinato la dipendenza dei soggetti sopra indicati.

Com’è ovvio, le esigenze di un individuo non autosufficiente a seguito di una patologia invalidante (ad esempio il cancro ad uno stato avanzato) sono estremamente diverse dalle necessità di un fanciullo colpito da un severo handicap intellettuale.

Parimenti, vi sono differenze abissali fra i trattamenti da assicurare agli anziani affetti dalla malattia di Alzheimer o da altra forma di demenza senile e gli interventi occorrenti per i soggetti colpiti da un handicap

fisico così grave da limitarne notevolmente la mobilità, ma che consente loro, in presenza di opportune misure sociali (collocamento mirato, abbattimento delle barriere architettoniche, ecc.) di svolgere una attività lavorativa retribuita³[3].

Numerosi altri esempi possono essere segnalati per dimostrare che, agendo in modo razionale e cioè tenendo conto dell'effettiva realtà delle cose, le leggi e le altre iniziative concernenti gli individui non autosufficienti devono considerare attentamente le profonde differenze esistenti fra i bisogni delle persone, in particolare quelle anziane, non autosufficienti a causa di patologie in atto e le esigenze dei soggetti, specialmente quelli in età minorile, con una limitata o nulla autonomia derivante dalla presenza di handicap.

La rilevazione puntuale delle cause della non autosufficienza, inoltre, è la condizione *sine qua non* per poter avanzare richieste valide nei riguardi del funzionamento dei servizi di interesse collettivo (sanità, casa, istruzione, formazione professionale, inserimento lavorativo, trasporti, ecc.) nonché in merito alla realizzazione, a seconda delle situazioni personali, delle misure di prevenzione degli infortuni, delle malattie, della cronicità e dell'emarginazione sociale.

La posizione dell'Organizzazione mondiale della sanità

Il primo comma dell'articolo 2 della proposta di legge dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil fa riferimento alle indicazioni dell'Oms, Organizzazione mondiale della sanità in materia di «*valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali*».

Orbene, come risulta dal volume «*Classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità*» edito nel 2002 da Erikson, l'Oms ha precisato che «*malattia e disabilità sono costrutti distinti che possono essere considerati indipendentemente. Quello di malattia (per esempio, il morbillo, che possiede un agente eziologico e una patogenesi specifica) è un costrutto; quello di disabilità (per esempio, rash cutaneo, limitazione nelle attività quotidiane o il fatto che alla persona è vietato l'accesso a scuola per impedire il contagio) è un altro. I due costrutti – sottolinea l'Oms – possono non essere legati da una relazione biunivoca predicibile in quanto ciascuno ha caratteristiche indipendenti*»⁴[4].

Inoltre, nello stesso volume viene puntualizzato che «*il concetto di menomazione è più ampio e comprensivo rispetto a quello di disturbo o malattia; per esempio, la perdita di una gamba è una menomazione della struttura corporea, non un disturbo o una malattia*».

Dunque, anche l'Oms considera la malattia e l'handicap come problemi aventi loro specifiche caratteristiche.

D'altra parte, sono di palmare evidenza le profonde differenze sostanziali concernenti la diagnosi, la terapia e la riabilitazione dei soggetti affetti da patologie invalidanti (neoplasie, ictus, infarti, demenza senile, malattie cardiovascolari, ecc.) e le prestazioni occorrenti alle persone colpite da handicap.

Ne deriva la necessità di interventi molto differenti, spesso con caratteristiche tecniche e professionali estremamente diverse, da un lato per le persone malate e d'altro lato per quelle con handicap.

Detta differenziazione è ancora più marcata se si tiene conto delle specifiche esigenze dei fanciulli, degli adulti e degli anziani.

Le vigenti norme di legge sugli anziani non autosufficienti, se attuate correttamente, sono idonee a soddisfare le loro esigenze

Fatte le precisazioni sopra riportate, prima di prendere in esame altri preoccupanti contenuti della proposta di legge dei Sindacati, riteniamo necessario valutare se attualmente vi sia veramente la necessità di una nuova normativa sulla non autosufficienza.

Tenuto conto che l'iniziativa è stata assunta dai Sindacati dei pensionati, ci limitiamo a riferire in merito agli aspetti fondamentali dell'attuale situazione riguardante gli anziani non autosufficienti e le persone assimilabili⁵[5].

