LE CURE NEGATE AI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

RIPENSARE RADICALMENTE
IL SERVIZIO SANITARIO
UNIVERSALISTICO
DOPO IL COVID
E LA STRAGE NELLE RSA

Fondazione Promozione sociale ONLUS

VOL.TO VOLONTARIATO TORINO

ULCES
Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale

Fondazione promozione sociale – Chi siamo

La Fondazione promozione sociale, costituita nel 2003, è un Ente del Terzo Settore che lavora per la promozione e la difesa dei diritti di coloro che non possono difendersi da sé – i più deboli della società: le **persone con disabilità/i malati cronici non autosufficienti**. La Fondazione non riceve sovvenzioni dalle istituzioni e non gestisce servizi per loro conto a garanzia della sua totale **indipendenza**, necessaria per rivendicare i diritti negati proprio dalle istituzioni – le cure sanitarie, per esempio –agli utenti malati/persone con disabilità non autosufficienti. Le attività della Fondazione sono svolte in collaborazione con il **Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa**, operativo dagli anni Settanta del secolo scorso e al quale aderiscono una ventina di associazioni. La Fondazione ha sede a Torino, ma opera in tutta Italia sulla base delle norme costituzionali (in primis l'articolo 32 della Costituzione) e della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978).

Le **principali attività** della Fondazione promozione sociale…

- informazioni per richiedere prestazioni domiciliari, centri diurni per i malati di Alzheimer e ricoveri definitivi in Residenza sanitaria assistenziale - Rsa per tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti;
- consulenza per opporsi alle dimissioni da ospedali e case di cura private convenzionate, quando non è praticabile il rientro al domicilio di un familiare malato e non autosufficiente;
- sostegno per ottenere interventi al domicilio, la frequenza di un centro diurno, il ricovero in una comunità alloggio, la nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore per persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo;
- attività di promozione (seminari, convegni) per promuovere una cultura dei diritti per le persone non autosufficienti

…con il prioritario obiettivo di **ottenere da Aziende sanitarie locali** e **Comuni**:

- il concreto riconoscimento del diritto alle prestazioni domiciliari, compreso il riconoscimento del contributo forfettario ai familiari che direttamente o con l'aiuto di privati assistono un parente anziano malato non autosufficiente/persona con disabilità intellettiva o autismo;
- ricoveri immediati in Rsa con metà della retta a carico dell'Asl, dopo un ricovero ospedaliero o direttamente da casa;
- nuove strutture diurne e residenziali per garantire il diritto alle prestazioni del "durante e dopo di noi";
- informazioni scritte da parte delle Asl per evitare pagamenti extra di prestazioni comprese nella retta di ricovero.

www.fondazionepromozionesociale.it

Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale – Chi siamo

L'Ulces - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale è un'Organizzazione di Volontariato che opera dal 1965 per la prevenzione delle situazioni di esclusione sociale e per la promozione dei diritti dei soggetti deboli, persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo con limitata o nulla autonomia, malati cronici non autosufficienti. Il primo presidente fu il giudice Emilio Germano, già Presidente aggiunto della Corte Suprema di Cassazione.

L'Ulces ha animato e fornito determinanti contributi alla collane "Quaderni di promozione sociale" edita da Rosenberg & Sellier e "Persona e società: i diritti da conquistare" pubblicata dall'Utet Libreria e dall'Utet Università. L'Organizzazione è attiva nella consulenza e collaborazione alla rivista "Prospettive assistenziali", trimestrale delle associazioni del Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, pubblicata ininterrottamente dal 1968, e nei casi di maltrattamento delle persone assistite o di presunta illegittimità di provvedimenti amministrativi loro rivolti partecipa rispettivamente ai processi penali costituendosi parte civile o ai procedimenti presso l'Autorità giudiziaria amministrativa, facendosi promotore di ricorsi.

Come tutte le organizzazioni aderenti al Csa, l'Ulces non riceve finanziamenti e non gestisce servizi per conto delle istituzioni e opera secondo i principi del «volontariato dei diritti» le cui finalità sono molto diverse dal volontariato consolatorio.

Il «volontariato dei diritti» si caratterizza per gli interventi finalizzati alla rimozione delle cause dell'emarginazione delle persone deboli; è un'attività di tutela e autotutela, dal momento che può capitare ad ognuno di noi di diventare incapaci di autodifendersi.

L'Ulces interviene per il riconoscimento di diritti esigibili per le persone non autosufficienti e per la loro corretta attuazione. Opera, quindi, con interventi pubblici, campagne informative, pubblicazioni, azioni concrete rivolte alle istituzioni o ai casi personali perché siano approvati in loro favore provvedimenti normativi (leggi, delibere, ecc.) necessari per garantirne le esigenze fondamentali ed eliminare ogni forma di discriminazione.

L'Ulces collabora con la Fondazione promozione sociale Ets, al cui sito internet si appoggia come strumento di diffusione di contenuti e informazioni sulla sua attività.

www.fondazionepromozionesociale.it

“Il volume vuole aiutarci a fornire soluzioni concrete, perché le istituzioni garantiscano le cure e il riconoscimento concreto dei diritti ai malati cronici non autosufficienti, spesso trascurati dai servizi pubblici.
Il nodo centrale è antico, ma ben radicato nel tempo: si deve infatti ripensare, in qualche modo, il servizio sanitario. Il Covid e la strage, causata dalla pandemia, verificatasi nelle Rsa e le cure negate ai malati cronici non autosufficienti, hanno dimostrato qualche falla nel sistema. La pandemia ha messo in evidenza che sarà necessario passare da una sanità con al centro gli ospedali a una sanità di territorio.
I temi in gioco sono numerosi e disparati: si tratta certamente, in primis, di diritti, ma anche di cultura della nostra società e lotta contro l’emarginazione sociale.
La Fondazione, da sempre si occupa di tutelare i diritti delle persone non in grado di difendersi da sole: anziani malati cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer o altre demenze, soggetti con handicap intellettivo, autismo e minori privi di adeguato sostegno familiare.
In queste pagine sono indicati, con estrema chiarezza e professionalità, temi importanti e complessi come la deriva eugenetica, come cambiare il sistema e con quali risorse, tema chiave e sempre attuale quando si parla di cambiamenti, in ogni loro forma.
L’idea e l’obiettivo di fondo è far sì che esista una sanità che, con continuità e coerenza, si occupi dell’altro, di chi è in difficoltà, in situazioni di fragilità e dipendenza totale dall’altro o in condizioni di emergenza. Raccontare storie serve a creare un ponte tra passato e presente.
Questo libro ha la forza e la capacità di fare ciò, mettendo in risalto la possibilità degli strumenti che abbiamo a portata di mano, ma che spesso non consideriamo importanti: la competenza e la capacità di agire per rendere effettivi i diritti, l’intelligenza emotiva, la capacità di connettersi con l’altro, di provare empatia offrendo con generosità sostegno, tempo e comprensione, quali motori fondamentali per agire concretamente in difesa di chi ne ha più bisogno perché non è neppure in grado di difendersi autonomamente a causa della gravità della sua condizione.
Lo stress test cui è stata sottoposta la sanità in quest’ultimo periodo non ha certamente aiutato il settore, penalizzato anche da una carenza strutturale di risorse; in tale contesto è da sottolineare quanto, in questo ambito sia importante adesso e lo sarà ancor di più in futuro, il ruolo dei volontari nella difesa del diritto alle cure dei malati cronici/persone con disabilità non autosufficienti e nel sostegno alle loro famiglie”.

Gerardo Gatto
Presidente Vol.To.

Introduzione

La strisciante strage delle vittime nelle Rsa cui stiamo assistendo in questo bienno 2020-2021 nasce da lontano. Per promuovere il radicale cambiamento delle cure per i malati cronici non autosufficienti (anziani e non) è indispensabile conoscere la storia e le motivazioni culturali che hanno contribuito a ridurre sempre più la competenza e le risorse destinate dalla Sanità per la cura dei malati non autosufficienti.

Questo libro prova ad analizzare il percorso dei provvedimenti approvati a partire dal 1979 per sottrarre alle competenze dell'ottima legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, le prestazioni riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Le relative iniziative, spesso assai macchinose, ma assunte con calcolata progressione, seguendo un disegno che si rivela in tutta la sua coerenza se letto sul lungo periodo, sono state sostenute dall'illegittima e crudele espulsione di questi malati da ospedali e da case di cura (comprese quelle che fanno riferimento alla Chiesa cattolica e ad altre confessioni) al termine delle fasi acute che ne avevano determinato la degenza, o del periodo prefissato per la riabilitazione.

Un ruolo attivo di contrasto concreto a tale pratica di abbandono terapeutico lo hanno svolto l'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (promotrice di questo volume), già Unione italiana per la promozione dei diritti del minore, la rivista *Prospettive assistenziali*, il notiziario *ControCittà*, le associazioni aderenti al Csa – Coordinamento sanità e assistenza

fra i movimenti di base (1) e dal 2003 la Fondazione promozione sociale onlus. Il contrasto alle logiche emarginanti si è concretizzato attraverso la presentazione di proposte di legge di iniziativa popolare, petizioni al Parlamento e alle Regioni, convegni, libri, articoli, volantinaggi, difesa di oltre 20mila casi singoli – sempre con risultati positivi –, azioni nei confronti delle Regioni, ecc.

