

1990. PROPOSTE DI LEGGE REGIONALI DI INIZIATIVA POPOLARE SUL RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI *

FRANCESCO SANTANERA

Contro il diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti era arrivata un'altra pesante batosta a seguito della relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano, istituita il 17 marzo 1988, in cui veniva sostenuto che i ricoveri ospedalieri degli anziani malati cronici non autosufficienti «*rap-presentano un'enorme dissipazione di risorse pubbliche*» con la precisazione che, mentre «*l'intero costo delle degenze ospedaliere grava*

sul contribuente, (...) nelle residenze sanitarie assistenziali la parte della spesa di natura socio-assistenziale può essere largamente coperta dagli anziani ivi ricoverati, con l'eventuale concorso delle famiglie» (1).

Altra situazione allarmante era costituita dalla posizione assunta dal Coordinamento naziona-

* Trentottesimo articolo sulle attività svolte dal volontariato dei diritti e sui risultati raggiunti. I precedenti articoli pubblicati su questa rivista riguardano: "La situazione dell'assistenza negli anni '60: 50mila enti e 300mila minori ricoverati in istituto" n. 163, 2008; "L'assistenza ai minori negli anni '60: dalla priorità del ricovero in istituto alla promozione del diritto alla famiglia", n. 164, 2008; "Anni '60: iniziative dell'Anfaa per l'approvazione di una legge sull'adozione dei minori senza famiglia", n. 165, 2009; "I minori senza famiglia negli anni '60: rapporti internazionali e appello dell'Anfaa al Concilio ecumenico Vaticano II", n. 166, 2009; "1964: presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 167, 2009; "Le forti opposizioni alla proposta di legge 1489/1964 sull'adozione legittimante", n. 168, 2009; "Altre iniziative dell'Anfaa per l'approvazione dell'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 169, 2010; "Finalmente approvata la legge 431/1967 sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 170, 2010; "Riflessioni in merito alla svolta socio-culturale promossa dall'adozione legittimante e dal volontariato dei diritti", n. 171, 2010; "Le travagliate prime applicazioni della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante", n. 172, 2010; "Azioni intraprese dall'Anfaa e dall'Uipdm per l'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 173, 2011; "Ulteriori azioni dell'Anfaa e dell'Uipdm per la corretta applicazione della legge 431/1967 sull'adozione speciale e per l'adeguamento funzionale dei Tribunali e delle Procure per i minorenni", n. 174, 2011; "Sollecitazioni e denunce dell'Anfaa e dell'Uipdm per superare le resistenze frapposte all'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 175, 2011; "Altri impulsi dell'Anfaa e dell'Uipdm per la piena e tempestiva realizzazione della legge sull'adozione speciale", n. 176, 2011; "Esperienze in merito alle contribuzioni economiche illegittimamente imposte dagli Enti pubblici del settore socio-sanitario", n. 177, 2012; "Vertenze del Csa contro le illegali richieste di contributi economici ai congiunti degli assistiti", n. 178, 2012; "Altre iniziative del Csa per ottenere il rispetto delle leggi relative alle contribuzioni economiche", n. 179, 2012; "Proseguono le azioni del Csa per la corretta attuazione delle norme vigenti in materia di contribuzioni economiche", n. 180, 2012; "L'assurda e deleteria sentenza della Corte di Cassazione n. 481/1998 sulle contribuzioni economiche" n. 181, 2013; "Il decreto legislativo 130/2000 sulle contribuzioni economiche: un'altra importante conquista del volontariato dei diritti", n. 182, 2013; "Contributi economici illegittimi: ulteriori azioni del Csa volte ad ottenere il rispetto delle leggi vigenti", n. 183, 2013; "Dopo anni di iniziative intraprese dal Csa il Consiglio di Stato con-

