

UNA INSENSATA E INGANNEVOLE PROPOSTA DI LEGGE SULLA NON AUTOSUFFICIENZA PRESENTATA DALL'ON. FIORONI E DA ALTRI 92 DEPUTATI

Ancora una volta (1) è stata presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge, nel caso in esame la n. 5319 "Istituzione del Fondo per la non autosufficienza" del 27 giugno 2012, in cui volutamente è stato omesso di segnalare le leggi vigenti in materia, fornendo pertanto notizie false a tutti coloro (istituzioni, organizzazioni sindacali e sociali, cittadini) che operano nel settore o ne sono coinvolti o interessati.

La gravissima omissione, tempestivamente segnalata ai succitati Parlamentari dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) riguarda non solo i Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (decreto de Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002), ma anche le altre leggi approvate dal Parlamento.

In particolare il Csa ha informato l'On. Fioroni e gli altri Parlamentari che era destituita di ogni fondamento la frase contenuta nella relazione della proposta di legge in oggetto in cui viene affermato che «a fronte di una situazione ormai al limite del drammatico non sono venute fino ad ora risposte convincenti» e che «per sostenere questa falsa tesi, nella relazione non si fa

(1) Come avevamo precisato nell'articolo "I finanziamenti pubblici per le strutture residenziali socio-sanitarie dei soggetti con handicap non devono essere erogati ai privati", pubblicato sul n. 174, 2011 di questa rivista, nella proposta di legge n. 2024 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive di sostegno familiare", presentata alla Camera dei Deputati dall'On. Livia Turco e da altri 79 Parlamentari il 28 dicembre 2008, è stata omessa la segnalazione delle norme vigenti riguardanti i Lea, nonché quelle contenute nel regio decreto 773/1931. Mentre nella proposta n. 2024, allo scopo di erogare ai privati ben 150 milioni di euro all'anno per la creazione di strutture residenziali, si sostiene che le persone con handicap grave non sono tutelate dalle leggi vigenti nei casi in cui i congiunti non sono più in grado di assicurare la loro permanenza a domicilio, in base alle disposizioni sopra citate dette persone hanno il diritto pienamente e immediatamente esigibile all'accoglienza presso strutture residenziali che, a nostro avviso, dovrebbero essere comunità alloggio di 8-10 posti al massimo, non raggruppate fra di loro e inserite nel vivo del normale contesto abitativo. Da notare che, in base alle norme vigenti comprese quelle del sopra citato regio decreto 773/1931, gli oneri del ricovero erano e sono esclusivamente a carico delle personali risorse economiche del soggetto con handicap grave.

– fatto gravissimo – alcun cenno alle leggi approvate dal Parlamento:

- la n. 841/1953 che ha riconosciuto ai pensionati del settore pubblico e ai loro congiunti conviventi di qualsiasi età il diritto alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata, anche nei casi di patologie croniche;

- la n. 692/1955 che ha sancito identici diritti ai pensionati del settore privato e ai loro congiunti conviventi di qualsiasi età;

- n. 132/1968 il cui articolo 29 stabiliva che i posti letto degli ospedali devono essere previsti per i malati acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti;

- n. 833/1978 in cui è stabilito dall'articolo 2 che le prestazioni devono essere fornite a tutti i malati qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata delle malattie».

Il Csa aveva puntualizzato altresì che il Parlamento aveva imposto con le sopra citate leggi 841/1953 e 692/1955 «un rilevante aumento degli oneri previdenziali a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, oneri mai abrogati o ridotti» per cui «il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata è stato ed è garantito agli anziani cronici non autosufficienti che hanno versato e versano tuttora contributi previdenziali aggiuntivi».

Inoltre il Csa aveva evidenziato che nella proposta di legge n. 5319 «nulla viene detto in merito alle numerose attività attualmente svolte dal Servizio sanitario per quanto concerne le cure socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali (in particolare i centri diurni per le persone colpite da demenza senile) e residenziali (Rsa, Residenze sanitarie assistenziali e strutture analoghe)».