Salvo rare eccezioni, è mancata a questa attività di promozione sociale e difesa dei diritti esigibili fondamentali il sostegno delle organizzazioni del volontariato caritatevole e del Terzo Settore mentre i Sindacati Cgil, Cisl e Uil hanno decisamente lavorato per il trasferimento di importanti competenze, in particolare quelle di presa in carico dei malati non autosufficienti, dal settore garantito e tutelante della sanità al settore dell'assistenza sociale, che non prevede diritti esigibili e che non possiede nemmeno le competenze professionali adeguate.

Negli anni è stata così creata una Sanità di serie B, fondata principalmente sulle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, che ha finora, tra gli altri demeriti, contribuito a negare la priorità delle prestazioni domiciliari. La disorganizzazione delle cure, la carenza di prestazioni sanitarie unite alla facile opportunità di famelici profitti, favoriti da controlli inadeguati o inesistenti da parte

---

(1) Attualmente fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione "Luce per l'autismo" ODV, Torino; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

delle commissioni di vigilanza delle Aziende sanitarie locali e delle amministrazioni, ha consentito al Coronavirus di mietere migliaia di decessi in queste strutture.

Le Procure che stanno indagando sulla gestione della pandemia da Covid-19, specialmente sulle migliaia di decessi nelle Residenze sanitarie assistenziali - Rsa sono chiamate da numerosi esposti dei famigliari di pazienti deceduti o ancora ricoverati strutture, da quelli delle associazioni di tutela dei diritti dei malati non autosufficienti (2) – ad un lavoro di accertamento del contesto nel quale queste Rsa operavano, a partire dai livelli istituzionali nazionale e regionale, in materia di obbligo di dotare l'Italia e le singole Regioni di Piani per fronteggiare le pandemie – così come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) –, di aggiornare questi strumenti e di applicarli correttamente.

Il Piano pandemico italiano (Recepimento delle linee guida dell'Organizzazione mondiale della Sanità e adozione del "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", 5 febbraio 2006), finalizzato a minimizzare il rischio di trasmissione e a limitare la morbosità e la mortalità dovuta alla pandemia (obiettivo 2) attraverso l'attuazione di misure di prevenzione e controllo dell'infezione (azione 2) è stato di fatto inapplicato. Così come non si è ridotto l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali, assicurando il mantenimento dei servizi essenziali (obiettivo 3) attraverso la messa a punto di piani di emergenza per mantenerne la funzionalità (azione 4).

Una delle principali conseguenze di questo fallimento è stata l'inadeguata protezione delle persone ricoverate nelle Residenze sanitarie assistenziali: anziani ammalati, affetti da più patologie gravi e, nella gran parte dei casi, non autosufficienti.

---

(2) Cfr. "Esposto dell'Ulces alle Procure: accertare se nelle Rsa sono stati commessi illeciti e se queste strutture sono conformi al diritto alle cure sanitarie per i malati non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, 210, 2020.

Come osserva il giurista Francesco Pallante: *«Proteggere adeguatamente i più deboli avrebbe dovuto essere un imperativo morale, oltreché giuridico, in un momento d'inaudita gravità come quello che si stava attraversando. E, invece, non soltanto non sono stati adottati, come nella fase iniziale della gestione ospedaliera, protocolli di protezione idonei a tenere il virus lontano dai luoghi di ricovero, ma si è addirittura deciso di trasferire nelle Rsa i malati di Covid-19 non più bisognosi di trattamenti ospedalieri»* (3).

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato, a partire dal 24 marzo 2020, uno specifico sondaggio sul contagio da Covid-19 nelle Rsa (4). La fonte dei dati è costituita da 3.417 Rsa presenti in tutte le regioni italiane e le due province autonome. La ricerca è iniziata il 24 marzo ed ha coinvolto 3.292 Rsa (96% del totale) distribuite in modo rappresentativo in tutto il territorio nazionale. Alle ore 20 del 5 maggio avevano risposto al questionario 1.356 strutture pari al 43% di quelle contattate.

I risultati del sondaggio indicano che, nella cosiddetta prima ondata dell'emergenza, oltre il 40% dei decessi avvenuto nelle Rsa è attribuibile al Coronavirus e nelle strutture si è verificata una grave mancanza di dispositivi di protezione individuale, carenza di procedure codificate per prevenire e contenere il contagio, assenza di personale sanitario qualificato, impossibilità di eseguire i tamponi, difficoltà nei trasferimenti dei residenti infettati in ospedale. In sintesi, come efficacemente afferma la giornalista Milena Gabanelli, *«le Rsa sono diventate dei cimiteri»* e dunque *«i nodi da affrontare subito: un aumento dei posti letto*

(3) Francesco Pallante, "Il Servizio sanitario regionale piemontese di fronte alla pandemia da COVID-19", *Il Piemonte delle Autonomie,* 6 agosto 2020.

(4) Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia Covid-19, Aggiornamento nazionale: 5 maggio 2020. Il documento è scaricabile in formato pdf dal sito https://www.epicentro.iss.it/. É pubblicato sul sito www.fondazionepromozionesociale.it nella sezione Archivio.

che non diventi conquista solo dei privati, soprattutto per i casi più gravi di fragilità; regole più severe di accreditamento (da far rispettare pena l'espulsione dal sistema); arruolamento di figure professionali adeguatamente formate; una generale riqualificazione professionale degli operatori sanitari; un sistema di finanziamento al passo con la complessità dei casi ricoverati» (5).

Come succede inevitabilmente da centinaia di anni, non solo in questa drammatica situazione, ma sempre e ovunque, si è confermata l'assoluta inidoneità delle grandi strutture residenziali, in cui sono ricoverate persone non in grado di difendersi a causa della gravità delle loro condizioni.

In particolare nei confronti delle persone totalmente e definitivamente non autosufficienti, soprattutto se si tratta di anziani malati cronici non autosufficienti o di persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, si è venuta radicando una profondissima discriminazione il cui principio base è l'eugenetica utilitaristica: queste persone non producono e i costi per le loro cure sono rilevanti, pertanto non contano, le loro vite non hanno valore o ne hanno meno di altri cittadini e di altri malati (6).

---

(5) Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, "Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per i privati", *Corriere.it,* 1 novembre 2020.

(6) Emblematiche sono state in questo senso negli ultimi mesi le affermazioni pubbliche del presidente della Giunta della Regione Liguria, Giovanni Toti, che il 1° novembre sul suo profilo Twitter ha scritto: *«Per quanto ci addolori ogni singola vittima del Covid 19, dobbiamo tenere conto di questo dato: solo ieri tra i 25 decessi della Liguria, 22 erano pazienti molto anziani. Persone per lo più in pensione,* ***non indispensabili allo sforzo produttivo del Paese*** *che vanno però tutelate»*. Non vogliamo immaginare di quale tutela si tratti... Sulla stessa lunghezza d'onda l'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Letizia Moratti: *«L'ex sindaca di Milano* – riferisce il Corriere della Sera del 19 gennaio 2021 – *ha chiesto al Commissario Straordinario per l'emergenza Covid Domenico Arcuri di cambiare i criteri di ripartizione delle dosi dei vaccini, includendo un parametro che avrebbe fornito* ***più dosi alle regioni con il Pil più alto****. In un audio ambientale, si sente l'assessore parlare alla conferenza dei capigruppo regionali e affermare di aver parlato con Arcuri sulla richiesta, che sarà seguita in via ufficiale da una lettera scritta»*. Il 14 dicembre 2020 il presidente di Confindustria Macerata, Domenico Guzzini, aveva dichiarato, in merito alla pandemia e alle sue ricadute economiche: *«La gente è stanca, pazienza se qualcuno muore».*

Tale fenomeno si esprime sostanzialmente:

a) con il confinamento istituzionale (cioè attraverso provvedimenti normativi e amministrativi che stabiliscono pratiche di lavoro dei servizi) nel settore dell'assistenza sociale, caratterizzato da limitatissimi diritti esigibili e destinato ai poveri (7): iniziativa promossa per prima dalla Giunta di sinistra della Regione Emilia Romagna, con il sostegno dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, mediante la legge regionale n. 30/1979 approvata dopo nemmeno un anno dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale con l'approvazione dell'ottima legge 833/1978, che garantiva e garantisce le cure sanitarie domiciliari e residenziali a tutti i malati, nessuno escluso (8);

b) con la richiesta, avanzata anche dagli stessi Sindacati ancora oggi, di una legge nazionale sulla non autosufficienza, allo scopo di togliere gli anziani malati non autosufficienti dal comparto sanitario e, quindi, dal diritto ad accedere alle cure sanitarie previsto per tutti, non tenendo in alcuna considerazione che tutte le persone non autosufficienti necessitano di cure sanitarie assolutamente indifferibili (9). Inoltre, ai sensi della legge 38/2010, anche questi infermi hanno il diritto alle cure palliative e alle te-

---

(7) Ai sensi del primo comma dell'articolo 38 della Costituzione *«ogni cittadino **inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere** ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*. Si veda anche l'articolo "Differenze sostanziali tra sanità e assistenza", *Prospettive assistenziali*, n. 197, 2017.

