

Torino, 25 ottobre 2011

NORME PIÙ IMPORTANTI RIGUARDANTI LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI PERCHÉ COLPITE DA PATOLOGIE O HANDICAP GRAVEMENTE INVALIDANTI: APPUNTI IN MERITO ALLA PROPOSTA ISTITUZIONE DI UN FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA¹

A. NORME VIGENTI PRIMA DELLA LEGGE DI RIFORMA SANITARIA N. 833/1978

Regio decreto 6535/1889. I Comuni, salvo che gli oneri fossero assunti da altri enti assistenziali, erano obbligati a provvedere al ricovero delle persone *«dell'uno e dell'altro sesso le quali per infermità cronica o per insanabili difetti fisici o intellettuali non possono procacciarsi il modo di sussistenza»*. In quel periodo erano considerati inabili al lavoro anche *«i fanciulli che non hanno compiuto dodici anni»*.

Articoli 154 e 155 del regio decreto 773/1931. In base ai succitati articoli, ancora vigenti *«le persone riconosciute dall'autorità locale di pubblica sicurezza inabili a qualsiasi lavoro proficuo e che non abbiano mezzi di sussistenza, né parenti tenuti per legge agli alimenti e in condizioni di poterli prestare, sono sottoposte dal Prefetto, quando non sia possibile provvedere con la pubblica beneficenza, al Ministero dell'interno per il ricovero in un istituto di assistenza o beneficenza del luogo o di altro Comune»*. Premesso che i succitati compiti sono stati trasferiti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 alle Regioni e ai Comuni, si ricorda che, in base all'articolo 155 del citato decreto 773/1931, i Comuni dovevano (e devono) provvedere al ricovero (salvo che abbiano previsto servizi socio-assistenziali alternativi) degli inabili al lavoro non malati (per gli infermi interviene attualmente il Servizio sanitario nazionale) anche nei casi in cui i parenti, ricevuta dall'autorità di pubblica sicurezza la diffida per la corresponsione degli alimenti, non provvedevano (e non provvedono)².

Legge 1580/1931. Stabiliva che la rivalsa delle spese di ospedalità e di quelle manicomiali poteva essere esercitata esclusivamente nei confronti dei parenti degli assistiti *«che NON si trovino in condizioni di povertà»*. La circolare del Ministro dell'interno del 29 gennaio 1932, prot. 25200 precisava *«il concetto di povertà agli effetti della ripetibilità o meno delle spese di ospedalità deve essere quello dello stato di povertà relativa nel senso che tale stato sia sufficiente ad escludere il rimborso della spesa»* e che l'azione di rivalsa *«non è esperibile quando la condizione di povertà, pur non esistendo al momento del ricovero, sia successivamente intervenuta»*. Pertanto l'azione di rivalsa non era ammessa nei casi in cui il soggetto, mentre prima di ammalarsi viveva con le proprie personali risorse economiche, non possedeva il denaro necessario per pagare l'intera retta di degenza. La legge 1580/1931 è stata abrogata dalla legge 133/2008.

Regio decreto 383/1934. L'articolo 91 stabiliva che erano obbligatorie le spese a carico dei Comuni relative al *«mantenimento degli inabili al lavoro»*. L'obbligatorietà di cui sopra è stata – purtroppo – cancellata dal decreto legge n. 702/1978, convertito nella legge n. 3/1979.

Leggi 841/1953 e 692/1955. In base a queste leggi, prima ai pensionati del settore pubblico e poi a quelli del settore privato era stato riconosciuto, fra l'altro, il diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata anche per i malati affetti da patologie croniche. Lo stesso diritto era stato concesso anche ai loro congiunti conviventi di qualsiasi età.

¹ Non vengono presi in esame gli eventi specifici concernenti le persone colpite da cecità e/o sordità.

² Cfr. l'articolo "Come abbiamo procurato un ricovero d'emergenza a un nostro congiunto colpito da grave handicap intellettuale", *Prospettive assistenziali*, n. 123, 1998. L'accoglienza presso una comunità alloggio, ottenuta dopo 21 giorni dalla richiesta, è ancora in atto.