ferma le nostre posizioni sui contributi economici", n. 184, 2013; "Attività svolte dall'Ulces e dal Csa negli anni '70 a difesa delle esigenze e dei diritti della fascia più debole della popolazione" n. 185, 2014; "L'allucinante situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti riscontrata dall'Ulces e dal Csa negli anni '70", n. 186, 2014; "Prime iniziative avviate negli anni '70 dall'Ulces e dal Csa a difesa del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "1978: presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida ma contestata proposta di legge di iniziativa popolare su sanità e assistenza", n. 188, 2014; "1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale e del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti", n. 189, 2015; "1979: la Regione Emilia Romagna tira la volata contro il già allora vigente diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere gratuite", n.190, 2015; "Ulteriori azioni dell'Ulces e del Csa a difesa delle esigenze e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 191, 2015; "1983. Anziani non autosufficienti: mentre continuano le illegittime e disumane dimissioni dagli ospedali il Parlamento approva una legge per i cittadini malati cronici illustri", n. 192, 2015; "Due devastanti iniziative contro le esigenze degli anziani malati cronici non autosufficienti: documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 e decreto Craxi dell'8 agosto 1985", n.193, 2016; "1985. Istituito a Torino il primo servizio pubblico di ospedalizzazione a domicilio dei malati acuti e cronici: un'altra conquista del volontariato dei diritti", n.194, 2016; "1986. La prima volta della lettera di opposizione alle dimissioni, ancora oggi unico strumento valido per ottenere la continuità terapeutica negata dalle Asl", n. 195, 2016; "1987: il Ministro della sanità non smentisce il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata", n. 196, 2016; "1988. Il filosofo Norberto Bobbio e il cardinale Carlo Maria Martini sostengono l'azione del Csa diretta contro l'eutanasia da abbandono degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile", n. 197, 2017; "1988: un piccolo ma importante risultato positivo ottenuto dal Csa a tutela del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile", n. 198, 2017; "1989-90: iniziative del Csa contro le istituzioni che continuano a non riconoscere agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile il diritto alle cure sanitarie", n. 199, 2017.

(1) Cfr. gli articoli "Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano", *Prospettive assistenziali*, n. 82, 1988 e "Inchiesta del Senato sulla condizione degli anziani: metodologia distorta e conclusioni inaccettabili", *Ibidem*, n. 88, 1989. La Commissione, composta da ben 24 Senatori, non aveva preso in considerazione la situazione degli anziani che

le degli Assessori regionali all'assistenza che, in un documento predisposto dall'Assessore all'assistenza della Regione Emilia Romagna, Elsa Signorino del Partito comunista italiano, aveva richiesto che le strutture relative ai 140 mila posti letto, finanziati dalla legge n. 67/1988 «prevalentemente per anziani non autosufficienti», fossero assegnate alla competenza del settore dell'assistenza sociale (2). Pertanto veniva negata la condizione di malati degli anziani non autosufficienti, non veniva riconosciuto il loro diritto esigibile alle cure sanitarie domiciliari e residenziali ed erano confinati nel comparto dell'assistenza sociale caratterizzato non solo dall'assenza di diritti, ma anche da obblighi anche economici a carico del soggetto interessato e dei suoi congiunti (3).

Inoltre il Comune di Modena, con la collabora-

vivevano a casa loro (secondo i dati Istat alla data del 1° gennaio 1987 su 7.664.066 persone di età superiore ai 65 anni, solo 135.353, e cioè l'1,77% erano ricoverati in istituti di assistenza per autosufficienti e non autosufficienti). La Commissione aveva altresì ommesso di ricordare che, in base alle leggi 841/1953 e 692/1955, era stato sancito il diritto dei pensionati dei settori pubblico e privato, colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, nonché dei loro congiunti conviventi di qualsiasi età, alle cure gratuite e senza limiti di durata, comprese quelle ospedaliere e che contemporaneamente il Parlamento aveva aumentato i contributi, allora definiti previdenziali, a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro. Detti contributi erano stati ulteriormente incrementati – e finora mai ridotti – dalla legge 386/1974. La Commissione aveva inoltre volutamente ignorato l'articolo 2 della legge 833/1978 in cui era (ed è ancora) sancito che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata». Infine la Commissione non aveva rilevato l'estesissima violazione della legge 833/1978, praticata in tutto il nostro Paese mediante il ricovero degli anziani malati cronici non autosufficienti negli istituti di assistenza sociale, con oneri a carico degli utenti e – altra violazione delle norme vigenti – dei loro congiunti. In concreto la Commissione parlamentare aveva creato le basi per l'emanazione del decreto del 29 novembre 2001 sui Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in base al quale è stato istituito il settore socio-sanitario di serie B, sono state create condizioni molto negative per l'ammissione alle prestazioni sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti ed è stata imposta la loro compartecipazione economica per i ricoveri nelle Rsa. In linea con le sconcertanti conclusioni della Commissione parlamentare era l'indagine del Comitato scientifico del Labos, Laboratorio per le ricerche sociali (cfr. Francesco Santanera, "Ricerca Labos sugli anziani non autosufficienti: metodologia e conclusioni fuorvianti", n. 82, 1988).