(8) Cfr. l'articolo di F. Santanera, "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", *Ibidem*, n. 190, 2015.

(9) L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, nel documento del 6 luglio 2015, ha precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro non autosufficienza e pertanto **hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici**»*. Si veda sul tema: "Un altro libro dei negazionisti dei vigenti diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti" e "Clamorose cantonate del Ministero del lavoro e delle politiche sociali in merito al Fondo per la non autosufficienza", *Ibidem*, n. 194 e 195/2016, nonché M. Perino, "Un falso assegno di cura, che esclude la sa-

rapie contro il dolore, prestazioni che, salvo rarissimi casi, vengono mai fornite alle decine di migliaia dei ricoverati nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, e analoghe strutture;

c) con complessi e successivi espedienti con i quali si è giunti all'obbiettivo di creare una Sanità di serie B, utilizzando l'allettante denominazione "Livelli essenziali di assistenza" e "Integrazione socio-sanitaria". Gli attuali Livelli essenziali, in realtà, non riguardano l'assistenza, ma la sanità. Tuttavia, è altresì necessario sottolineare che tutte le disposizioni emanate in materia hanno avuto il preciso scopo di limitare, spesso in misura assai consistente, gli ancora vigenti e validi diritti esigibili sanciti dalla legge 833/1978, con particolare riguardo agli articoli 1 e 2 che, tutt'oggi, tutelano gli infermi non autosufficienti (10).

Gran parte del contenuto di questo volume deriva dagli articoli della rivista "Prospettive assistenziali", migliaia di contributi che dal 1968 prendono forma nella pubblicazione trimestrale espressione delle idee e delle azioni delle associazioni e dei movimenti di base per la difesa e la promozione dei diritti delle persone malate o con disabilità non autosufficienti. Consultare l'archivio della rivista (11) dà il senso profondo dell'informazione come primo

---

nità: il Piano per la non autosufficienza nega i diritti dei malati/persone con disabilità non autosufficienti", *Ibidem*, n. 209, 2020.

(10) Ricordiamo che il pieno e immediato diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie di tutti i cittadini italiani è sancito non solo dalla Costituzione ma anche dalla legge 833/1978 il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* e deve altresì provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*. Inoltre, l'articolo 1 della stessa legge 833/1978 sanciva e sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».*

(11) L'archivio è liberamente consultabile online, dove sono pubblicati gli articoli di tutti i numeri (www.fondazionepromozionesociale.it). Sul sito è anche pubblicato il "Memoriale

strumento di contrasto all'esclusione a all'emarginazione, con il pregio ulteriore della profondità: tornare sugli eventi del passato, metterli in relazione a quelli di oggi, aiuta a non travisare gli avvenimenti storici (non di rado "corretti" dai posteri per interessi contingenti) e serve a riconoscere continuità ai percorsi culturali, istituzionali, della società in generale, – di qualunque segno essi siano – che nel presente risultano spesso confusi e poco afferrabili.

---

delle vittime dell'emarginazione sociale, le pubblicazioni curate dalle associazioni del Csa - Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e l'elenco dei risultati positivi del volontariato dei diritti.

Parte Prima

Tiro al bersaglio

Dai primi attacchi all'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale universalistico della legge 833/1978

Pronti via: riforma sanitaria e suo tradimento

Il 23 dicembre 1978 è una data fondamentale non solo per la storia della Repubblica italiana, ma in generale per quella dell'età dei diritti. Viene approvata in Parlamento italiano la legge 833, la riforma sanitaria che disegna il Servizio sanitario nazionale universalistico al quale – almeno come concetto ideale, perché vedremo da subito quali esclusioni vennero prestissimo realizzate – siamo ormai abituati, tanto da darlo, erroneamente, per scontato.

Così ne scriveva la rivista "Prospettive assistenziali": «*Si tratta di una grande vittoria dei partiti di sinistra, del movimento sindacale e delle forze sociali che corona una lotta durata molti anni. Finalmente sarà possibile dare organicità ad un servizio di primaria importanza per tutti indistintamente i cittadini, assicurando il diritto dell'individuo alla tutela della salute collettiva.*

Ora si tratta di mantenere vivo il movimento di base per far sì che la legge di riforma sanitaria trovi piena e puntuale applicazione e non diventi un guscio vuoto com'è avvenuto per molte altre leggi.

Per questo bisognerà vigilare perché ogni controparte, nelle proprie competenze, esplichi la propria funzione per assicurare l'istituzione corretta del servizio» (1).

---

(1) "La riforma sanitaria, un impegno di tutti", *Prospettive assistenziali* n. 45, 1979. Va ricordato per completezza che era Ministro della Sanità del governo Andreotti IV la parlamentare Tina Anselmi, democristiana, e che il governo democristiano godeva dell'appoggio esterno del Partito comunista.

È incredibile quanto attuale risulti oggi il contesto in cui quella legge si affermò: gli anziani malati cronici non autosufficienti pativano allora di una cultura e di una organizzazione dei servizi assolutamente escludenti. Mentre «*negli ultimi anni larghi strati dell'opinione pubblica sono stati sollecitati a porsi in posizione critica per quel che riguarda l'istituzionalizzazione*» (2) ricordava l'editoriale della rivista, lo stesso non avveniva per gli anziani malati cronici non autosufficienti: «*Non si è fatto nulla per alleviarne le sofferenze e curare la salute di questi cittadini che sono i più indifesi, a causa del decadimento fisico e psichico*».

Nel primo ambito – quello del generale miglioramento dei servizi per i malati – le associazioni del volontariato dei diritti avevano operato in una prospettiva alternativa agli istituti, con l'istituzione dell'adozione dei bambini abbandonati invece del ricovero, l'inserimento scolastico, lavorativo e sociale dei minori con disabilità nonché tutte le persone con disabilità in grado di svolgere attività lavorativa, la legge di chiusura dei manicomi, una prevenzione sanitaria e sociale nei luoghi di lavoro e nel territorio.

Si trattava di sollecitazioni e risultati seguiti alla lotta di alcuni gruppi – spesso numericamente minoritari rispetto al numero degli addetti dei servizi o ai funzionari delle istituzioni, ma organizzati e strutturati per concentrare la loro azione sui nodi fondamentali dell'emarginazione – che portò a risultati molto positivi, anche se rimaneva ancora moltissimo da fare per arrivare a una situazione soddisfacente per l'utenza, soprattutto per quanto concerneva l'eliminazione delle cause che provocano le richieste di assistenza.

Nel campo degli anziani «*definiti cronici*», invece, «*poco è stato fatto e i problemi restano tutti da risolvere. Si tratta di un grande numero di persone che, se l'andamento dell'età media crescerà, aumenterà ancora*», ammoniva ancora "Prospettive assistenziali".

«*La situazione sanitaria nei confronti della patologia della vec-*

---

(2) Tutte le citazioni fino al fondo del paragrafo sono tratte da "Gli anziani definiti cronici vengono calpestati nei loro diritti", *Ibidem* n. 44, 1978

chiaia è gravemente carente. Una mutualità frantumata per categorie e differenziata per prestazioni, una politica di prestigio e di potere di numerose amministrazioni ospedaliere, una degenerazione mercantile della classe medica, una pratica medica sempre più differenziata secondo il censo dei pazienti non è certo portata a recepire i bisogni dei più deboli. (…) Nell'organizzazione ospedaliera vengono dimessi o non ammessi perché di solito non graditi ai medici mutualistici o specialistici troppo occupati negli aspetti burocratici e tecnici della malattia, e poco attenti al valore etico ed umano della persona, e neppure graditi dal personale paramedico ed infermieri che vedono nei cronici solo un aggravio delle loro mansioni. Nello stesso tempo con una assistenza sanitaria che non riesce a far fronte ai suoi compiti di segnalare, prevenire, curare e riabilitare, saranno sempre gli stessi anziani che vedranno accelerato il loro decadimento fisico e psichico così da esser costretti al ricovero in cronicario. Qui l'istituzionalizzazione, carente di un accertamento operativo verso i problemi personali, emarginandoli dalla loro vita di sempre con gli altri, sarà un ulteriore elemento per l'aggravamento delle loro condizioni».

Il tutto trovava «*complicità nell'inerzia e nella totale indifferenza del Governo, del Parlamento, delle Amministrazioni regionali e locali; così che le aspirazioni ad una gestione dei servizi sanitari in funzione degli interessi reali della popolazione, ripetutamente manifestate a livello verbale, non solo non hanno trovato soddisfazione ma sono state sistematicamente contraddette*».

L'inizio dell'emarginazione sanitaria

É la legge n. 30/1979 della Regione Emilia Romagna "Interventi promozionali per la realizzazione ed il potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane", che avvia il processo di "scaricamento" (cioè di esclusione dal godimento del diritto di essere curati) degli anziani malati cronici non autosufficienti dal settore della Sanità.