In sintesi le disposizioni vigenti assicurano:

1. il diritto alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata durante la fase acuta⁶[6] e alle cure socio-sanitarie, con degenza durante tutto il periodo in cui la malattia si è stabilizzata⁷[7]. La degenza può aver

luogo presso il proprio domicilio, a cura di congiunti o di terzi o presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali;

2. terminata la fase acuta, nei casi in cui non sia attuabile la permanenza a domicilio, deve essere garantita, a cura e spese del Servizio sanitario nazionale, la continuità delle cure, con trasferimento diretto dei pazienti dagli ospedali o dalle case di cura private convenzionate alle Rsa;

3. l'obbligo, da parte degli ultrasessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dalle Unità valutative geriatriche o aventi un'età inferiore purché sia stata accertata la loro condizione di soggetti con handicap in situazione di gravità, di corrispondere la retta alberghiera delle Rsa in base alle loro risorse economiche personali (redditi e beni)⁸[8];

4. il versamento da parte del Servizio sanitario nazionale di almeno il 50% della retta complessiva di ricovero presso le Rsa. Di conseguenza, l'importo della quota alberghiera a carico dell'utente non può in nessun caso essere superiore alla metà dell'ammontare della suddetta retta⁹[9];

Trattandosi di norme oggettivamente accettabili¹⁰[10], non si comprende per quali motivi i Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil finora, salvo casi del tutto marginali, non solo non siano mai intervenuti per l'attuazione delle vigenti disposizioni, ma abbiano spesso sostenuto posizioni nettamente opposte alle esigenze dei vecchi malati cronici e ai loro diritti.

Le iniziative controproducenti dei Sindacati

Fra le iniziative dirette a negare il diritto degli anziani non autosufficienti alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata, sostenute o tacitamente accettate da Cgil, Cisl e Uil ricordiamo:

a) l'appoggio dato alla legge della Regione Emilia-Romagna 1° settembre 1979, n. 30 il cui articolo 5 stabiliva quanto segue: *«La casa protetta è un servizio volto a fornire residenza ed adeguata assistenza a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica o psichica per le quali non sia possibile la permanenza nel proprio alloggio»*. Da notare che le case protette, che in seguito hanno assunto la denominazione di Rsa, afferivano e afferiscono al settore socio-assistenziale, caratterizzato dall'assenza di diritti esigibili (riconosciuti invece dalla sanità) e dell'obbligo di versamento della retta in contrapposizione alla gratuità delle prestazioni sanitarie;

b) la decisione del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 diretta ad escludere gli anziani cronici non autosufficienti dal diritto alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata e di inserire i relativi trattamenti nell'ambito del settore socio-assistenziale con oneri economici a carico dei ricoverati;

c) l'emanazione da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri del decreto 8 aprile 1985 che ha sancito l'attuazione delle suddette decisioni assunte dal Servizio sanitario nazionale. Nonostante che detto decreto avesse natura meramente amministrativa, e quindi non potesse modificare le leggi vigenti, non vi furono opposizioni né critiche;

d) il sostegno determinante dato dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil alla legge della Regione Emilia-Romagna n. 1/1994 che:

- negava agli anziani cronici non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie in quanto non riconosceva la loro caratteristica di soggetti malati;
- istituiva il nuovo comparto socio-sanitario, allora non previsto da alcuna norma nazionale, caratterizzato dalla discrezionalità propria degli interventi del settore della assistenza/beneficenza;
- poneva a carico degli utenti e dei loro congiunti prestazioni che in base alle leggi allora vigenti erano a carico totale del Servizio sanitario nazionale;
- attribuiva la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi sanitari (ad esempio la verifica della validità delle cure oncologiche) ad un assistente sociale che – ovviamente – non ha né deve avere alcuna competenza in merito¹¹[11];

e) la proposta di legge di iniziativa popolare redatta nel 1993 dal Dipartimento alle politiche sociali della Cgil nazionale nel cui articolo 2 era previsto che *«le Regioni e le Province autonome, sentite le*

*Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative e le Organizzazioni di pensionati e dell'utenza organizzata, stabiliscono altresì i limiti e i criteri di erogazione, nonché le eventuali forme di partecipazione alla spesa degli assistiti per le prestazioni di tipo riabilitativo che necessitano di trattamenti prolungati ad alta intensità assistenziale»*12[12]. Da notare che nella suddetta proposta era stabilito che anche gli interventi di lungodegenza non erano compresi fra le prestazioni che «non sono assoggettabili ad alcuna forma di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti»13[13];

f) la negazione della condizione di **malati** degli anziani **malati** non autosufficienti espressa nella lettera inviata al Csa in data 30 luglio 1997 da Sergio Cofferati, all'epoca Segretario generale della Cgil. Come aveva rilevato il Csa nella nota inviata il 9 ottobre 1997 a Betty Leone, responsabile nazionale della Cgil per le politiche sociali e a Gloria Malaspina, coordinatrice della stessa organizzazione per le problematiche sanitarie, in merito all'incontro Cgil-Csa del 9 settembre 1997 «per la Cgil il cancro, la demenza, le cardiopatie, il diabete e le altre patologie non sono da considerarsi malattie per gli anziani ma aspetti della non autosufficienza connessi al deterioramento psicofisico dovuta all'età»;