(2) Cfr. l'articolo "Le profonde contraddizioni del Pci in materia di anziani malati cronici non autosufficienti", *Ibidem*, n. 88, 1989.

(3) Numerose istituzioni, fra cui i Comuni dell'Emilia Romagna, imponevano contributi economici assai pesanti, interpretando illegittimamente gli articoli 433 e seguenti del Codice civile. Come ho già segnalato nel mio articolo pubblicato sul n. 190/2015 di questa rivista, nessun ripensamento aveva destato la notizia dei due genitori ricoverati nella Casa di riposo di Bagnocavallo (Ravenna) che si erano «lasciati morire, hanno smesso di mangiare e a un certo momento se ne sono andati», per evitare che i loro figli fos-

zione dell'Asl cittadina e della Regione Emilia Romagna, aveva organizzato il convegno "Anziani non autosufficienti: programmazione, gestione e valutazione dei servizi residenziali e diurni", svoltosi nella stessa città di Modena nei giorni 7 e 8 febbraio 1990, in cui il Sottosegretario alla sanità, On. Marinucci, aveva dichiarato che non era ancora stato deciso dal Governo se la gestione dei 140 mila posti letto sarebbe stata affidata al Servizio sanitario oppure al settore socio-assistenziale. Al riguardo l'Assessore del Comune di Modena, Mariangela Bastico, aveva sostenuto che gli anziani non autosufficienti non erano persone malate in quanto "stabilizzate" e pertanto avevano bisogno fundamentalmente di una buona assistenza/badanza (4), nonostante che nella relazione tenuta da Roberta Francia e da Luciano Belloi della Cattedra di geriatria dell'Università di Modena fosse stato evidenziato che, su mille anziani ricoverati in strutture protette, il 90% non era autosufficiente e che le patologie più frequenti erano le malattie cardiovascolari, la demenza, l'ictus e la psicosi. Inoltre era stato segnalato che, in media, a detti infermi erano forniti 2 minuti al giorno di medico, nonostante che il 30% dei non autosufficienti presentassero «distrofie cutanee e piaghe da decubito e il 22% disturbi della cognitività fino all'aggressività».

Si estende l'eutanasia da abbandono

La situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti era agghiacciante: di fatto tutte le volte che era possibile veniva praticata, in quasi tutte le zone del nostro Paese e spesso con vera e propria crudeltà, l'eutanasia da abbandono, realizzata negando la condizione di malati degli anziani malati cronici non autosufficienti (5).

sero costretti a versare somme per la loro degenza, somme fra l'altro imposte in violazione delle leggi vigenti.

(4) Cfr. l'articolo di questa rivista "La Regione Emilia Romagna e il Comune di Modena rilanciano le case protette assistenziali per gli anziani malati non autosufficienti", n. 90, 1990. Da notare che gli organizzatori avevano destinato al dibattito solo gli ultimi 30 minuti dell'ultimo giorno e che negli atti non erano stati inseriti gli interventi non allineati alla posizione del Comune di Modena svolti da Graziana Delpierre, Segretaria nazionale della Uil Pensionati e da Maria Grazia Breda del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, come segnalato nell'articolo "Anziani cronici non autosufficienti: il Comune di Modena ha sempre ragione", n. 92, 1990.

(5) Cfr. "I dementi senili sono pazienti a carico del Servizio sani-

Ad esempio a Genova la signora L. P., una pensionata di 73 anni, vedova senza figli residente a Prà, dimessa dall'ospedale di Campoligure «per oltre sette ore è stata sbalottata a bordo di una autoambulanza alla ricerca di un posto per tutti gli ospedali dell'8ª Usl per approdare infine al Martinez di Pegli» (6).

In sostanza gli ospedali e le case di cura private non solo cercavano in tutti i modi di non ricoverare gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile, ma li dimettevano appena terminate le fasi acute delle malattie e spesso anche prima.