Analoghe disposizioni dirette al confinamento degli anziani

malati cronici non autosufficienti nel settore dell'assistenza sociale, allora e ancora oggi caratterizzato da prestazioni discrezionali e non gratuite, sono state approvate in seguito dalle Regioni Veneto (legge n. 45/1979) e Toscana (legge n. 20/1980), anche in questi casi con il pieno sostegno dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, purtroppo senza che venissero sollevate obiezioni di sorta da parte delle numerose organizzazioni che avevano promosso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Tanto il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa quanto la rivista "Prospettive assistenziali", purtroppo ancora una volta in solitudine, hanno preso posizione segnalando su basi etico-giuridiche finora mai contestate, le tragiche conseguenze che sarebbero derivate per gli anziani malati cronici non autosufficienti ed i relativi nuclei familiari.

Per quanto concerne il Piemonte, la Giunta di sinistra (Pci e Psi) non soltanto non aveva preso in alcuna considerazione la proposta di legge regionale di iniziativa popolare "Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi", presentata il 21 luglio 1978 con 13.167 firme di cittadini elettori (3), ma l'Assessore regionale all'assistenza aveva dichiarato a "Stampa Sera" del 20 dicembre 1978 che *«le case di riposo dovranno trasformarsi in case di riposo protette, cioè in strutture residenziali ad alta tutela e confort ambientale per non autosufficienti»*, precisando che *«a queste strutture accederanno ospiti per i quali le strutture riabilitative di zona (ospedali e poliambulatori) non avranno consentito un completo recupero»*.

Si trattava dunque di ghetti pensati per rinchiudere le persone non autosufficienti in attesa della loro morte. In sostanza anche la Giunta della Regione Piemonte non intendeva attuare le norme della legge 833/1978, approvata dal Parlamento il 23 dicembre 1978 e pubblicata sulla "Gazzetta ufficiale" il 28 dicembre.

---

(3) La relazione e il testo sono riportati sul n. 43, 1978 della rivista *Prospettive assistenziali*.

Il devastante documento del Consiglio sanitario dell'8 giugno 1984

Un nefasto colpo contro gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile viene inferto dal Consiglio sanitario nazionale, presieduto dal sociologo Achille Ardigò, di cui facevano parte rappresentanti dei Ministeri, Comuni, Regioni e Province autonome, Sindacati Cgil, Cisl e Uil, nonché delegati di numerose organizzazioni sociali (medici, artigiani, commercianti, ecc.). All'unanimità, nel pessimo documento dell'8 giugno 1984, vengono ribaltati completamente i contenuti dell'articolo 30 della legge 730/1983 (4) e viene affermato che *«considerato lo stretto intrec-*

(4) L'articolo 30 della legge 730/1983 era stato recepito favorevolmente (altra conferma della scaltrezza degli emarginatori che operavano – e forse operano ancora – soprattutto in seno al Ministero della sanità) dalle organizzazioni di base, compreso il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, in quanto, giustamente e nel pieno rispetto della legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, era previsto che: *«Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli Enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle Unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del Fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate.»*. Queste norme erano state valutate positivamente in quanto i costi di numerose attività sanitarie, ad esempio una consistente parte di quelle praticate nelle case di riposo, erano interamente a carico dell'assistenza (e dei degenti), nonostante che la maggioranza dei ricoverati fosse costituita da anziani malati cronici non autosufficienti e da persone con demenza senile. È da tenere presente che, ancor prima della legge 833/1978, i pensionati dei settori pubblico e privato, in base alle leggi n. 841/1953 e n. 692/1955, avevano il diritto al ricovero ospedaliero gratuito e senza limiti di durata. Per la concessione di questo diritto il Parlamento aveva stabilito l'aumento dei relativi contributi previdenziali a carico dei lavoratori, aumento incrementato dalla legge 386/1974. Ulteriore conferma del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata è stata la legge 132/1968. Cfr. il volume di Francesco Santanera e Maria Grazia Breda, *Vecchi da morire. Libro bianco sui diritti violati degli anziani malati cronici. Manuale per pazienti e familiari*, Rosenberg & Sellier, 1987, con prefazione di Norberto Bobbio. È assai importante, anche ai fini della valutazione delle deplorevoli conseguenze dell'odio sociale scatenatosi nei confronti delle persone non autosufficienti e dell'affermarsi dei principi dell'eugenetica social-utilitaristica, ricordare la discussione parlamentare relativa alla sopra citata legge n. 692/1955. Durante i lavori il Senatore Grava aveva citato la Società di mutuo soccorso "Unione tipografica italiana" (fondata a Torino il 22 giugno 1738, riordinata ai fini delle pre-

cio della presenza sanitaria e socio-assistenziale anche nelle strutture protette appare necessario, sia per l'inadeguatezza dei servizi sanitari sul territorio, che non possono farsi carico in maniera completa del problema, sia perché storicamente il non autosufficiente è stato ricoverato e assistito in ambito ospedaliero e para ospedaliero, la spesa relativa al ricovero in casa protetta o struttura similare di persone non autosufficienti carichi parzialmente (fino al massimo del 50%) sul Fondo sanitario nazionale, ai fini di determinare la correlativa riduzione della spesa ospedaliera» (5).

Si dà così avvio al progressivo impoverimento dei nuclei familiari con congiunti malati e non autosufficienti gravati del restante 50% del costo della degenza (salvo i successivi interventi socio-assistenziali di integrazione delle rette) e alla negazione del loro "status" di malati, con diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata (articolo 2, legge 833/1978).

L'emarginazione di massa prevista dal decreto Craxi dell'8 agosto 1985

Le sconvolgenti proposte approvate dal Consiglio sanitario nazionale, e cioè da tutti i partiti, da Cgil, Cisl e Uil e dalle organizzazioni di categoria, comprese quelle dei medici, sono sollecitamente accolte dal Presidente del Consiglio dei Ministri,

---

stazioni contro le malattie con atto notarile 16 agosto 1743, riconosciuta giuridicamente con decreto 6 agosto 1890), precisando che *«lo statuto di questa Società è assai interessante: mi limito solo a riportare quanto recita l'articolo 2 "Sovvenzionare a titolo di cronicismo quei soci che per la vecchiaia o per constatata incapacità fisica non possono più attendere al loro normale lavoro»*: un allarmante regresso dal 1738 al 1984, anno di approvazione del documento del Consiglio sanitario nazionale.

(5) Sul n. 68/1984 della rivista *Prospettive assistenziali* è riportato integralmente il documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 sui rapporti tra sanità e assistenza, nonché il relativo commento "Tutto è pronto per una nuova emarginazione di massa" in cui – voce solitaria nel deserto – era stato evidenziato, in particolare, che *«debbono essere attribuiti esclusivamente alla competenza sanitaria (e non a quella assistenziale) gli interventi nei confronti delle persone la cui mancanza di autonomia è dovuta a mancanza di salute».*

Bettino Craxi, che aveva emanato il decreto dell'8 agosto 1985 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833".

Come già segnalato nell'editoriale di "Prospettive assistenziali" n. 72/1985, "Un decreto per l'emarginazione dei più deboli", il provvedimento dell'8 agosto 1985 era stato assunto travalicando sicuramente le competenze del Presidente del Consiglio dei Ministri (6) in quanto stabiliva *«principi fortemente innovativi, la cui definizione spetta esclusivamente al Parlamento»*.

Infatti, nello stesso editoriale veniva rilevato che *«in sostanza il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri crea due campi nettamente distinti: a) quello sanitario per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie acute; b) quello socio-assistenziale per la segregazione delle persone espulse della sanità*».

Da notare che, contemporaneamente al nefasto decreto Craxi, veniva approvata la legge n. 440/1985, conosciuta come "legge Bacchelli", che istituisce *«un assegno vitalizio a favore dei cittadini che abbiano illustrato la Patria e che versino in stato di particolare necessità»*, di importo non superiore a cento milioni annui di lire per ciascun beneficiario. L'assegno aveva ed ha tuttora anche lo scopo di evitare che i cittadini illustri colpiti da non autosufficienza siano costretti a richiedere il ricovero nelle Rsa ghetto, finendo così in concreto come vittime del sistema emarginante. Con la legge n. 86/2003 identico privilegio, che viola l'ar-

---

(6) Il decreto Craxi viola palesemente l'articolo 5 della legge 833/1978 il cui primo comma stabilisce che *«la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria, attinenti ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria, nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari,* ***spetta allo Stato e viene esercitata****, fuori dei* ***casi in cui si provvede per legge o con altro atto avente forma di legge****, mediante deliberazioni del Consiglio dei Ministri, su proposte del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale»*.

ticolo 3 della Costituzione (pari dignità sociale ed eguaglianza davanti alla legge di tutti i cittadini), è stato ed è esteso a favore degli sportivi che versano in condizioni di grave disagio economico.

Legge n. 67/1988: ghetti residenziali per 140mila anziani e altri soggetti non autosufficienti

La legge n. 67/1988 (Finanziaria 1988) è la concretizzazione emarginante della controriforma sanitaria avviata dalla legge n. 30/1979 dell'Emilia Romagna, nonché dallo sconcertante documento dell'8 giugno 1984 del Consiglio sanitario nazionale, recepito dal decreto Craxi dell'8 agosto 1985. Prevede, infatti, *«la realizzazione di 140 mila posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e)* [si tratta della *«rete dei presidi poliambulatoriali ospedalieri ed ospedali diurni»*] *e che richiedono trattamenti continui»*. Di qui prenderà l'avvio la pratica delle dimissioni spesso selvagge, ovvero senza la garanzia di continuità terapeutica per il malato non autosufficiente.