Quale contropartita il Parlamento aveva imposto un aumento dei contributi di malattia a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro, aumento che mai è stato eliminato o ridotto.

Da notare che, anche dopo le succitate leggi 841/1953 e 692/1955, i lavoratori in servizio avevano diritto, escluse alcune malattie (ad esempio la tubercolosi), solamente ad un massimo di 180 giorni di ricovero ospedaliero. Trascorso detto periodo dovevano corrispondere la retta di ricovero con le loro personali risorse (redditi e beni). Quando i mezzi economici venivano a cessare, erano inseriti negli elenchi dei poveri, presenti in tutti i Comuni, ed avevano quindi diritto alle cure ospedaliere gratuite, essendo le relative spese a carico dei Comuni.

Legge 132/1968. L'articolo 29 imponeva alle Regioni di programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati *«acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti»*.

Legge 180/1978. Stabiliva che la Sanità doveva garantire a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, i necessari servizi diretti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali; le Province avevano trasferito alla Sanità il personale e i finanziamenti concernenti tutti i pazienti psichiatrici, compresi quelli anziani autosufficienti e non autosufficienti.

B. DISPOSIZIONI IN VIGORE DOPO LA LEGGE DI RIFORMA SANITARIA N. 833/1978

Legge 833/1978. Obbliga la Sanità a provvedere alla *«tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*. Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano *«le cause, la fenomenologia e la durata»* delle malattie.

A seguito della legge 833/1978 sono state trasferite al Servizio sanitario nazionale anche le competenze in materia di prevenzione e cura esercitate dai Comuni.

Legge 18/1980. Ha istituito l'indennità di accompagnamento a favore dell'invalide totale che:

- a) o *«è nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore»*;
- b) oppure *«abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita»*.

Scopo dell'indennità di accompagnamento, il cui importo mensile per il 2011 è di euro 487,39, è quello di compensare le maggiori spese sostenute dalle succitate persone rispetto agli individui privi di menomazioni. Viene dunque erogata indipendentemente dalle risorse economiche dell'avente diritto.

C. NORME VIGENTI SUI LEA

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Le norme concernenti i Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002. Essi stabiliscono che il Servizio sanitario nazionale deve obbligatoriamente garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali alle persone non autosufficienti colpite da patologie invalidanti o dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile o da handicap grave, contribuendo in misura variante dal 40 al 70% delle spese. Trattandosi di livelli essenziali ai sensi della lettera m) del 2° comma dell'articolo 117 della Costituzione, le Asl ed i Comuni non possono negare o ritardare le prestazioni con il pretesto della mancanza dei necessari finanziamenti.

Priorità degli interventi domiciliari. Mentre per le prestazioni residenziali le vigenti norme sui Lea consentono agli utenti e a coloro che li rappresentano di ottenere l'attuazione dei loro diritti, per gli interventi domiciliari, vista la generica formulazione delle disposizioni nazionali, vi è la necessità che le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento approvino leggi in cui siano precisati i necessari contenuti e le relative modalità di finanziamento.

D. DISPOSIZIONI SUI CONTRIBUTI ECONOMICI

Legge 328/2000. L'articolo 25 stabilisce quanto segue: *«Ai fini dell'accesso ai servizi [socio-assistenziali, n.d.r.] disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000 n. 130»*.

Decreti legislativi 109/1998 e 130/2000. Dal testo unificato dei succitati decreti legislativi risulta che:

- a) non possono in nessun caso essere richiesti contributi economici ai congiunti non conviventi con gli assistiti;
- b) possono essere richiesti contributi economici ai congiunti conviventi degli assistiti con esclusione di quelli al punto seguente;
- c) non possono essere richiesti contributi ai congiunti conviventi o non conviventi degli assistiti, qualora si tratti di ultrasessantacinquenni non autosufficienti o di soggetti con handicap in situazione di gravità.