Scarsi risultati ottenuti dai documenti e dal convegno del 20-21 maggio 1988

Numerose e qualificate adesioni erano state ottenute in merito ai documenti "Diritti ed esigenze delle persone gravemente non autosufficienti", presentato nella sala Cenacolo della Camera dei Deputati il 10 maggio 1987, "Criteri guida per gli interventi sanitari relativi alle persone gravemente non autosufficienti e indicazioni in merito agli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali" e "Per una cultura degli interventi sociali domiciliari e territoriali in alternativa al ricovero", i cui testi sono pubblicati sui n. 75, 1986, 79, 1987 e 85, 1989 di que-

tario nazionale", *Prospettive assistenziali*, n. 87, 1989 e il mio articolo "Dementi da buttare", pubblicato sul n. 9-10, 1989 della rivista "Alzheimer Longevità Geriatria". Ricordo anche, come avevo già segnalato nell'articolo pubblicato sul n. 199/2017, che nella delibera del Consiglio regionale del Piemonte del 31 luglio 1986 n. 245-11964 era previsto che gli interventi residenziali per gli inesistenti soggetti non autosufficienti "non malati" fossero di competenza del settore socio-assistenziale, mentre per quelli "malati" le prestazioni dovevano essere assicurate a cura e spese del Servizio sanitario nazionale.

(6) Cfr. "Il Lavoro" del 9 novembre 1989 e l'articolo "Dimissioni ospedaliere criminali: l'indignazione non basta", pubblicato nella rubrica "Specchio nero" del n. 88, 1989 di questa rivista. La drammatica situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti è comprovata, ad esempio dagli articoli pubblicati su questa rivista il cui elenco è riportato alla nota 10 dell'articolo "1987: il Ministro della sanità non smentisce il diritto esigibili degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata", pubblicato sul n. 196, 2016 di questa rivista. Nell'articolo venivano segnalati altri due tragici avvenimenti: la signora C. C. di 93 anni morta sull'autostrada Genova-Savona a bordo di un'ambulanza che la trasportava all'ospedale di Pietra Ligure dopo che i tre ospedali di Genova l'avevano respinta; la signora M. C. di 82 anni che per tre ore era rimasta a soffrire su una barella del Pronto Soccorso di Pegli, scossa da fortissime convulsioni prodotte da dolori lancinanti. Per la difesa dei loro diritti la sezione di Genova Ponente dell'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, era intervenuta, mentre nessuna iniziativa era stata assunta dalle organizzazioni di volontariato e dal Tribunale per i diritti del malato della zona.

sta rivista. Di particolare rilevanza erano anche stati il convegno organizzato dalla Fondazione Zancan svoltosi a Serramaggiore (Modena) dal 22 al 26 novembre 1987 sul tema "I diritti negati degli anziani non autosufficienti" (7), e quello di Milano del 20-21 maggio 1988 promosso da Prospettive assistenziali, Centro studi e programmi sociali e sanitari, Fondazioni Costantini e Zancan, Istituto per gli studi sui servizi sociali e Federazione della Lombardia del Movi, Movimento di volontariato italiano sul tema "Anziani cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi", con relazioni, fra gli altri, di Carlo Maria Martini, Norberto Bobbio, Fabrizio Fabris, Pietro Rescigno, Massimo Dogliotti, Luigi Pernigotti e Enrico Pascal già ricordato nel mio articolo apparso sul n. 197, 2017 di questa rivista (8). Molto importante anche l'articolo di Padre Giacomo Perico "Anziani cronici non autosufficienti: rilievi giuridici legislativi e note etico-sociali", pubblicato nel n. 7-8, 1988 di "Aggiornamenti sociali", rivista dei Padri gesuiti e quello di Mons. Giovanni Nervo "Interventi domiciliari per gli anziani cronici non autosufficienti: una priorità per utenti, familiari, amministratori, operatori e volontari", riportato sul n. 87, 1989 di questa rivista.

Aumento delle opposizioni alle dimissioni

Nello stesso tempo si andavano estendendo le opposizioni alle dimissioni di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone con demenza senile da ospedali e da case di cura private, con il risultato di ottenere sempre dalle Asl – seguendo le indicazioni del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti – la continuità delle cure sanitarie.

Tuttavia la maggior parte degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile continuava ad essere dimessa selvaggiamente da ospedali e da case di cura

(7) Cfr. l'articolo "Lineamenti per una carta dei diritti dell'anziano non autosufficiente", n. 81, 1988.