Viene altresì previsto il relativo finanziamento nell'ambito dei 30 mila miliardi di lire stanziati per *«interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti»*.

La conseguenza è che possono essere ricoverati nelle strutture residenziali, allora definite «protette», non solo anziani non autosufficienti, ma anche persone con disabilità di qualsiasi età, purché con autonomia estremamente limitata o nulla. Fatto assai grave è che non vi fossero precisazioni in merito alle condizioni sanitarie degli utenti, per cui potevano essere persone con patologie sia acute che croniche oppure con disabilità.

Da sottolineare che la legge n. 67/1988 stabilisce altresì che le strutture residenziali *«possono essere ricavate anche presso aree e spazi disponibili dalla riduzione dei posti ospedalieri»*.

Come era stato evidenziato nell'articolo di "Prospettive assistenziali" "I 140mila posti letto per anziani della legge finanziaria 1988: emarginazione dei più deboli o rispetto dei loro diritti?", n. 82, 1988, era evidente il rischio *«che verranno gestiti dal comparto assistenziale delle Usl, comparto che ha funzioni, personale, bilancio, strutture e attrezzature distinte da quelle del comparto sanitario delle stesse Usl»*. Veniva altresì osservato che nella legge n. 67/1988 non è prevista *«alcuna norma che imponga al settore sanitario l'istituzione di interventi domiciliari (nemmeno l'ospedalizzazione a domicilio, ad esempio) ad esclusione delle prestazioni del medico di base che non sempre vengono attuate in modo adeguato»* (7).

È assai istruttiva la lettera aperta inviata al Ministro della sanità, pubblicata su "Stampa Sera" del 3 agosto 1997, dal giornalista Mario Tortello. In quella occasione egli segnalava i risultati di due ricerche (Usl 9 di Roma e Università di Modena) in base alle quali veniva smentita l'insistente campagna di stampa allora in corso, secondo cui la questione anziani era causata dal comportamento dei figli ingrati, che li parcheggiavano negli ospedali, soprattutto d'estate, per partire tranquilli per le ferie. In quell'articolo Tortello evidenziava il diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni sanitarie domiciliari e ospedaliere e chiedeva al Ministro una risposta in merito, anche per porre fine all'eutanasia da abbandono terapeutica, già allora assai praticata.

Il Ministro della salute Carlo Donat Cattin rispondeva con una lettera riportata su "Stampa Sera" precisando, fra l'altro che *«il*

---

(7) Il Servizio di ospedalizzazione a domicilio, istituito dall'Asl Torino soprattutto a seguito delle forti e continue pressioni del Csa e grazie al sostegno del Sindaco di Torino, Diego Novelli, funziona ininterrottamente e validamente dal dicembre 1985. Si vedano il volume di Fabrizio Fabris e Luigi Pernigotti, *Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti e cronici: come e perché*, Rosenberg & Sellier, 1990 e l'articolo "Ospedalizzazione a domicilio: un servizio 'ponte' tra ospedale e territorio", *Prospettive assistenziali*, n. 141, 2003.

dovere giuridico di assistenza esiste tra i coniugi; quella sanitaria è garantita dalla legge, oggi la legge 833 del 1978», con la precisazione: *«Chi ha bisogno di cure ospedaliere non ha limiti di tempo»*.

Peccato che la legge n. 67/1988, che escludeva gli anziani non autosufficienti dagli ospedali, sia stata approvata proprio dall'On. Donat Cattin quando era il Ministro della sanità!

Bobbio e Martini sugli anziani malati cronici non autosufficienti

La risposta alla iniqua legge n. 67/1988 è stato il convegno (8) "Anziani cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi" svoltosi a Milano nei giorni 20-21 maggio 1988 su iniziativa della rivista "Prospettive assistenziali" (9).

Secondo il Cardinale Carlo Maria Martini *«il primo dato fondamentale con cui siamo chiamati a confrontarci è che l'anziano, anche quello non autosufficiente, è "persona". Come ogni persona, allora, anche l'anziano non autosufficiente interpella pro-*

---

(8) Avevano preso parte al convegno, in qualità di oratori, Carlo Maria Martini, Arcivescovo di Milano e Norberto Bobbio, Filosofo e Senatore a vita; Fabrizio Fabris, Geriatra dell'Università di Torino; Marco Trabucchi, Farmacologo dell'Università di Roma; Domenico Casagrande, Direttore dei Servizi psichiatrici dell'Ussl 16 di Venezia; Giovanna Bitto della Segreteria nazionale della Federazione Pensionati Cisl di Roma; Pietro Rescigno, Giurista dell'Università di Roma; Massimo Dogliotti, Giurista dell'Università della Calabria; Giorgio Battistacci, Presidente di Sezione della Corte di Appello di Perugia; Paolo Cappellini, Giurista dell'Università di Ferrara; Luigi Pernigotti, Geriatra dell'Università di Torino; Rita Lacava, Psicologa dell'Ospedale Molinette di Torino; Enrico Pascal, Psichiatra dell'Ussl 28 di Settimo Torinese e Silvia Marangoni, Responsabile del volontariato familiare Acap -Sant'Egidio di Roma. Aveva concluso i lavori Carlo Trevisan, Esperto di programmazione socio-sanitaria. Al convegno avevano partecipato oltre 750 persone. All'ampio dibattito avevano partecipato 36 persone. Gli atti sono stati pubblicati nel volume con il titolo *Eutanasia da abbandono - Anziani cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi*, Rosenberg & Sellier, 1988, con nota conclusiva di Carlo Trevisan e post-fazione di Giacomo Perino.

(9) Il convegno era stato organizzato con la collaborazione del Centro Studi e Programmi sociali e sanitari, le Fondazioni Costantini e Zancan, l'Istituto per gli studi sui servizi sociali e la Federazione regionale della Lombardia e provinciale di Milano del Movimento di Volontariato italiano.

fondamente ogni altro uomo nella sua libertà (…). Questo appello alla libertà si esprime in due direzioni: da una parte nell'invito ad accogliere l'altro e ciò che egli può comunicare, dall'altra nell'urgenza di farsi vicino a lui per offrirgli l'aiuto di cui ha bisogno (…). L'appello e la provocazione che l'anziano non autosufficiente rivolge alla libertà altrui orienta, però, ineludibilmente anche verso un tipo di attenzione che si fa servizio, nel prendere cura di essi e nella tutela e promozione dei suoi diritti (…). Innanzitutto di quello ad essere curato tanto da garantirgli non solo la sopravvivenza ma una vita dignitosa, nella consapevolezza che egli, se spesso è inguaribile, non è per questo incurabile».

Il filosofo e senatore a vita Norberto Bobbio, dopo aver ricordato che *«aumentano i vecchi e aumenta la longevità»,* aveva rilevato che *«ciò ha creato nuovi problemi sconosciuti all'età precedente, quale il problema di chi non è autosufficiente (…). E chi non è autosufficiente non è libero! Lo è giuridicamente, ma non lo è di fatto. Qui sta la differenza tra libertà giuridica e libertà fisico-naturale. La novità è proprio la vastità del problema che ha dato origine a uno dei grandi temi oggi in discussione: il tema del diritto degli anziani, che si inserisce nel tema più generale del riconoscimento dei diritti dell'uomo. Se c'è un segno del progresso morale dell'umanità è il diffondersi del problema dei diritti dell'uomo (…). È il crescente riconoscimento dell'importanza dei diritti dell'uomo come fondamento di una convivenza fra tutti gli uomini. Questo concetto non c'è mai stato prima nella storia»*.

Il Cardinale Martini aveva altresì evidenziato che *«la famiglia è, per sua natura, l'ambito privilegiato sia dell'espressione socialmente utile della persona anziana, sia delle terapie assistenziali di cui lo stesso anziano non autosufficiente ha bisogno»* e che *«oggi la carità può essere utilmente stimolata a individuare e a attuare (…) altre coraggiose e innovative iniziative concrete in questo campo (…), ma anche nel campo delle scelte sociali e politiche»*.

A sua volta Norberto Bobbio aveva affermato che *«occorre sviluppare ulteriormente le cure a domicilio affinché gli anziani possano restare nella propria comunità: le cure a domicilio sono cure complementari a quelle ospedaliere; la famiglia, quale cellula di base della società, va protetta, incoraggiata e rafforzata in accordo con i valori culturali propri ad ogni società»*.

Il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani": speranze e delusioni

Alcune speranze aveva suscitato il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" varato il 30 gennaio 1992 da una Risoluzione approvata dal Senato e dalla Camera dei Deputati, in quanto prevedeva come prioritari i seguenti obiettivi: *«La riqualificazione dei reparti di geriatria anche con la previsione dei day-hospital (…), l'attuazione di alcuni servizi di assistenza domiciliare integrata (…), l'avviamento, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, di limitate ma ben definite sperimentazioni di spedalizzazione domiciliare (…), l'omogeneizzazione graduale, partendo dalle attuali normative regionali, delle istituzioni residenziali per anziani che non siano in fase di acuzie ma tuttavia non autosufficienti (…), l'organizzazione dell'Uvg (Unità valutativa geriatrica) come sede per l'analisi dei bisogni e la definizione delle più corrette risposte da individuarsi nella rete integrata dei servizi a favore degli anziani, in collegamento con i rimanenti servizi socio-sanitari del territorio (…), la formazione adeguata di tutto il personale che deve essere costantemente aggiornato sull'evoluzione dei bisogni da soddisfare (…), la individuazione delle risorse per l'assunzione del personale medico, infermieristico e della riabilitazione (…), la previsione di una sospensione delle convenzioni con istituzioni previste di assistenza per anziani non autosufficienti, che non abbiano le caratteristiche strutturali e gestionali»*.

