

VERTENZA REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA

1 IL BISOGNO SOCIALE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Migliaia di famiglie hanno al proprio interno una persona malata non autosufficiente o disabile. Quando una persona perde l'autosufficienza la situazione della famiglia diventa drammatica.

Normalmente questo evento si verifica dopo un ricovero ospedaliero che, risolta la condizione di acuzie, si conclude con la cronicizzazione della malattia accompagnata dalla non autosufficienza.

In forza del diritto alla continuità di cura, **la dimissione dall'ospedale deve essere protetta e assistita definendo e assicurando la destinazione sociosanitaria domiciliare o residenziale del malato.**

In realtà le dimissioni ospedaliere sono quasi sempre effettuate senza rispettare il diritto alla continuità di cura e le famiglie ricevono a domicilio il proprio parente non autosufficiente senza alcun supporto sanitario sociale e assistenziale.

A questo riguardo è possibile aprire vertenze territoriali per ottenere
Protocollo di continuità di cura e di dimissioni protette e assistite.

Le famiglie affrontano la situazione per tentativi. Ricorrono al medico di famiglia (MMG), all'ASL, all'assistente sociale del comune (dove esiste) e all'assistenza privata (badante). Alla fine si trovano in casa un malato assistito e curato in modo inadeguato e approssimativo in un contesto di forte disagio e sofferenza generale con costi economici insopportabili.

Il **BISOGNO SOCIALE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI** si traduce in due bisogni immediati:

- **bisogni della domiciliarità**
- **bisogni della residenzialità**

1.1 | **bisogni immediati della domiciliarità**

Curare a domicilio una persona che ha perso l'autonomia, significa essere presente costantemente a supplire azioni e gesti quotidiani di chi non è più in grado di compiere. L'offerta dei servizi domiciliari di cura non soddisfa la crescente domanda di assistenza in quantità (numero di anziani che versano in situazioni di bisogno) e in intensità (numero di ore di intervento necessarie per soddisfare il bisogno). Le prestazioni SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) coprono un arco di tempo breve e non sono, in grado di soddisfare i bisogni assistenziali continuativi espressi dalla persona non autosufficiente.

Si è diffuso così il cosiddetto "badantato", ovvero il mercato spesso sommerso dei servizi di cura alimentato dall'offerta di lavoro proveniente dai paesi extracomunitari. Il fenomeno si caratterizza come una componente del sistema di servizi domiciliari offrendo una presenza in famiglia molto consistente fino ad arrivare anche alle 24 ore se si considera l'assistente "in servizio" anche nelle ore notturne per coloro che convivono con l'assistito.

La conseguente spesa ha un impatto pesante sul bilancio dell'interessato o della sua famiglia: la spesa per una assistenza diurna/notturna è stimato che sia mediamente di 800/1000 euro mensili al quale si aggiunge il vitto ed eventuali compensi aggiuntivi per le festività o i riposi quotidiani dell'addetto alla cura. Va poi aggiunta la quota destinata agli oneri contributivi. I costi dell'assistenza familiare, gravano mensilmente sulla famiglia per circa € 1.800,00 (convivenza) e di nuovo migliaia di famiglie nella nostra regione sono spinte sotto il livello di povertà.

1.2 **bisogni immediati della residenzialità**

Se la persona deve essere ricoverata in una struttura residenziale (RSA, RSD, CSS), l'onere economico che ricade sulla famiglia per pagare la retta è relevantissimo (si arriva fino a € 2000 al mese) e conduce migliaia di famiglie nella nostra regione sotto il livello di povertà.

Il grave è che ciò avviene in spregio alle norme di legge (Decr. L.vo 130/2000 e art. 54 legge 289/2002) che prevedono esplicitamente che questi oneri debbano essere sostenuti solo dal reddito del ricoverato e dal comune di residenza e non dai familiari (numerosi sentenze del TAR e di Tribunali confermano questa norma). Nella stragrande maggioranza dei casi i comuni non intervengono adducendo la motivazione della mancanza di risorse.

2 LA VERTENZA REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA

I servizi sociosanitari e assistenziali di residenzialità e domiciliarità sono letteralmente quote di salario che il malato (lavoratore o pensionato) e la sua famiglia ha anticipato con i versamenti contributivi e fiscali alla fonte e che lo stato dovrebbe restituire sotto forma di salario sociale (assistenza sociosanitaria).

Ogni mancata restituzione parziale o totale, ogni riduzione del salario sociale corrisponde ad un parallelo trasferimento di ricchezza nazionale alle classi sociali abbienti.