Nelle comunicazioni indirizzate all'On. Fioroni e agli altri Parlamentari firmatari del disegno di legge n. 5319, il Csa non solo aveva ricordato le dichiarazioni rilasciate dal Ministro della sanità Renato Balduzzi sui diritti attualmente esigibili da parte delle persone non autosuffi-

cienti, ma li aveva altresì informati in merito alla sentenza del Tribunale civile di Firenze, terza Sezione, n. 2866/2012, emessa l'8 agosto 2012 (2) e depositata in Cancelleria il 13 successivo in cui viene precisato che un anziano malato cronico non autosufficiente «è stato inserito nella Rsa a cura dei servizi sociali del Comune proprio perché avente diritto – avendo tutti i requisiti previsti dalla legge – ad una particolare prestazione socio-sanitaria (ricompresa nei c.d. Livelli essenziali di assistenza), prestazione che per legge l'ente pubblico gli deve garantire, anche se può farlo direttamente, oppure mediante strutture private all'uopo convenzionate» (3).

Ai succitati Parlamentari il Csa aveva altresì evidenziato che il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti da anni fornisce consulenze gratuite alle persone che, in attuazione delle leggi vigenti, non accettano le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone con demenza senile che, per qualsiasi motivo, compresa l'indisponibilità dei congiunti, non sono curabili a domicilio, ottenendo in tutti i casi (finora alcune migliaia) la non effettuazione delle dimissioni e il trasferimento dell'infermo a cura e spese dell'Asl presso una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale), con il pagamento della quota sanitaria da parte della stessa Asl (4).

Da osservare altresì che nella proposta di legge in oggetto vengono citati gli articoli 3, 38, 117 e 119 della Costituzione, ma non il 32 riguardante il diritto alle cure sanitarie, come se le persone non autosufficienti a causa di patologie e/o handicap invalidanti non avessero in via prioritaria la necessità di diagnosi tempestive, di terapie corrette e di misure volte alla massima riduzione possibile del dolore, dando

(2) La proposta di legge n. 5319 reca la data del 27 giugno 2012, ma il testo definitivo è stato reso noto solo nel mese di ottobre 2012. Nel frattempo i presentatori avevano la possibilità di introdurre modifiche al testo e alla relazione.

(3) Ricordiamo che le norme sui Lea riguardano sia i malati cronici non autosufficienti, sia i soggetti con handicap grave aventi limitata o nulla autonomia.

(4) Il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti fornisce anche consulenza per ottenere dalle Asl e dai Comuni le occorrenti prestazioni domiciliari. Al riguardo si veda l'articolo "Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente", *Prospettive assistenziali*, n. 169, 2010.

in tal modo spazio a coloro – e sono ancora numerosi – che considerano l'inguaribilità come sinonimo di incurabilità.

La frase contenuta nel primo comma dell'articolo 2 della proposta in oggetto: «*Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza*» è quasi identica a quella riportata nell'articolo 15 della legge 328/2000, pressoché ovunque totalmente disapplicata per quanto riguarda i malati cronici.

Rileviamo altresì che la disposizione inserita nel secondo comma dell'articolo 2 «*Le prestazioni assistenziali sono garantite dalla presente legge al titolo della minorazione (...) non sono sostitutive di quelle sanitarie e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria*» contrasta nettamente con l'unitarietà degli interventi socio-sanitari previsti dai Lea e soprattutto con i contenuti della Risoluzione n. 8-00191 approvata all'unanimità l'11 luglio 2012 dalla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati.

Certamente resta aperta la questione del finanziamento delle attività attribuite dai Lea ai Comuni, ma questo aspetto non può essere risolto separando gli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali per quanto concerne, in particolare, l'accesso alle prestazioni, il funzionamento dei servizi, l'entità delle erogazioni.

A questo riguardo il secondo comma dell'articolo 2 della proposta in oggetto stabilisce che le prestazioni assistenziali devono essere «*commisurate al livello di gravità*» della minorazione.

A nostro avviso si tratta di una indicazione sbagliata in quanto l'intensità degli interventi deve essere individuata sulla base delle esigenze globali del soggetto soprattutto in relazione all'insieme delle prestazioni da assicurare e senza ignorare i quasi sempre prevalenti bisogni sanitari.

Segnaliamo infine che nella proposta n. 5319 non vi sono né azioni volte ad assicurare diritti esigibili, né misure dirette a garantire la priorità delle cure domiciliari.

Inoltre – altro fatto gravissimo – l'On. Fioroni e gli altri Parlamentari hanno stabilito di porre a

carico dei congiunti delle persone non autosufficienti oneri non previsti dalle leggi vigenti.