Molto negative erano invece le norme per le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali. Anche se *«l'aggettivo "sanitaria" sottoli-*

nea che si tratta di una struttura propria del Servizio sanitario nazionale», tuttavia *«l'aggettivo "assistenziale" rimarca che la residenza ha anche una valenza socio-assistenziale inscindibilmente connessa alla valenza sanitaria».* Si sottolinea poi che la Rsa è un complesso *«di tipo extra-ospedaliero (…) il che legittima l'impiego da parte del Servizio sanitario nazionale di figure professionali di tipo sociale, in assenza di assegnazioni da parte degli Enti locali, con assunzione degli oneri relativi, sia pure sotto l'obbligo di contabilizzazione separata»*. Per cui con la fuorviante asserzione della necessità della presenza nelle Rsa di *«figure professionali di tipo sociale»* peraltro tutte, nessuna esclusa, presenti nei reparti ospedalieri in cui sono degenti anziani malati cronici non autosufficienti, si apre decisamente la porta per richiedere agli infermi ricoverati nelle Rsa il versamento della cosiddetta quota sociale o alberghiera, come stabilito dalla legge della Regione Emilia Romagna n. 30/1979 e proposto dal Consiglio sanitario nazionale nel documento dell'8 giugno 1984.

Inoltre, il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" prevedeva la necessità di *«coprire una parte del fabbisogno di Rsa per anziani con il ricorso al privato sociale convenzionato (…) per un totale di 10 mila posti residenziali al termine del quinquennio»* (10).

---

(10) Sul n. 97/1992 della rivista *Prospettive assistenziali* è riportato l'"Appello a favore dei malati cronici non autosufficienti" sottoscritto da Rita Levi Montalcini, Premio Nobel; Norberto Bobbio, Senatore a vita; Giorgio Benvenuto, Segretario generale della Uil; Mons. Giovanni Nervo, Presidente della Fondazione Zancan; Graziana Delpierre, Segretaria nazionale Uil Pensionati; Fabrizio Fabris, Geriatra dell'Università di Torino; Antonio Golini, Direttore Istituto ricerca popolazione del Cnr; Raffaele Minelli, Segretario generale aggiunto Spi-Cgil; Silvano Miniati, Segretario generale Uil Pensionati; Giglia Tedesco, Senatrice Pci e molti altri esperti. Nell'Appello veniva evidenziato che *«quasi un milione di italiani soffrono di malattie gravi che li hanno resi completamente non autosufficienti. Per la maggior parte sono anziani (…) queste persone hanno diritto ad essere curate anche quando non potranno più guarire, dato che inguaribile non significa incurabile (…). Hanno diritto a restare in ospedale per tutto il tempo necessario alla loro condizione ed al loro stato, in condizioni umane, nel rispetto della loro persona e non trattati come oggetti ingombranti e non graditi. Hanno diritto, quando*

Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993: la Sanità da servizio a centro di potere

Il decreto legislativo 502/1992 *«rappresenta una vera e propria controriforma della Sanità in quanto distrugge l'impostazione culturale e sociale della legge 23 dicembre 1978 n. 833 e la relativa organizzazione»* (11). Infatti, il ruolo dei Comuni nella programmazione e gestione dei servizi è praticamente nulla, la dimensione delle Usl (Unità sanitarie locali), trasformate in Asl (Aziende sanitarie locali), viene dilatata in maniera enorme al punto da prevedere *«per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia».* Alle Asl verrà sottratta la competenza degli ospedali *«di rilievo nazionale e di alta specializzazione»* e di quelli *«destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza»*: viene istituito un vero e proprio "boss", il Direttore generale dell'Asl al quale spettano *«tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale»* e la nomina dei Direttori sanitario e amministrativo.

Conferma della controriforma – diretta a rispondere non alle esigenze dei cittadini, ma a quelle di carriera dei medici – è la norma (articolo 4, paragrafo 10) in cui è previsto che *«all'interno dei presidi ospedalieri (…) sono riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione inframuraria ed una quota non inferiore al 6% e non superiore al 12% dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento»*.

---

le cure ospedaliere non sono più necessarie, ad essere assistiti a domicilio da personale sanitario qualificato e sufficiente e le loro famiglie devono essere realmente aiutate in questo grande impegno di assistenza. Hanno diritto, quando la famiglia non c'è o non è più disponibile, ad essere ricoverate in una struttura sanitaria (come quella indicata dalla legge 67 del 1988) il cui nome è Residenza sanitaria assistenziale. Deve cessare l'abuso intollerabile, frequente per molte Regioni, nelle quali il malato cronico viene "scaricato" nelle case di riposo pubbliche e private (…). Chiediamo che vengano rispettati i diritti dei malati, che tutte le Regioni istituiscano posti letto per la riabilitazione-lungodegenza ospedaliera (…)».

(11) Cfr. l'articolo "Dall'analisi della controriforma della Sanità l'esigenza dei referendum abrogativi", *Prospettive assistenziali,* n. 101, 1993.

Da notare che è rimasto quasi ovunque totalmente disapplicato l'articolo 17, paragrafo 2, in cui è previsto che le Regioni promuovono *«consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogni qual volta siano in discussione provvedimenti su tali materie»* (12).

(12) Il decreto legislativo n. 517/1993 non ha sostanzialmente modificato alcuna norma del decreto legislativo 502/1992.

I nulla

La negazione delle esigenze sanitarie dei malati non autosufficienti, lo scaricamento al «sociale», la creazione del settore socio-sanitario

L'espediente dell'«integrazione socio-sanitaria»

Con i provvedimenti citati nella prima parte di questo libro sono state gettate le basi per l'emarginazione degli anziani malati cronici non autosufficienti nelle Rsa e per favorire lauti guadagni da parte delle strutture private (che, ad avviso di chi scrive, hanno il diritto di operare, ma di cui sono inaccettabili gli abusi) e dei medici, che utilizzano l'attività presso strutture pubbliche per fornire prestazioni private a pagamento. In questa seconda parte verranno segnalati i provvedimenti concreti che hanno consentito attività inaccettabili sotto i profili umano, sociale ed economico.

Inoltre vengono prese in considerazione le leggi ed i documenti che, secondo una precisa e programmata progressione, hanno introdotto nel nostro ordinamento il nefasto espediente della "integrazione socio-sanitaria", con la finalità di creare una Sanità di serie B, in cui confinare nelle Rsa, i nuovi ghetti a pagamento, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da Alzheimer o da analoghe forme di demenza senile, estendendo questo illegittimo principio emarginante a tutti gli altri utenti non autosufficienti del Servizio sanitario nazionale: ai neonati e ai bambini, ai degenti presso le rianimazioni e a quelli dei (purtroppo rari rispetto alle domande) hospice e nei reparti dedicati alle cure palliative e alla terapia del dolore (13).

---

(13) In base alla legge n. 38/2010 ha il pieno diritto esigibile alle cure palliative e alla terapia del dolore *«la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per*

In concreto, l'espediente dell'integrazione socio-sanitaria attua il crudele principio dell'eugenetica utilitaristica.

Per quanto riguarda gli anziani cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile, le principali conseguenze della costante implementazione delle Rsa (ed il conseguente dirottamento delle risorse sulle Rsa) sono: a) la negazione del riconoscimento della priorità delle prestazioni sanitarie domiciliari in tutti i casi in cui i familiari o altri soggetti siano volontariamente disponibili ed idonei attraverso l'omessa erogazione di contributi economici in modo da poter assicurare una presenza attiva 24 ore su 24 ad un costo minore rispetto alla istituzionalizzazione, sia per rispondere alle esigenze degli infermi, sia per evitare di incorrere nel reato d'abbandono di persona incapace nei casi di auto o etero lesionismo; b) lo smisurato impoverimento dei nuclei familiari (14); c) le ormai quasi abituali illegittime dimissioni da ospedali e da case di cura di malati non autosufficienti disposte senza assicurare la continuità diagnostica e terapeutica stabilita dalla legge 833/1978; d) le prestazioni sanitarie del tutto insufficienti delle Rsa, evidenziate anche dall'ecatombe causata dalla mancanza di organizzazione del lavoro in equipe del personale emersa con il Coronavirus; e) i frequenti famelici profitti degli enti gestori privati (15); f) le frequenti notizie sui maltrattamenti inferti ai ricoverati; g) le numerose irregolarità rilevate dai Nas (16).

---

la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa».

(14) Come risulta dal documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", pubblicato nell'ottobre 2000 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, *«nel corso del 1999, due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spesa per la "cura" di un componente affetto da una malattia cronica»*.