Con il neoliberismo queste riduzioni/trasferimenti hanno assunto la duplice forma di:

- riduzione qualitativa/quantitativa dei servizi pubblici sociosanitari e assistenziali di domiciliarità e residenzialità;
- loro privatizzazione.

2.1 L'AZIONE DI CLASSE DEL CAPITALE

Il capitale privato interessato a tale duplice forma di riduzioni/trasferimenti, agisce direttamente (comando politico) o indirettamente (egemonia ideologica) sui livelli istituzionali preposti al governo di tali servizi:

- comune
- provincia
- regione

L'esito di questa azione condiziona questi livelli istituzionali

2.2 LA NOSTRA AZIONE

La difesa del BISOGNO SOCIALE DI NON AUTOSUFFICIENZA deve dunque opporsi a:

- la riduzione qualitativa/quantitativa dei servizi pubblici sociosanitari e assistenziali di domiciliarità e residenzialità;
- la loro privatizzazione

costruendo

- **la vertenza regionale che indirizzi ai tre livelli istituzionali competenti richieste di merito** (quantitative e qualitative) con l'obiettivo di:
 - ottenere risposte concrete ai bisogni immediati di domiciliarità e residenzialità bloccando la riduzione e migliorando i relativi servizi pubblici;
 - ostacolare politicamente e ideologicamente l'azione di classe del capitale su tali istituzioni

2.2.1 LA VERTENZA REGIONALE GENERALE

L'obiettivo da raggiungere è:

l'istituzione del fondo sociale regionale per le non autosufficienze gestito dai comuni coordinati nei distretti attraverso i relativi Piani di Zona.

Per questo è necessario articolare i contenuti e le modalità dell'azione vertenziale in:

- **Vertenza di livello comunale**
- **Vertenza di livello provinciale/distrettuale**
- **Vertenza di livello regionale**

2.2.1.1 LA VERTENZA DI LIVELLO COMUNALE

I comuni costituiscono il punto centrale di tutta l'azione vertenziale.

I comuni, coordinati nei distretti e nel piano di zona coi quali governano l'integrazione sociosanitaria con la sanità territoriale (ASL), residenziale (RSA, RSD, CSS) e ospedaliera (AOL), diventano protagonisti della corretta gestione delle risorse del fondo sociale.

Per questo chiediamo ai comuni:

a. **L'istituzione del Fondo sociale comunale per le non autosufficienze**

Si tratta di presentare ai comuni la proposta di delibera del Consiglio comunale in allegato 1

b. **La richiesta al Consiglio Regionale della Lombardia di approvare la legge per il sostegno alle persone malate croniche non autosufficienti e alle persone con gravi disabilità ricoverate in RSA, RSD e CSS in allegato 2.**

Si tratta di presentare ai comuni la proposta di delibera del Consiglio comunale che approva la proposta di legge regionale da inviare poi al Consiglio Regionale.

Le richieste delle due delibere ai comuni devono essere sia iniziative di massa, sia iniziative politico istituzionali. Per questo è opportuno:

- **Raccogliere le firme per la presentazione di “proposta di delibera del Consiglio Comunale” prendendo a riferimento le norme di partecipazione previste dallo statuto comunale.**
- **Sostenere tale iniziativa con l'intervento dei nostri consiglieri comunali (là dove ci sono)**
- **Esigere l'approvazione delle due delibere nei comuni dove siamo in amministrazione e/o in alleanza con il Centrosinistra.**

La legge regionale prevede l'obbligo per la Regione Lombardia di discutere una proposta di legge regionale di iniziativa comunale quando la stessa sia stata approvata da almeno 5 consigli comunali. Le 5 delibere sono facili da ottenere. È però evidente che solo un gran numero di delibere sarà in grado di costringere la regione a deliberare il finanziamento del fondo sociale.

2.2.1.2 LA VERTENZA DI LIVELLO PROVINCIALE/DISTRETTUALE

LIVELLO PROVINCIALE

Per imporre alla regione la discussione di una proposta di legge è sufficiente anche la relativa delibera di una sola provincia.

Per questo chiediamo ai Consigli Provinciali dove siamo in giunta e/o in alleanza:

- **L'approvazione tale delibera** (ovviamente il testo è lo stesso).

Data la scarsità delle risorse pubbliche è necessario avviare vertenze sociali territoriali con l'obiettivo di recuperare risorse private.