g) l'assoluta mancanza di iniziative dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil dirette a contrastare le dimissioni degli anziani cronici non autosufficienti da ospedali e da case di cura private convenzionate nei casi in cui non veniva, e non viene ancora attualmente garantita la prosecuzione delle cure a domicilio o presso strutture residenziali;

h) la supina accettazione delle richieste avanzate da Comuni e Asl concernenti il versamento di contributi economici da parte dei congiunti conviventi o non conviventi dei vecchi non autosufficienti ricoverati presso Rsa o strutture simili, nei casi in cui tale richiesta non era e non è consentita dalle vigenti norme di legge.

Rammentiamo, inoltre, che nella proposta di legge sul riordino dell'assistenza sociale, predisposta dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil, presentata al Senato il 27 ottobre 1994, era previsto all'articolo 2 quanto segue: «Può essere chiesto agli utenti e alle persone tenute al mantenimento e alla corresponsione degli alimenti il concorso al costo di determinati servizi in relazione alle loro condizioni economiche».

Non stupisce, quindi che ne siano danneggiati gli stessi dirigenti dei Sindacati. Quale esempio significativo dell'attuale situazione ricordiamo la vicenda di U. M., Segretario della Camera del lavoro di Sasso Marconi, Bologna, costretto ad assumere una badante per provvedere alla propria madre malata di Alzheimer, nonostante che la moglie avesse già abbandonato il lavoro per lo stesso motivo, dopo che il centro diurno del Comune «che all'inizio fu la sua prima ancora di salvezza gli aveva riconsegnato la madre con una sentenza definitiva e inappellabile: "Non possiamo più occuparci di lei, le sue condizioni richiedono un'assistenza continua"»14[14].

Non essendo sufficienti le risorse economiche della madre per le prestazioni della badante (800 euro al mese, vitto e alloggio), il sindacalista dichiara che gli oneri aggiuntivi sono a carico suo e della moglie. Denuncia, inoltre, di non aver potuto ricoverare la madre in una Rsa perché «ci vogliono 5 milioni al mese».

Un nostro dubbio

Preso atto di quanto sopra esposto, sorge il dubbio che la proposta di iniziativa popolare di cui è in corso la raccolta delle firme sia stata decisa dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil per trovare una via d'uscita alle situazioni sempre più insostenibili determinate sia dalla maggiore presa di coscienza della popolazione sulle esigenze e sui diritti dei vecchi malati (sono in aumento le opposizioni alle dimissioni da ospedali e case di cura private convenzionate degli anziani cronici non autosufficienti), sia dal rifiuto sempre più esteso dei loro congiunti di essere costretti a corrispondere contributi economici non previsti da alcuna legge dello Stato.

Ignorate le competenze del Servizio sanitario nazionale

Non facendo alcun riferimento alle competenze del Servizio sanitario nazionale in merito alle cure (obbligatorie) anche nei riguardi degli anziani non autosufficienti colpiti da malattie invalidanti, i Sindacati dei

pensionati Cgil, Cisl e Uil continuano a non riconoscere¹⁵[15] gli obblighi imposti dalle leggi vigenti (la prima, la n. 692, risale addirittura al 1955!).

Ne consegue, quale effetto più devastante dell'ultraventennale comportamento omissivo dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, la prosecuzione da parte degli ospedali e delle case di cura private convenzionate delle dimissioni spesso selvagge degli anziani malati cronici non autosufficienti¹⁶[16].

Dette dimissioni provocano ai malati non solo danni anche irreparabili (peggioramento delle condizioni di salute, carenza degli interventi diretti ad eliminare o almeno attenuare il dolore, ecc.) causati dall'abbandono terapeutico da parte degli enti (Aziende ospedaliere e Asl) tenuti a garantire la continuità delle cure sanitarie o socio-sanitarie, ma costringono l'interessato ed i suoi congiunti a sborsare somme sovente rilevanti.

Coloro che, seguendo le indicazioni del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti della Fondazione promozione sociale¹⁷[17] non accettano le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate dei loro congiunti, mediante il semplice invio di 3-4 lettere raccomandate Ar, ottengono in tutti i casi la prosecuzione delle cure o in strutture sanitarie oppure in Rsa¹⁸[18].