(15) Cfr. l'articolo "Sanità di serie B, famelici profitti dei gestori privati e controlli inadeguati o inesistenti", *Prospettive assistenziali*, n. 208, 2019.

(16) Si consulti anche il documento di cui alla lettera G. "Omicidi/suicidi e maltrattamenti" del nuovo Memoriale per le vittime dell'emarginazione sociale, pubblicato sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

Dall'Unità locale di tutti i servizi per i cittadini…

Fin dall'istituzione (1965) l'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (17), aveva affrontato la fondamentale questione dell'organo di governo locale più idoneo per la corretta e partecipata gestione dei servizi di base. La scelta era stata individuata nei Comuni singoli o unificati o convenzionati. Al riguardo, la prima parte dell'articolo 30 della proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali" (18), presentata al Senato il 21 aprile 1970 con oltre 200 mila firme, stabiliva quanto segue: *«I Comuni o i Consorzi fra Comuni provvedono, con propri mezzi finanziari e con quelli forniti dal Ministero dell'assistenza sociale e dalle Regioni, alle prestazioni economiche temporanee e alla gestione dei servizi sociali. Ciascun servizio comunale proprio o consortile ha competenza su una zona comprendente da 50 mila a 100 mila abitanti»* (19).

Occorre tener presente che, in base al Censimento del 1961, emergeva la seguente situazione:

Ampiezza dei Comuni	*Numero dei Comuni*	*Numero degli abitanti*
Fino a 500 abitanti	491	174.996
501 - 1000	1.017	765.850
1001 - 2000	1.844	2.717.080
2001 - 3000	1.246	3.029.936

(17) All'epoca la denominazione era Unione italiana per la promozione dei diritti del minore.

(18) A seguito dei numerosi dibattiti organizzati per la raccolta delle firme era emerso che le norme sul disadattamento, inserite nella proposta di legge di iniziativa popolare, dovevano essere profondamente modificate.

(19) La proposta di legge di iniziativa popolare "Interventi per gli handicappati psichici, fisici, sensoriali ed i disadattati sociali" ha notevolmente contribuito all'approvazione della legge n. 118/1971 "Conversione in legge del decreto legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili", il primo provvedimento a tutela delle persone con disabilità.

3.001 - 4.000	824	2.824.432
4.001-5.000	627	2.780.077
5.001 - 10.000	1.172	7.978.950
10.000 - 20.000	488	6.572.969
20.000 - 30.000	137	3.277.844
30.000 - 50.000	95	3.586.274
50.000 - 100.000	62	4.384.940
Oltre 100.000	32	12.530.221
Totali	8.035	50.623.569

Com'è evidente, i Comuni con un numero molto limitato di abitanti non erano, non sono e non saranno mai in grado di assumere la gestione non solo delle prestazioni per le persone con disabilità di cui alla citata proposta di legge di iniziativa popolare, ma anche quelle di tutti le altre attività di base. Per tali ragioni l'Ulces, come risulta dalla bozza provvisoria di proposta di legge regionale di iniziativa popolare "Disposizioni in materia di preparazione, aggiornamento e riconversione di operatori sociali, di barriere architettoniche, di standard minimi, di unità locali e di comprensorio", pubblicata sul n. 13, 1971 della rivista "Prospettive assistenziali", aveva previsto (articolo 14) che *«i servizi di assistenza sociale, scolastica, sanitaria, psichiatrica ed ospedaliera, di istruzione artigiana e professionale devono essere presenti, a seconda delle competenze, nei territori delle unità locali dei servizi e dei comprensori in cui abitano gli aventi diritto»* con la precisazione che *«le prestazioni di assistenza sociale e sanitaria, comprese quelle alle persone handicappate o comunque con difficoltà fisiche, psichiatriche, sensoriali o di altra natura, devono essere fornite nell'ambito dei servizi per tutti i cittadini»* (20).

(20) Numerosi sono gli articoli pubblicati sulla rivista *Prospettive assistenziali* prima dell'approvazione della legge 833/1978 in merito all'Unità locale di tutti i servizi, individuate per la gestione unitaria di tutti i servizi di base da parte dei Comuni singoli o unificati o associati. Si vedano, ad esempio, "Unità locale e servizi onnicomprensivi", n. 20, 1972; "Proposta di

Con l'approvazione della legge 833/1978 la questione delle Unità locali aveva impegnato maggiormente l'Ulces in quanto, in base all'articolo 13 *«sono attribuite ai Comuni tutte le funzioni e iniziative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non sono espressamente riservate allo Stato e alle Regioni»,* mentre ai sensi dell'articolo 14 *«l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è determinato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50 mila e 200 mila abitanti (…)»*: si poteva quindi operare per promuovere un percorso che portasse all'Unità locale di tutti i servizi di base (21).

… al Servizio sanitario gestito come azienda

La costituzione delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende sanitarie ospedaliere, previste dal decreto legislativo 502/1992 è stata un nuovo e preoccupante atto in contrasto con le esigenze e i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile, soprattutto perché creava una struttura a se stante con caratteristiche di stretta natura imprenditoriale. In alternativa alle istituzioni basilari delle democrazie partecipate (i Comuni), vengono attribuiti rilevantissimi poteri decisionali ad un numero limitato di Direttori delle Aziende sanitarie sia locali che ospedaliere. Totalmente diversa era, ed è, la funzione dei Sindaci, che operano insieme agli Assessori, devono

---

legge regionale di iniziativa del Comune di Settimo Torinese sui servizi sanitari e sociali", n. 25, 1974; "Prime iniziative in merito alla proposta di legge di iniziativa popolare «*Competenze regionali in materia di servizi sociali e scioglimento degli enti assistenziali*»", n. 30, 1975; "Una sola Unità locale: un unico organo di governo", n. 33, 1976; Maurizio Mancini, "L'Unità locale dei servizi: uno strumento per il benessere psichico, fisico e sociale", n. 37, 1977; "Presentata la proposta di legge regionale piemontese di iniziativa popolare «Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi», n. 43, 1978.

(21) Un'intensa attività concernente l'Unità locale di tutti i servizi era stata svolta sia dalla Fondazione Zancan, presieduta dal compianto Mons. Giovanni Nervo, sia dall'Aai, Amministrazione delle attività assistenziali italiana e internazionali, con la promozione e il coordinamento delle attività, in particolare dei seminari di studio, da parte del Dott. Carlo Trevisan.

rendere conto delle loro azioni ai Consiglieri di maggioranza e di minoranza, mentre i cittadini hanno la possibilità di far sentire la loro voce e di esprimere il loro consenso attraverso l'elezione diretta.

Quindi si passa dalla Sanità per i cittadini ad un servizio autocratico che, com'è successo in molte parti del nostro Paese, ha favorito e favorisce il doppio lavoro dei medici che utilizzano il settore pubblico per acquisire clienti privati a pagamento.

Inoltre è stata resa molto più complessa l'attuazione delle importantissime funzioni del Servizio sanitario, in particolare per quanto concerne la prevenzione delle malattie e del disagio psichico, attività precisata come segue dall'articolo 1 della legge 833/1978: *«Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività»*.

Com'è ovvio, la caratterizzazione imprenditoriale assegnata al Servizio sanitario è un forte incentivo alla riduzione delle spese e, quindi, delle prestazioni, in primo luogo quelle relative agli infermi più deboli, soprattutto se impossibilitati ad autodifendersi a causa della gravità delle loro condizioni di salute: malati inguaribili e non autosufficienti.

Colpi rossi: ancora in Emilia Romagna la seconda «botta» alla legge 833/1978

Porta la data del 3 febbraio 1994 la devastante legge della Regione Emilia Romagna n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore degli anziani non autosufficienti" in cui, come era stato evidenziato nell'editoriale del n. 105, 1994 della rivista "Prospettive assistenziali" è negato *«agli anziani cronici non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie in quanto: non viene riconosciuta la loro caratteristica essenziale e cioè che si tratta di persone malate, spesso sofferenti a causa di*

una pluralità di patologie, viene istituito il nuovo comparto "socio-sanitario" non previsto da alcuna norma nazionale e caratterizzato dalla discrezionalità propria degli interventi del settore dell'assistenza sociale (…); le prestazioni sono in parte a carico degli utenti (…); nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, non vengono emarginati solo i vecchi inguaribili, ma anche gli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile, (…) la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi sanitari (ad esempio la verifica della validità delle cure oncologiche) spetta ad un assistente sociale che – ovviamente – non ha né deve avere alcuna competenza diagnostica e curativa; non è previsto il servizio di ospedalizzazione a domicilio e quindi moltissimi vecchi o resteranno a casa senza essere curati o verranno ricoverati in Rsa contro la loro volontà e le loro esigenze» (22).