Problemi aperti sulle prestazioni per le persone non autosufficienti

Per quanto concerne il diritto del ricovero degli anziani cronici non autosufficienti, delle persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, dei soggetti con handicap grave e dei malati psichiatrici con limitata o nulla autonomia, i principali problemi sono i seguenti:

- le istituzioni (Regioni, Asl, Ospedali e Comuni) forniscono quasi sempre informazioni errate, sostenendo che le cure per detti soggetti sono di competenza dei congiunti;
- la stragrande maggioranza della popolazione non conosce i diritti dei soggetti sopra indicati e molto spesso subisce le negative conseguenze delle affermazioni errate ricevute e si fa carico delle cure socio-sanitarie assumendo le relative responsabilità penali e civili, nonché i conseguenti oneri economici, che sono spesso una delle cause di impoverimento o addirittura di miseria;
- sono largamente insufficienti le strutture sindacali e del volontariato che forniscono informazioni sui diritti esigibili dei soggetti sopra indicati, nonché l'indispensabile consulenza diretta ad ottenere la loro concreta attuazione;
- non ci sono in Piemonte strutture specifiche di prima accoglienza dei soggetti sopra indicati, ad eccezione del Pronto soccorso, struttura evidentemente nettamente contrastante con le richieste di sostegno domiciliare.

Per il ricovero di persone sole non autosufficienti e non in grado di programmare il proprio futuro può essere utilizzata la segnalazione con raccomandata A/R al Direttore generale dell'Asl di residenza del paziente, mentre per il ricovero dei soggetti con handicap intellettuale grave e limitata o nulla autonomia si può ricorrere alla pubblica sicurezza in base agli articoli 154 e 155 del regio decreto 773/1931.

Aspetti negativi del Fondo per la o le non autosufficienze

- Separazione dei fondi per i malati non autosufficienti rispetto a tutte le altre prestazioni sanitarie, in particolare le iniziative di prevenzione, con il pericolo della creazione del settore della cronicità, isolato dal Servizio sanitario nazionale. Fra l'altro è noto che i malati cronici sono assai frequentemente colpiti da eventi acuti, anche se continuano ad essere curati a domicilio o presso le Rsa.
- Occorre tenere presente che vi sono forti pressioni per trasferire le competenze sulle cure socio-sanitarie delle persone non autosufficienti dalla sanità (caratterizzata dalla presenza di diritti esigibili) all'assistenza (ancora fondata sulla discrezionalità): la creazione del fondo è prevista da molti come una misura intermedia.
- La creazione del fondo non risolve alcun problema in merito alla consistenza dei finanziamenti.
- L'esistenza di un fondo per la o le non autosufficienze può essere un pretesto per giustificare le liste di attesa.

Tutte le situazioni elencate nel capitolo "Problemi aperti sulle prestazioni per le persone non autosufficienti" non vengono risolte con l'istituzione del fondo per la o le non autosufficienze.

Conclusioni

Le prestazioni previste dai Lea per le persone colpite da patologie o da handicap invalidanti e da non autosufficienza dovrebbero continuare ad essere finanziate dal Fondo sanitario nazionale e dai relativi Fondi sanitari regionali. Al riguardo si veda la Petizione popolare nazionale sul finanziamento dei Lea di cui è in corso la raccolta delle firme di cittadini elettori e delle adesioni di personalità e di organizzazioni pubbliche e private. Per ulteriori informazioni consultare il sito www.fondazionepromozionesociale.it.

Per il Piemonte si chiede che la Regione continui ad erogare agli enti gestori delle attività socio-assistenziali i finanziamenti stabiliti dalle proprie delibere n. 37/2007 e 64/2008 (circa 6 milioni di euro all'anno) allo scopo di favorire l'applicazione dei sopra citati decreti legislativi n. 109/1998 e 130/2000 in base ai quali non possono essere chiesti contributi economici ai congiunti degli assistiti qualora si tratti di ultrasessantacinquenni non autosufficienti o di soggetti con handicap in situazione di gravità.