Se, invece, le dimissioni vengono accettate, il malato è quasi sempre inserito in una lista di attesa, la cui durata può anche protrarsi per due anni. In questo periodo il paziente ed i suoi congiunti, se non sono in grado di provvedere a livello domiciliare, sono tenuti a pagare l'intera retta di ricovero presso una Rsa, compresa la quota sanitaria. L'importo complessivo è di 70-100 euro al giorno, per cui per tutto il periodo di attesa si arriva a sborsare da 50 a 70 mila euro.

Per quanto possa sembrare inverosimile, nella proposta di legge dei Sindacati non si fa alcun cenno alla pur importantissima questione delle liste di attesa.

Infatti, il riferimento contenuto nell'ultimo comma dell'articolo 8: «*Restano ferme le competenze del Servizio sanitario nazionale e le modalità di finanziamento in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione con continuità temporale e senza restrizioni per le persone individuate come non autosufficienti*» non modifica l'attuale situazione, in quanto ripete quasi alla lettera le inefficaci disposizioni contenute negli articoli 15 e 22 della legge 328/2000¹⁹[19].

Gli assurdi e controproducenti riferimenti al settore socio-assistenziale

Partendo dalla negazione della malattia quale causa della non autosufficienza degli anziani non autosufficienti, la proposta di legge dei Sindacati inizia con l'affermazione che essa si pone «*nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328*».

Pertanto, non soltanto non tiene conto delle già ricordate leggi 692/1955, 132/1968, 386/1974 e 833/1978 che garantivano e garantiscono tuttora anche ai vecchi cronici non autosufficienti le cure sanitarie, gratuite e senza limiti di durata, comprese quelle fornite dagli ospedali e dalle case di cura convenzionate, ma ignora persino l'articolo 54 della legge 289/2002 sui Lea, livelli essenziali di assistenza, nonostante che dette norme, come abbiamo già rilevato, confermino la competenza primaria del Servizio sanitario nazionale proprio nei confronti dei suddetti soggetti.

Invece di operare per la corretta attuazione dei Lea, le cui norme sono in vigore dal 1° gennaio 2003, i Sindacati propongono l'istituzione dei Lesna, livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti, la cui definizione è però rinviata all'approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza.

Il rinvio dell'entrata in vigore dei Lesna al momento dell'approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza ripete quanto è già previsto dagli articoli 20 e 22 della legge 328/2000, senza introdurre alcun elemento nuovo.

Gravissima omissione in materia di contributi economici

Come abbiamo già rilevato, nella proposta di legge dei Sindacati non viene citato il comma 2 ter dell'articolo 3 del decreto legislativo 109/1998, modificato dal decreto legislativo 130/2000, in base al quale nessun contributo economico può essere richiesto ai parenti, compresi quelli conviventi, degli ultrasessantacinquenni dichiarati non autosufficienti dalle Unità valutative geriatriche.

Nei confronti dei suddetti soggetti e delle persone con handicap in situazione di gravità, la norma sopra citata stabilisce che essi devono contribuire al pagamento della retta di ricovero esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni) senza alcun onere per i congiunti²⁰[20].

Circa l'illegittima richiesta di contributi ai parenti dei vecchi malati, ancora una volta ricordiamo, com'è scritto sul documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, Roma, ottobre 2000 che «*nel corso del 1999, 2 milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spese sostenute per la 'cura' di un componente affetto da una malattia cronica*».

Da notare che la situazione dal 1999 ad oggi si è notevolmente aggravata, anche perché il Servizio sanitario nazionale ha avuto sempre più ampie possibilità di dimettere i vecchi malati, escluse le poche zone del nostro Paese in cui detta incivile prassi è stata contrastata.

Da notare che sul sito web della Uil (www.ital-uil.it/vadesani) a proposito delle Rsa, è riportata un'informazione sbagliata. Infatti, viene affermato che «*nel caso in cui l'anziano abbia un reddito insufficiente è previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza*»²¹[21].

Anche nel sito della Federazione nazionale pensionati Cisl (www.intrage.it) è contenuta una analoga fuorviante asserzione poiché viene sostenuto che «*le spese, stabilite dagli enti che gestiscono le Rsa in accordo con il Comune, sono in parte a carico del Comune ed in parte a carico dell'utente e della sua famiglia, secondo il reddito*».

Trasferiti tutti gli stanziamenti concernenti le pensioni e le altre misure economiche attualmente erogate dallo Stato alle persone con handicap

Secondo quanto previsto dall'articolo 6 della proposta di legge dei Sindacati dei pensionati, devono essere trasferiti al Fondo nazionale per la non autosufficienza tutti gli attuali stanziamenti riguardanti le pensioni per le persone con handicap fisici, sensoriali, intellettivi, nonché le indennità di accompagnamento e le altre misure economiche attualmente erogate dallo Stato ai suddetti soggetti.