(8) Gli atti del convegno, al quale avevano aderito la Caritas italiana, il Coordinamento italiano del volontariato, il Gruppo italiano di studio di terapia geriatrica, la sede nazionale del Movi, le Segreterie nazionali dei pensionati Cgil, Cisl e Uil, la Società italiana geriatria ospedaliera e la Società italiana medici e operatori geriatrici, sono stati pubblicati da Rosenberg & Sellier nel volume "Eutanasia da abbandono: nuovi orientamenti culturali e operativi".

private senza assicurare la prosecuzione delle cure sanitarie. Infatti avevano purtroppo trovato, non solo dalle Regioni, dalle Asl e dalle Aziende ospedaliere, favorevole accoglienza, anche da parte di autorevoli esponenti (ad esempio il sociologo Achille Ardigò), il documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 e il decreto Craxi dell'8 agosto 1985 (9).

A parte le adesioni strumentali ai convegni, forte era stata (e purtroppo lo è tuttora!) l'opposizione dei Sindacati, in particolare delle strutture dei Pensionati, al diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti (10).

Allarmante era stato anche il rientro in servizio, come se nulla fosse, degli operatori della Casa di riposo di Mestre, una istituzione pubblica di assistenza e beneficenza (Ipab), che avevano inferto agli anziani ivi ricoverati violenze inaudite (11).

Inoltre, nettamente contrastanti con le esigenze sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti erano state le iniziative della Regione Emilia Romagna in attuazione delle posizioni del Partito comunista italiano. Infatti, con il pieno appoggio dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, la Regione Emilia Romagna aveva approvato la legge n. 30/1979 al preciso scopo di trasferire al settore dell'assistenza sociale (fondato allora e oggi sulla discrezionalità e sull'obbligo della compartecipazione economica alle spese degli utenti e dei congiunti) e quindi di affossare le norme della legge 833/1978 in cui veniva e viene stabilito (vedi la nota 1) che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*». Inoltre la stessa Regione Emilia Romagna ave-

(9) Cfr. gli editoriali del n. 68, 1984 e 72, 1985 di "Prospettive assistenziali" "Tutto è pronto per una nuova emarginazione di massa" e "Un decreto per l'emarginazione di massa dei più deboli".

(10) Cfr. l'editoriale del n. 75, 1986 di questa rivista "Il Sindacato pensionati Cgil contro il diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere", nonché l'articolo "Il diritto degli anziani cronici alle cure ospedaliere: una lettera del Sindacato pensionati Cgil - La nostra risposta", n. 76, 1986. Ricordo nuovamente che nella lettera inviata al Csa il 30 luglio 1997 l'allora Segretario generale della Cgil, Sergio Cofferati, aveva affermato - incredibile ma vero - che «*essere anziani cronici non è una malattia*».

(11) Cfr. l'articolo "Il rientro in servizio degli aguzzini della casa di riposo di Mestre", *Ibidem*, n. 88, 1989.

va approvato altre leggi per sviluppare la creazione di strutture socio-assistenziali destinate anche agli anziani malati cronici non autosufficienti, finanziandone la relativa attuazione (12).

Infine occorre segnalare l'assoluta mancanza da parte delle Chiese di iniziative di difesa concreta delle esigenze terapeutiche e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti.

Proposte di legge di iniziativa popolare

Tenuto conto delle gravi sofferenze inferte a decine di migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti e dei loro congiunti, dalla violazione delle loro esigenze e valutati i risultati positivi ottenuti con la presentazione al Senato in data 21 aprile 1970 della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali" (raccolte oltre 220mila firme) che aveva determinato l'approvazione della legge 118/1971, contenente prestazioni a favore delle persone con disabilità, venne presa in considerazione la predisposizione di proposte di leggi regionali di iniziativa popolare.

Pertanto erano state approntate alcune bozze di proposte di legge, di cui ricordo in particolare quella per l'Emilia Romagna predisposta dal Tribunale per i diritti del malato di Parma (13) e, a seguito di numerosi incontri, era stato costituito un Coordinamento nazionale, che aveva elaborato il testo che riporto integralmente, considerato come riferimento per tutte le iniziative regionali e utilizzato per la presentazione al Consiglio regionale del Piemonte (14).