Infatti il quarto comma dell'articolo 2 (5) prevede che «*per i soggetti che sono riconosciuti non autosufficienti dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età gli importi relativi al 1° e 2° livello di gravità sono decurtati del 30 per cento in caso di alto reddito familiare in*

(5) Il terzo comma dell'articolo 2 dispone l'individuazione di tre (non precisati!) livelli di gravità a cui dovrebbero corrispondere i seguenti importi mensili: a) 1° livello: 490 euro, indennità di accompagnamento; b) 2° livello: 900 euro, assegno di cura; c) 3° livello: 1.200 euro, assegno di cura.

base all'indicatore della situazione economica equivalente (Isee)» (6).

Conclusione

Com'è stato richiesto dal Csa è auspicabile che l'On. Fioroni e gli altri Parlamentari ritirino la proposta di legge n. 5319 e operino attivamente per la concretizzazione delle positive indicazioni contenute nella sopra ricordata Risoluzione della Camera dei Deputati n. 8-00191.

(6) La definizione di «*alto reddito familiare*» è assegnata all'emanazione di un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Manifesto dei valori a tutela delle persone non autosufficienti *(segue da pag. 42)*

superano i Lea, sia per quantità che per qualità. Tutto il risparmio previdenziale dovrebbe godere di incentivazioni fiscali, anche quello volto ad assicurare gli extra rispetto ai Lea ed a maggior ragione quello che finanzia le cure e l'assistenza a lungo termine;

➤ **richiamare il Governo al rispetto ed alla piena applicazione** di quanto previsto dall'articolo 38 della Carta costituzionale, nonché di quanto sancito dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità;

➤ **richiamare il Governo centrale e periferico al dovere di rendersi garante dei diritti di cittadinanza e dei diritti sociali** di tutti i cittadini e, in particolare, di quelli più deboli e in condizione di marginalità, e di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, migliorando le prestazioni per le persone con disabilità e non autosufficienti;

➤ **trovare nel lavoro quotidiano dei centri dei servizi alla persona le strade possibili di**

innovazione e creatività, a partire dalla relazione con il territorio, il vicinato e le famiglie, a parità di impiego di risorse economiche, puntando sul c.d. capitale umano, offrendo formazione e informazione perché tutti coloro che sono disposti ad offrire aiuto siano in grado di farlo nel migliore dei modi possibili: "Aiutati, aiutaci e troverai chi ti aiuta". In tal modo si può correttamente rispondere alla attuale provocazione della scarsità delle risorse e della difficile sostenibilità del sistema per il futuro;

➤ **valorizzare**, in tale direzione, **le buone pratiche ed i processi di benchmarking**, ai quali deve essere riconosciuto un forte potenziale, in particolare nei processi di promozione della cultura del sociosanitario e nei progetti innovativi. Promuovere quella comunità di pratica volta a facilitare e rafforzare le relazioni di solidarietà reciproca, di scambio, di ricerca di nuove opportunità, superando logiche spesso discriminanti anche su tale versante.

MASSIMILIANO GIONCADA, **Diritto dei servizi sociali per assistenti sociali, psicologi, educatori, avvocati**, Maggioli Editore, Rimini, 2011, pag. 777, euro 58.00

Testo pratico completo e operativo. L'obiettivo è fornire all'assistente sociale, allo psicologo, all'educatore e a tutti gli altri operatori sociali e socio-sanitari, le nozioni giuridiche di base sui temi della responsabilità giuridica, certo, ma anche su tutte le tematiche più delicate e spinose dell'esercizio della professione. E così, solo per fare qualche esempio, si chiariscono i confini e i termini del segreto professionale, si spiega la logica e la pratica della segnalazione all'Autorità giudiziaria e dell'obbligo di denuncia, si mette a fuoco la compartecipazione alle spese degli utenti anziani e disabili, e così via. È quindi un manuale che nasce dalle concrete esigenze operative del quotidiano. Con questa seconda edizione viene ampliata e aggiornata la sezione sulla responsabilità di tutti gli operatori. Inoltre, viene dedicato ampio spazio alla normativa sul trasporto scolastico, sui trattamenti sanitari quando riguardano un minore (responsabilità, consenso informato, comunicazioni alle autorità, ecc.), come pure ai numerosi aggiornamenti giurisprudenziali relativi all'amministratore di sostegno e alla responsabilità per danno procedimentale.