Ne derivano due conseguenze entrambe allarmanti:

- tutti gli individui con handicap sono considerati non autosufficienti e quindi possono continuare a ricevere gli attuali sostegni economici;
- se, come sarebbe ovvio, non vengono inseriti fra i non autosufficienti coloro che hanno una parziale autonomia, per questi soggetti con handicap i finanziamenti sono azzerati.

A questo proposito occorre tener conto – fatto assai preoccupante – che la seconda parte del primo comma dell'articolo 4 della proposta dei Sindacati precisa che «*fatti salvi i benefici in atto ed i diritti maturati fino all'entrata in vigore del Piano di cui all'articolo 5 (si tratta del Piano nazionale per la non autosufficienza, n. d. r.) la concessione della prestazioni economiche (...) è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psico-fisiche del richiedente*».

Ne risulta che, a decorrere dalla data di approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza, tutte le attuali disposizioni (compresi gli importi?) concernenti le pensioni e le indennità per i soggetti con handicap sono condizionate dalla valutazione di cui sopra.

A questo proposito occorre considerare che, ai sensi del 4° comma dell'articolo 2, la proposta di legge dei Sindacati stabilisce che «*le fasce della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate (compresa l'assistenza economica, n. d. r.) sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità: incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti; incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi ed al governo della casa; incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana, alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e instabilità clinica*», mentre nulla viene previsto per i giovani e gli adulti con handicap in merito alla loro effettiva impossibilità di svolgere attività lavorative.

Inoltre, la proposta di legge dei Sindacati, al 2° comma dell'articolo 4 stabilisce che alle persone non autosufficienti ospitate in strutture semiresidenziali o residenziali deve essere attribuita «*una somma non inferiore al 25 % dell'assegno sociale*», ma non considera la drammatica situazione dei nuclei familiari monoreddito.

In questi casi, se l'unico percettore di reddito viene ricoverato in una Rsa, numerosi Comuni, ad esempio quello di Torino, chiedono il versamento di tutti i suoi redditi fino alla copertura dell'intera quota alberghiera, esclusa la somma di euro 100,00 al mese riservata alle piccole spese personali del paziente.

Pertanto, se l'unico introito del nucleo familiare è di 1.000,00 euro e la quota alberghiera è di 1.200,00 il ricoverato deve versarne 900 e gli restano i 100 euro di cui sopra.

Ne deriva che il coniuge e gli altri congiunti a carico non hanno più alcuna risorsa economica per vivere. A questo punto, vi sono Comuni, anche in questo caso incluso quello di Torino, che pretendono che i congiunti si rivolgano ai loro servizi come poveri, per ricevere un sussidio, fra l'altro di importo molto limitato.

A nostro avviso, occorrerebbe che i Comuni considerassero come prioritari gli obblighi previsti dalla legge per il mantenimento del coniuge e delle altre persone a carico, ad esempio figli impossibilitati a causa di handicap o malattie di svolgere attività lavorative proficue.

Diritti esigibili

Come abbiamo già rilevato, nella proposta dei Sindacati non vengono richiamate le leggi vigenti (ripetiamo, la prima risale addirittura al 1955!) che garantiscono a tutti i cittadini, compresi gli anziani non autosufficienti, le cure sanitarie e sociosanitarie.

I Sindacati hanno, invece, previsto (articolo 7) che *«le persone non autosufficienti come sopra definite e, per quanto di competenza le rispettive famiglie, hanno diritto alle prestazioni incluse nei Lesna anche su richiesta di chi li rappresenta»*.

A questo proposito, va precisato che, anche se l'iniziativa di Cgil, Cisl e Uil venisse accolta dal Parlamento, sarebbe pur sempre necessaria – come è già previsto dalla legge 328/2000 – l'approvazione del Piano nazionale per la non autosufficienza, tenendo conto che, com'è stabilito dal 1° comma dell'articolo 3 della proposta dei Sindacati, *«i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti (Lesna) che devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3 e 22 della legge 8 novembre 2000 n. 328 ed i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo nazionale per la non autosufficienza»*22[22].

A parte l'inutilità delle sopra citate disposizioni della proposta di legge sindacale, che si limita a ripetere norme in vigore da anni, è stupefacente che l'approvazione dei Lesna sia condizionata dalla definizione *«dei livelli essenziali sociali»*. Inoltre è assai controproducente che *«in caso di inadempimento da parte del competente ente»* del diritto alle prestazioni incluse nei Lesna, i Sindacati prevedano che *«è ammesso ricorso in via giurisdizionale»*.