Testo della proposta di legge regionale di iniziativa popolare

Art. 1 (Servizi sanitari territoriali)

L'obiettivo principale della legge è quello di promuovere le cure sanitarie adeguate nei con-

(12) Cfr. i seguenti articoli di questa rivista: "Legge della Regione Emilia Romagna per l'attivazione di strutture socio-assistenziali", n. 63, 1983; "Valorizzazione delle Ipab e delle case protette - L'intervento del Comune di Modena e la replica della redazione", n. 68, 1984 e "Anche a Bologna gli anziani malati cronici non autosufficienti sono abbandonati dagli ospedali", n. 81, 1988.

(13) Cfr. "Disegno di legge di iniziativa popolare per la Regione Emilia Romagna per il riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali", n. 89, 1990.

(14) La relazione e il testo sono pubblicati sul n. 95, 1991.

fronti degli anziani cronici non autosufficienti.

Ferme restando le competenze specifiche degli ospedali, i servizi sanitari non ospedalieri rivolti agli anziani cronici non autosufficienti vengono erogati a livello domiciliare e distrettuale.

Gli interventi sanitari domiciliari si articolano, con diversi gradi di intensità, in:

- a) prestazioni mediche di base;
- b) prestazioni infermieristiche e riabilitative di base;
- c) consulenza geriatrica e specialistica;
- d) ospedalizzazione a domicilio.

Gli interventi sanitari a livello distrettuale, di tipo residenziale o semiresidenziale, sono erogati attraverso:

- a) centri diurni di distretto;
- b) day hospitals aggregati a divisioni ospedaliere o a distretti sanitari;
- c) residenze sanitarie assistenziali (Rsa).

I servizi sanitari domiciliari e distrettuali operano in stretto collegamento con i corrispondenti servizi socio-assistenziali territoriali.

Per realizzare l'obiettivo del mantenimento dell'anziano cronico non autosufficiente nell'ambito familiare essi si avvalgono anche di interventi volti a rendere compatibile l'ambiente abitativo con la disabilità dell'anziano. Rientrano fra questi interventi l'abbattimento di barriere architettoniche, l'allacciamento alla linea telefonica, la ristrutturazione di servizi igienici, la fornitura di letti antidecubito, l'applicazione di corrimano, ecc.

Art. 2 (Ospedalizzazione a domicilio)

Per ospedalizzazione a domicilio si intende l'intervento a domicilio di équipes ospedaliere che, o su richiesta del medico di famiglia o perché hanno avuto in carico l'anziano nel proprio reparto per patologie ad alto rischio invalidante, ne seguono, d'intesa con il paziente, la famiglia e il medico di base, l'evoluzione a domicilio al fine di non prolungare inutilmente il ricovero in ospedale, ottimizzando gli interventi riabilitativi e rendendo compatibili terapie complesse con il mantenimento o il reinserimento precoce in un ambiente familiare.

Le Ussl con proprio atto individueranno i reparti ospedalieri che, per effetto della specializzazione raggiunta e della tipologia prevalente dei loro ricoverati, dovranno realizzare le funzioni di dimissione protetta e di ospedalizzazione a

domicilio fornendo ad essi tutte le strutture, il personale e i supporti operativi necessari.

Il servizio di ospedalizzazione a domicilio può essere assicurato altresì da équipes operative territoriali delle Ussl, le quali devono essere in grado di fornire le prestazioni di cui al primo comma del presente articolo.

Nelle Ussl prive di strutture ospedaliere e di équipes territoriali, il servizio di ospedalizzazione a domicilio è istituito tramite convenzione con Ussl limitrofe o, qualora questa soluzione non sia realizzabile, mediante appositi rapporti convenzionali.

Entro e non oltre quattro mesi dall'approvazione della presente legge, la Regione deve emanare apposite norme per assicurare l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio da parte di tutte le Ussl.

Art. 3 (Residenze sanitarie assistenziali)

Le residenze sanitarie assistenziali (Rsa) sono presidi sanitari che assicurano prestazioni curative e riabilitative ad anziani cronici non autosufficienti attuando la massima integrazione con le risorse familiari e sociali del territorio. La loro programmazione e realizzazione fa riferimento a precisi ambiti territoriali: i quartieri, le circoscrizioni, i piccoli comuni.

Le Rsa devono rispettare alcuni standards strutturali e funzionali minimi:

- a) recettività non superiore a 40 anziani con articolazione in gruppi di 10;
- b) unità abitative singole per una o due persone, con superficie non inferiore a 24 mq, dotate ciascuna di veranda, servizio igienico completo, erogatore di ossigeno, citofono e telefono;
- c) servizi comuni costituiti da cucina dove possano essere confezionati e assunti i pasti; soggiorno di mq 32 per ogni gruppo di 10 anziani; palestra per le attività motorie e di riabilitazione; locali di socializzazione e di incontro con familiari, amici e volontari;
- d) giardino attrezzato di mq 100 ogni 10 anziani.