Per questo chiediamo ai Consigli Provinciali:

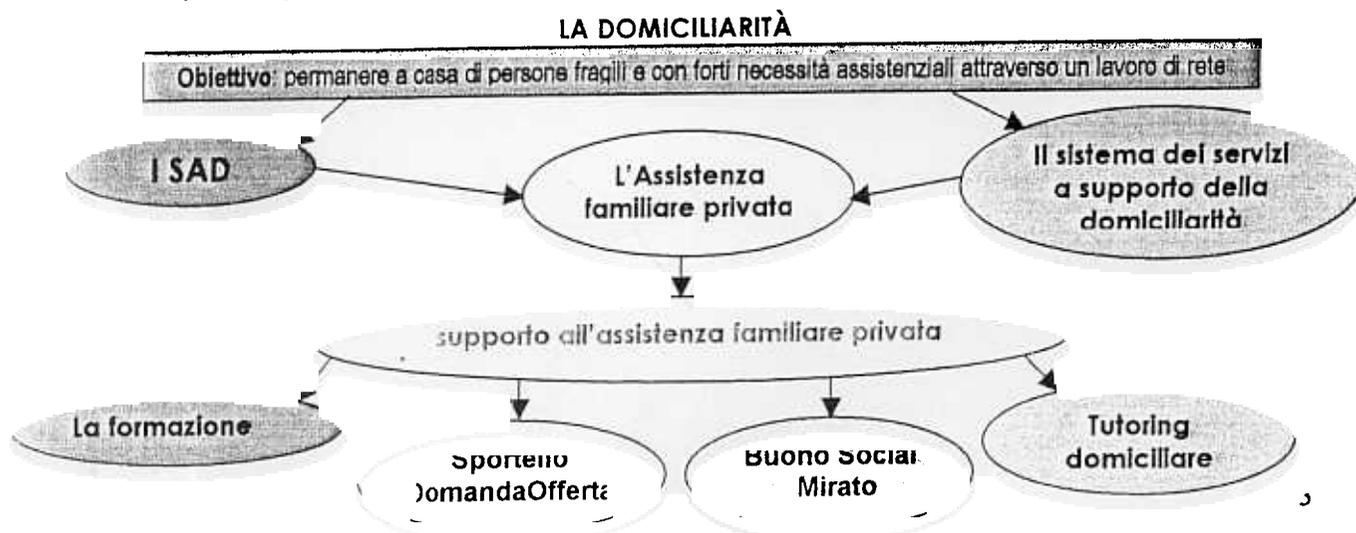
- **La costituzione del “Contratto sociale territoriale”** che impegni gli operatori economici privati del territorio (banche, assicurazioni, imprese) a sostenere con proprie risorse le spese dei comuni per far fronte ai bisogni sociali locali.
- **L'apertura di un “Tavolo sociale territoriale”** per la stipula del “Contratto sociale territoriale” tra Provincia, Comuni capofila distrettuali e parti sociali (organizzazioni sindacali dei lavoratori, banche, assicurazioni, imprese).

LIVELLO DISTRETTUALE

Col il Dg.r. 22 ottobre 2008 – n. 8243 –, la Giunta regionale ha deciso l'assegnazione della prima tranche del “Fondo per le non autosufficienze” agli ambiti distrettuali che abbiano preparato e presentato entro una scadenza stretta (un mese) i progetti relativi alla domiciliarità. Mancando tali progetti i distretti non otterranno i finanziamenti previsti. Le successive due tranche stanno per essere deliberate con gli stessi criteri.

È dunque necessario porre il problema all'assemblea dei sindaci di distretto e chiedere direttamente ai distretti (in particolare ai responsabili del Piano di zona) di predisporre nel più breve tempo possibile propri progetti per la domiciliarità.

A questo riguardo è possibile prendere a riferimento il seguente modello schematico



La commissione regionale dispone di un documento che sviluppa il modello schematico

2.2.1.3 LA VERTENZA DI LIVELLO REGIONALE

A livello regionale la vertenza si deve sviluppare attraverso:

- Il coordinamento regionale dei Consigli Comunali e Provinciali che hanno deliberato la proposta di legge regionale per la residenzialità
- il nostro intervento in Consiglio Regionale.

L'azione dei Consiglieri dovrà essere coordinata con l'iniziativa che si sarà sviluppata:

- dai comuni delle diverse provincie
- dal coordinamento dei comuni e delle provincie

3 IL BILANCIO SOCIALE/POLITICO DELLA VERTENZA

La VERTENZA REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA, decisa dal CPR, deve essere verificata dallo stesso CPR attraverso un bilancio dell'iniziativa che permetta di valutarne l'impatto:

- Ai vari livelli vertenziali
- A livello politico

Il livello politico appare particolarmente importante anche in funzione della definizione di programma e di alleanze per le prossime scadenze elettorali amministrative 2009 e regionali 2010.