Ne consegue che il *«competente ente»* (fra l'altro non precisato) può violare i diritti, ad esempio dimettendo l'anziano non autosufficiente dall'ospedale senza garantire la prosecuzione delle cure, mentre il soggetto interessato o il suo tutore possano solamente presentare ricorso all'autorità giudiziaria.

Al riguardo è sorprendente che Cgil, Cisl e Uil si siano dimenticati che sono ancora in vigore l'articolo 4 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, che prevede il ricorso contro le dimissioni e l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595, nonché il 5° comma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 che consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità23[23].

Altre principali carenze della proposta di legge dei Sindacati

Nella proposta di legge predisposta da Cgil, Cisl e Uil non ci sono cenni di sorta sui seguenti problemi che, a nostro avviso, rivestono la massima importanza:

- l'esigibilità alle cure domiciliari. Attualmente i malati hanno solamente diritto alle prestazioni domiciliari del medico di base, nei casi in cui non siano in grado di recarsi presso il suo ambulatorio, mentre è necessario, nell'interesse dei malati, prevedere norme che stabiliscano il diritto alle cure sanitarie domiciliari24[24];
 - il riconoscimento del volontariato intrafamiliare25[25];
 - la garanzia della continuità delle prestazioni fornite da ospedali e da case di cura private convenzionate con quelle erogate a domicilio o dalle Rsa, in modo da evitare l'attuale collocazione dei vecchi malati nelle liste di attesa;
-

- la creazione di centri diurni per i malati di Alzheimer ed i soggetti colpiti da altre forme di demenza senile;
- l'indicazione (2° comma dell'articolo 6) secondo cui, ove sia carente da parte dei Comuni e del Servizio sanitario l'offerta delle prestazioni, gli interventi «*possono essere erogati anche secondo le indicazioni previste dall'articolo 17 della legge 8 novembre 2000 n. 328*» e cioè mediante la concessione di «*titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali*».

Le prestazioni previste come carenti dalla proposta dei Sindacati riguardano tutti gli interventi compresi nei Lesna: assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare, aiuto domestico familiare, assistenza economica, adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una miglior fruizione dell'abitazione²⁶[26], sostegno alla mobilità.

A questo punto gradiremmo sapere dai Sindacati dei pensionati, visto che i Comuni e il Servizio sanitario, nei casi di carenza degli interventi che dovrebbero erogare “possono” ma non “devono” concedere i titoli di cui sopra, se questa formulazione non sia tale da rendere del tutto inefficace la dichiarata esigibilità dei diritti individuati dai Lesna.

Conclusioni

Sarebbe opportuno che, tenuto conto non solo delle vistose carenze delle norme inserite nella proposta di legge, ma anche del notevole arretramento rispetto alla situazione attuale²⁷[27], i Sindacati dei pensionati ritirassero la proposta in oggetto e incominciassero – finalmente – a intervenire per la corretta attuazione delle leggi vigenti.

[1] Nel testo non si fa nemmeno alcuna distinzione tra i malati psichiatrici e gli individui con limitazioni intellettive.

[2] Anche se nella legislazione vigente non c'è alcun riferimento ai soggetti con problematiche relazionali, nel testo non ne sono indicate le caratteristiche che ne consentano l'individuazione e la valutazione delle specifiche esigenze, nonché la predisposizione delle relative risposte.

[3] Cfr. Gianni Pellis, “L'assistenza personale autogestita: una realtà innovativa per le persone con handicap fisico molto grave”, *Prospettive assistenziali*, n. 137, 2002.

[4] Cfr. Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, “Handicap e malattia: i nuovi orientamenti dell'Oms”, *Ibidem*, n. 138, 2002.