L'organico delle Rsa fa riferimento a quanto previsto dal decreto ministeriale 13 settembre 1988.

Nelle Rsa operano équipes ospedaliere o territoriali.

È vietata nelle Rsa la creazione di primariati.

L'Ussl garantisce il collegamento funzionale

fra ospedale e Rsa, anche al fine di favorire l'interscambio del personale fra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

Il ricovero degli anziani in Rsa in nessun caso deve essere considerato definitivo. Esso va invece utilizzato con flessibilità anche per periodi relativamente circoscritti e ripetibili nel tempo, secondo le reali esigenze dell'anziano e del suo contesto familiare.

Art. 4 (Comitato di partecipazione e controllo)

In ogni Rsa viene costituito un Comitato di partecipazione e controllo composto da una rappresentanza degli utenti, dei familiari, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e delle associazioni di volontariato presenti sul territorio. Il Comitato vigila sulla gestione delle Rsa e deve essere sentito prima di ogni provvedimento dell'Ussl che modifichi la struttura o l'organizzazione della Rsa stessa.

Le attività di socializzazione nelle Rsa vengono programmate e gestite dal competente servizio sociale territoriale in stretta collaborazione con le équipes e con il Comitato di partecipazione e controllo di cui al precedente comma.

La Regione assume, entro quattro mesi dall'approvazione della presente legge, un atto di indirizzo per dare attuazione alle norme di cui al presente articolo.

Art. 5 (Centri diurni)

I centri diurni di distretto sono strutture sanitarie che intervengono nei confronti degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, attuando programmi di cura, di riabilitazione e di socializzazione lungo l'arco di 8-12 ore giornaliere per 6 giorni alla settimana. Le prestazioni sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Art. 6 (Day Hospitals)

I day hospitals, aggregati ai reparti ospedalieri o ai distretti sanitari, sono servizi sanitari che erogano interventi di carattere diagnostico, curativo e riabilitativo di tipo specialistico. Le Ussl sono tenute ad elaborare entro quattro mesi un programma di attivazione di tali servizi dando priorità a quelli aggregati ai reparti di geriatria, pneumologia, cardiologia, oncologia, medicina, ortopedia.

Art. 7 (Unità di valutazione geriatrica)

Presso ogni distretto viene istituita una Unità di valutazione geriatrica (Uvg) con il compito di valutare le domande di prestazioni sanitarie e decidere i piani di intervento personalizzati al singolo anziano, tenuto conto di tutti i fattori sanitari e socio-ambientali.

Fanno parte della Uvg almeno:

- il medico di famiglia;
- il geriatra consulente;
- l'assistente sociale;
- il coordinatore della Rsa.

Art. 8 (Dimissioni ospedaliere)

I responsabili dei reparti ospedalieri e le direzioni sanitarie ospedaliere non possono dimettere anziani cronici non autosufficienti senza preventiva intesa con il degente, la famiglia, il medico di base e i servizi territoriali che devono garantire le prestazioni necessarie o a livello domiciliare o a livello distrettuale.

Deve essere garantita parità di diritto degli anziani cronici non autosufficienti nell'accesso alle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere attraverso sistemi di prenotazione e liste d'attesa controllabili dal diretto interessato e dal medico di fiducia.

La Regione emana, entro quattro mesi dall'approvazione della presente legge, apposite norme per regolamentare questa materia.

Art. 9 (Mobilità del personale)

Il personale di ruolo operante nelle case di riposo e direttamente impegnato nell'assistenza agli anziani cronici non autosufficienti può optare per l'inquadramento nei ruoli dell'Ussl a un livello pari a quello ricoperto all'interno dell'ente di provenienza. L'opzione riguarda il personale medico assunto a tempo indeterminato, le assistenti sociali, gli infermieri o infermiere professionali o generici, gli ausiliari, gli assistenti domiciliari, i tecnici della riabilitazione e gli addetti ai servizi tecnici e amministrativi.