[5] Negli anni '60 - '70 Cgil, Cisl, Uil ed i movimenti di base hanno lottato insieme per ottenere l'utilizzo da parte dei soggetti con handicap fisici, intellettivi, sensoriali dei normali servizi della sanità, della casa, della scuola, della formazione professionale, dell'inserimento lavorativo, dei trasporti e degli altri settori di interesse collettivo. Dette iniziative hanno riguardato e riguardano tutte le suddette persone, comprese quelle definibili non autosufficienti. Adesso, con la proposta di legge in oggetto, gli stessi Sindacati separano addirittura i soggetti con handicap non autosufficienti e non malati, da quelli aventi le stesse minorazioni, ma in grado di provvedere autonomamente alle loro esigenze. Una conseguenza allarmante, come vedremo in seguito, riguarda il futuro delle pensioni attualmente erogate alle persone colpite da handicap fisici, intellettivi e sensoriali. Da parte nostra non vogliamo assolutamente alcuna norma che differenzi i servizi necessari alle persone con handicap rispetto a quelli rivolti ai soggetti normali. Occorre impedire il ritorno ai decenni scorsi quando, con il pretesto della predisposizione di servizi adatti alle loro esigenze specifiche, i soggetti con handicap erano separati dai cittadini cosiddetti normali e vivevano isolati nelle scuole e nelle classi speciali, nei laboratori protetti ed emarginati dalle altre attività di interesse sociale. Si era arrivati, addirittura, ad escludere le persone in carrozzella dall'accesso ai mezzi pubblici di trasporto. Rispondendo ad una interrogazione parlamentare, il 30 ottobre 1970 il Sottosegretario di Stato per i trasporti e l'aviazione civile aveva affermato che «*il trasporto delle persone invalide, unitamente al proprio mezzo di locomozione, è consentito nei bagagliai dei treni viaggiatori, nei limiti dello spazio disponibile*» e aveva aggiunto quanto segue: «*Non si nasconde che l'attuale disciplina possa causare qualche disagio; per questo verrà considerata la possibilità di prevedere, nei veicoli ferroviari di nuova costruzione, la messa a punto di specifici ambienti riservati agli invalidi e ai rispettivi mezzi di locomozione*».

[6] Cfr. le leggi 692/1955, 132/1968, 386/1974, 833/1978.

[7] Cfr. l'articolo 54 della legge 289/2001.

[8] Più avanti questo problema verrà esaminato a fondo.

[9] Cfr. il già richiamato articolo 54 della legge 289/2001.

[10] Cfr. il libretto “Tutti hanno diritto alle cure sanitarie, compresi anziani malati cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer, malati psichiatrici handicappati con gravi patologie”, predisposto da Alzheimer Piemonte, Auser, Avo (Associazione volontari ospedalieri), Consulta per le persone in difficoltà, Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, Diapsi (Difesa ammalati psichici), Gruppo volontariato vincenziano, Sea Italia (Servizio emergenza anziani), Società S. Vincenzo de' Paoli, Utim (Unione tutela insufficienti mentali). Il libretto, il cui invio è gratuito, può essere richiesto a *Prospettive assistenziali*. Si vedano, inoltre, il sito web www.fondazionepromozionesociale.it, nonché gli articoli di Maria Grazia

Breda "I livelli essenziali di assistenza sanitaria: i positivi risultati raggiunti dal volontariato dei diritti nella vertenza con la Regione Piemonte" e "Strutture residenziali per anziani cronici non autosufficienti: il nuovo modello della Regione Piemonte" apparsi sui numeri 150 e 151, 2005 di *Prospettive assistenziali*.

[11] Anche l'attuale proposta di legge di iniziativa popolare dei Sindacati attribuisce ad un operatore del servizio sociale il compito di monitorare la realizzazione del piano individualizzato di assistenza che, come stabilisce il 5° comma dell'articolo 2, comprende anche «*le prestazioni di cura e di riabilitazione*».

[12] Cfr. l'editoriale del n. 102, 1993 di *Prospettive assistenziali*.

[13] *Ibidem*.

[14] Cfr. l'articolo "Se il pensionato ha l'Alzheimer. Testimonianza di un sindacalista con la madre ammalata", Cronaca di Bologna de *l'Unità* del 17 marzo 2004.

[15] Fra gli articoli pubblicati su questa rivista riguardanti il mancato riconoscimento dei Sindacati delle condizioni di **malati** degli anziani **malati** cronici non autosufficienti ricordiamo i seguenti: "Il Sindacato pensionati Cisl ignora gli anziani cronici non autosufficienti", n. 103, 1993; "Preoccupante svolta dei Sindacati in materia di anziani cronici non autosufficienti", n. 105, 1994; "Cgil Cisl e Uil negano lo stato di malattia degli anziani cronici non autosufficienti", n. 119, 1997; "Continua la polemica con la Cgil sugli anziani cronici non autosufficienti", n. 120, 1997; "Anziani cronici non autosufficienti: un documento importante ed uno spiraglio con la Cgil" e "Gli aderenti allo Spi-Cgil non sono mai colpiti da malattie invalidanti?", n. 121, 1998; "Anziani cronici non autosufficienti: l'autolesionismo di Cgil, Cisl e Uil, e le nefaste conseguenze per tutti i cittadini", n. 122, 1998; Andrea Bartoli, "D'abbandono si muore: lettera aperta ai sindacalisti e alla coscienza delle donne e degli uomini", n. 124, 1998; "Perché l'Inca-Cgil ignora il diritto dei vecchi malati cronici non autosufficienti alle cure sanitarie?", n. 127, 1998; "La Federazione dei pensionati Cisl continua a ignorare le esigenze e i diritti degli anziani cronici non autosufficienti", n. 130, 2000; "Regioni, Asl e Comuni violano da anni i diritti degli anziani malati cronici, ma il Segretario generale della Uil pensionati attacca il Csa", n. 133, 2001; "Informazioni utili per gli iscritti al Sindacato con familiari anziani cronici non autosufficienti" e "Perché i metalmeccanici vogliono 50 mila lire al mese in più e sono disposti a versare 2-3 milioni?", n. 134, 2001; "Quando apriranno gli occhi i Sindacati dei pensionati" e "Fra il dire e il non fare del Patronato Inca c'è di mezzo il mare di due milioni (per il solo 1999) di nuovi poveri", n. 137, 2002; "Le inaccettabili iniziative concernenti gli adulti non autosufficienti colpiti da patologie invalidanti e le disastrose conseguenze dell'integrazione sociosanitaria: occorre ripartire dalle esigenze e dai diritti", n. 139, 2002; "Il Sindacato pensionato Cgil continua ad ignorare i gravissimi problemi degli anziani cronici non autosufficienti", n. 142, 2003; "Solo parziale la memoria della Federazione dei pensionati Cisl", n. 147, 2004; "L'accordo fra il Comune di Pavia ed i Sindacati Cgil, Cisl e Uil sui contributi economici viola le leggi vigenti", n. 149, 2005.

[16] A nostro avviso le dimissioni sono selvagge nei casi in cui il soggetto malato necessita ancora di cure sanitarie.

[17] Il Comitato ha sede presso la Fondazione promozione sociale, via Artisti 36, 10124 Torino, tel. 011.812.44.69, fax 011.812.25.95, e-mail info@fondazionepromozionesociale.it.

[18] Cfr. "Che cosa fare per evitare le dimissioni dagli ospedali degli anziani cronici non autosufficienti: quindici anni di esperienze, *Prospettive assistenziali*, n. 113, 1996.

[19] Il primo comma dell'articolo 15 della legge 328/2000 di riforma dell'assistenza è così formulato: «*Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti (...)*». Le stesse espressioni sono contenute nell'articolo 22 della stessa legge.

[20] Si veda in questo numero l'articolo "Un importante convegno sui contributi economici richiesti ai parenti degli anziani cronici non autosufficienti".

[21] Cfr. "Diritto alle cure sanitarie: la Uil fornisce informazioni errate", *Prospettive assistenziali*, n. 151, 2005. Nello stesso sito è inserita un'altra notizia falsa. Infatti viene affermato che quando «*il primario dispone le dimissioni del paziente, questo anche se non è d'accordo, è costretto a lasciare l'ospedale*». Le leggi, invece, come vedremo anche in seguito, prevedono la possibilità di presentare opposizioni

[22] Come abbiamo precisato in precedenza, le norme costituzionali non consentono la creazione di fondi nazionali con specifici vincoli di destinazione.

[23] Si tratta delle norme che vengono utilizzate dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti per la presentazione delle opposizioni alle dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate, opposizioni che finora sono sempre state accolte.

[24] Cfr. "Bozza di proposta di legge sulle cure sanitarie domiciliari", *Prospettive assistenziali*, n. 140, 2002 e "Cure sanitarie domiciliari: una proposta di legge presentata alla Regione Piemonte", *Ibidem*, n. 142, 2003.

[25] Cfr. i seguenti articoli apparsi su *Prospettive assistenziali*: "Proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare", n. 123, 1998; "Seconda proposta di delibera sul volontariato intrafamiliare rivolto ai congiunti colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza", n. 124, 1998; "Approvata la prima delibera sul volontariato intrafamiliare", n. 133, 2001; Mauro Perino, "Volontariato intrafamiliare: dalla sperimentazione alla regolamentazione definitiva", n. 144, 2003. Anche il Consiglio comunale di Torino, con delibera 26 settembre 2005 ha riconosciuto il volontariato intrafamiliare.

[26] Non si comprende che cosa possano fare i servizi socio-sanitari per l'adeguamento e il miglioramento dei servizi abitativi, visto che si tratta di una competenza degli Assessorati all'edilizia, nonché delle Agenzie territoriali per la casa (già Iacp).

[27] Per quanto riguarda la situazione attuale, ci riferiamo in primo luogo alle vigenti leggi sanitarie e dell'accordo intervenuto con la Regione Piemonte, di cui alla già citata delibera della Giunta regionale n. 17-15226 del 30 marzo 2005.