Art. 10 (Finanziamento)

Alla costruzione o ristrutturazione delle residenze sanitarie assistenziali si procederà utilizzando quota parte del Fondo di 10.000 miliardi stanziato per il triennio 1989-1991, come anche il ricavato di alienazioni di beni patrimo-

niali delle Ussl precedentemente destinati a reparti per lungodegenza o strutture similari.

Le Ussl, entro quattro mesi dall'approvazione della presente legge, sono tenute a presentare alla Regione un piano generale di attivazione delle Rsa secondo i parametri di cui all'art. 3.

Art. 11 (Aventi diritto)

Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano agli adulti cronici non autosufficienti di qualsiasi età e patologia.

Art. 12 (Le Rsa per gli altri soggetti non autosufficienti)

Le Rsa per gli altri soggetti non autosufficienti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989 (handicappati, malati psichici, ecc) non possono avere una capienza superiore ai 10 posti, né possono essere accorpate fra di loro.

Ai soggetti di cui al comma precedente, se minorenni, si applicano le norme della legge 4 maggio 1983 n. 184 «*Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*».

Art. 13 (Divieto di esercizio di attività sanitarie)

Le case di riposo o strutture analoghe comunque denominate, pubbliche o private, non sono abilitate a erogare prestazioni sanitarie nei confronti di anziani cronici non autosufficienti.

Tale funzione viene assicurata dal Servizio sanitario nazionale attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere e in particolare attraverso la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa).

Art. 14 (Norme transitorie)

In via transitoria e per un periodo non superiore ai 3 anni dalla data di approvazione della presente legge, in attesa che le Ussl della Regione organizzino la rete delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa), le case di riposo o case protette, pubbliche o private, continueranno ad erogare le prestazioni diagnostiche, curative e riabilitative anche ai cittadini cronici non autosufficienti, con retta a totale carico del Fondo sanitario nazionale, previo accertamento da parte dell' Ussl della non autosufficienza e sempre che la struttura sia pubblica o convenzionata.

Al momento della attivazione delle Rsa, si procede al trasferimento dei cronici non autosufficienti dalle case di riposo in cui sono ricoverati, sempre che non sia possibile il loro rientro in famiglia.

Adesioni

Assai numerose e molto significative erano state le adesioni alla proposta di legge regionale di iniziativa popolare. Infatti al testo per il Piemonte avevano aderito: Norberto Bobbio, Filosofo e Senatore a vita; Achille Ardigò, Sociologo; Mons. Giovanni Nervo, Presidente della Fondazione Zancan; Don Giuseppe Piana, Docente di teologia; Alessandro Galante Garrone, Giurista; Mario Umberto Dianzani, Rettore dell'Università di Torino; Alberto Conte, Pro Rettore; Luigi De Rosa, Provveditore agli studi di Torino; Fabrizio Fabris, Direttore dell'Istituto di geriatria dell'Università di Torino; Gian Mario Bravo, Preside della Facoltà di scienze politiche; Ludovico Bergamini, Direttore dell'Istituto di clinica delle malattie del sistema nervoso e Preside della Società di neurologia; Franco Bolgiani, Facoltà di lettere e filosofia dell'Università di Torino; Nicola Tranfaglia, Dipartimento di storia dell'Università di Torino; Arnaldo Bagnasco, Dipartimento di scienze sociali dell'Università di Torino; Gastone Cottino, Università di Torino - Facoltà di giurisprudenza; Tilde Giano Gallino, Università di Torino, Facoltà di magistero; Luigi Ciotti, Coordinatore del Gruppo Abele; Luciano Tavazza, Presidente nazionale del Movimento di volontariato italiano; Roberto Lovera, Presidente Anapaca, Assistenza ammalati cronici; Carlo Trevisan, Esperto problemi sociali; Francesco De Barberis, Consiglio generale internazionale delle Società di S. Vincenzo de Paoli; Maria Luisa Addario Saroni, Direttore Scuola per assistenti sociali di Torino, Mariella Peirone, Direttore Scuola per educatori Firas; Associazione per la lotta contro le malattie mentali, Sezione di Torino; Centro per i diritti del cittadino Umberto Terracini di Torino e Moncalieri; Lega per i diritti dell'Uomo; Onmpic, Opera nazionale mutilati, poliomielitici e invalidi civili; Associazione piemontese delle Cooperative di servizi della Lega Piemonte; Cgil-Funzione pubblica del Comprensorio di Torino; Chiesa evangelica valdese; Spi-Cgil, Leghe di Moncalieri, Trofarello e La Loggia.