---

(22) Le disastrose norme della legge della Regione Emilia Romagna n. 5/1994 erano state approvate in netto contrasto non soltanto con le indicazioni molto meno negative del Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" del 30 gennaio 1992 (cfr. primo capitolo), ma anche con le analoghe disposizioni dell'Atto di intesa fra Stato e Regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale 1994-1996, approvato il 25 novembre 1993 in cui era previsto che scopo precipuo delle prestazioni alle persone anziane *«è il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza»* e indicava nei seguenti gli *«interventi prioritari per gli anziani non autosufficienti: "Istituire le Unità di valutazione geriatriche (Uvg) presso le divisioni di geriatria attualmente esistenti e, in fase sperimentale, in alcune Usl; attivare o potenziare i servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi) in modo da assistere, entro il 1996, almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in Rsa, che siano non autosufficienti, parzialmente non autosufficienti o a grave rischio di invalidità; attivare in via sperimentale, e gradualmente, la spedalizzazione domiciliare nel 10% dei casi spedalizzabili a regime; attivare centri diurni di riabilitazione; (…) promuovere a livello nazionale e regionale, mediante apposite iniziative e procedure di carattere legislativo, misure atte a favorire la permanenza degli anziani in famiglia; (…) attivare misure di controllo della qualità della vita degli anziani istituzionalizzati (…)"»*. Per quanto concerne le prestazioni sanitarie residenziali *«a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati»* il sopra citato "Atto di intesa" stabiliva che l'obiettivo *«è promuovere, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti (…) nonché la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche»*. Risulta dunque evidente che l'approvazione da parte della Regione Emilia Romagna della legge n. 5/1994 è stato un colpo di mano diretto a cambiare sostanzialmente le posizioni del Parlamento e del Governo.

La malattia diventa “disagio”, da problema sanitario a problema sociale

Da notare che nella scheda di valutazione della non autosufficienza della citata legge dell’Emilia Romagna, fra le *«condizioni di disagio»* sono indicate le neoplasie, la demenza, i traumi e le fratture, le condizioni invalidanti degli apparati locomotori, respiratori, genito-urinari e neurologici e, con incredibile accostamento, *«l’assenza di risorse sociali e/o familiari»*.

Inoltre è sconcertante che nella stessa legge n. 5, 1994 sia stata “inventata” la casa protetta *«struttura a carattere residenziale, volta ad assicurare trattamenti socio-assistenziali e sanitari, destinata ad anziani non assistibili nel proprio ambito familiare, parzialmente autosufficienti e a quelli non autosufficienti per i quali l’Unità di valutazione geriatrica non ritenga necessario* [senza alcuna indicazione in merito ai criteri di riferimento!, n.d.r.] *l’inserimento in Residenza sanitaria assistenziale»*. Al comma 2 dello stesso articolo 23 era anche previsto che *«le case protette possono prevedere al loro interno nuclei modulari di Residenza sanitaria assistenziale»*.

Da notare che, nella legge in oggetto, le disposizioni relative alle case protette, strutture non previste da alcuna norma statale, non sono state modificate, nonostante che il Commissario del Governo dell’Emilia Romagna con raccomandata a mano, protocollo n. 130/2.07.02/CG, avesse evidenziato che *«non è chiara la natura della struttura che la Regione intende realizzare, tanto più che le case protette e le Residenze sanitarie assistenziali hanno finalità e caratteristiche ben differenziate, per cui non è opportuna la loro commistione»* (23).

---

(23) In data 30 dicembre 1993 il Csa – Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, aveva inviato un telegramma al Ministro della sanità Maria Pia Garavaglia per chiedere un intervento urgente diretto ad impedire che il Commissario del Governo per l’Emilia Romagna apponesse il visto al testo approvato dal Consiglio regionale, poi legge n. 5, 1994, senza ottenere alcun riscontro, poiché – come era stato segnalato nell’editoriale del n. 106,1994

È altresì assai significativo che la legge 5, 1994 sia stata approvata dal Consiglio regionale dell'Emilia Romagna in netta opposizione alla proposta di legge di iniziativa popolare per la stessa Regione "Riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati cronici non autosufficienti e realizzazione delle Residenze sanitarie assistenziali", il cui testo è pubblicato sul n. 89/1990 della rivista "Prospettive assistenziali" (24).

La devastante e autolesionista svolta dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil

Mentre erano attese iniziative dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, in particolare da parte dei gruppi dei Pensionati contro la legge n. 5, 1994 della Regione Emilia Romagna, emerse che l'approvazione era stata addirittura sostenuta dai Sindacati, cioè da coloro che si

---

della rivista "Prospettive assistenziali" il Ministro *«si è piegato alle pressioni di coloro (medici di base e ospedalieri, strutture di ricovero assistenziale, ecc.) che continuano a negare il diritto agli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie nelle forme previste per gli altri cittadini»*. Al riguardo occorre ricordare la fortissima pressione esercitata dalle migliaia di gestori degli istituti di ricovero a carattere di internato che, a seguito dell'iniziativa dell'Anfaa – Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, non incassavano più le rette degli oltre 300 mila minori rientrati in famiglia o adottati a seguito della legge 431/1967. Essi, temevano anche di perdere i clienti delle case di riposo, per cui martellavano le forze politiche affinché venisse riconosciuto, come era stato precisato nella mozione approvata al termine dei lavori del convegno svoltosi a Selvino il 4-5 ottobre 1985, che *«il reale futuro delle case di riposo sta in una rapida riconversione che le ponga in grado di rispondere ad una precisa e diversa domanda dell'utente»*, tenendo conto che *«il ricovero dei non autosufficienti in strutture alternative a quelle ospedaliere costituisce un notevole risparmio per la collettività e che la maggiore specializzazione ad esse conseguentemente richiesta, sarà fonte di maggiore occupazione per diverse figure professionali».*

(24) A dimostrazione dell'interesse di una parte consistente della popolazione attiva in merito alla questione delle cure da fornire agli anziani malati cronici non autosufficienti, si segnala che analoghe proposte di legge di iniziativa popolare erano state presentate ai Consigli regionali della Lombardia e del Piemonte, mentre dai Consiglieri Mori (Dc), Monani (Pds), Scalabrini (Verdi Federalisti) e, congiuntamente da Lunghi (Rifondazione Comunista) e Del Longo (Verdi), erano state depositate rispettivamente ai Consigli regionali della Liguria, Valle d'Aosta, Lazio e Toscana. Nessuna di esse era stata presa in considerazione dai rispettivi Consigli regionali a conferma che in quel periodo le forze politiche erano non solo indifferenti o contrarie alle istanze di base, ma erano soprattutto ostili alle richieste concernenti il rispetto dell'universalità delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

incaricavano di rappresentare coloro che ne sarebbero stati inevitabilmente colpiti duramente non soltanto sotto il profilo delle cure sanitarie, ma anche sul piano economico.

Inoltre si era constatato che i vertici del Sindacato che ricoprivano posizioni di responsabilità, avevano dapprima sottoscritto documenti in favore del diritto alle cure sanitarie dei malati non autosufficienti (in particolare l'"Appello in favore dei malati cronici non autosufficienti"), per poi sostenere l'esatto contrario (25).

Indicativo delle drammatiche conseguenze economiche per i malati non autosufficienti delle iniziative della Regione Emilia Romagna a partire dalla legge n. 30/1979, è l'episodio segnalato dal Segretario della casa di riposo di Bagnocavallo (Ravenna) al convegno "Le Residenze protette per gli anziani", svoltosi a Modena dal 28 al 30 ottobre 1982. A proposito delle illegittime rette a carico degli anziani non autosufficienti e dei loro congiunti, il segretario aveva reso noto quanto segue: *«Abbiamo l'esempio di due anziani che, per non far pagare delle cifre così grosse ai parenti, si sono lasciati morire, hanno smesso di mangiare e a un certo punto se ne sono andati»*. Agghiacciante, ma non per i responsabili diretti e indiretti dell'illegale imposizione di contributi economici non previsti dalle leggi dello Stato (26).

1989, linee guida dei requisiti per le Residenze sanitarie assistenziali

Approvata la legge 11 marzo 1988 n. 67, che aveva stanziato 30mila miliardi di euro per la realizzazione di 140mila posti letto

---

(25) Si tratta, in particolare, di Silvano Miniati – Segretario generale Uil Pensionati, di Raffaele Minelli – Segretario generale aggiunto Spi-Cgil, di Graziana Delpierre - Segretaria generale Uil Pensionati che avevano sottoscritto l'appello insieme al Premio Nobel Rita Levi Montalcini, al Senatore a vita Norberto Bobbio e ad altre note personalità. Il testo dell'appello è pubblicato sul n.97, 1992, della rivista "Prospettive assistenziali".

(26) Come era stato segnalato nell'editoriale del n. 104/1993 *«a Reggio Emilia si arriva a pretendere Lire 1.917.000 al mese per il ricovero in casa protetta. La delibera della Giunta municipale prevede – incredibile ma vero – che ad un figlio, che vive da solo, con uno stipendio di Lire 2.750.000 al mese, vengano sottratti per il ricovero di un congiunto malato cro-*

in strutture residenziali già richiamate nella prima parte, a dimostrazione del disinteresse del Governo e del Parlamento sul destino di decine di migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, solamente il 22 dicembre 1989 il Presidente del Consiglio dei Ministri, Giulio Andreotti, emana il decreto relativo ai requisiti delle Rsa.

Per lasciare il massimo spazio possibile ai privati, anche, se non soprattutto, sotto il profilo economico, e per consentire le più ampie possibilità di esclusione dei malati non autosufficienti dagli ospedali, nel decreto *«si definisce residenza sanitaria assistenziale una struttura extra ospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti. Presupposto per la fruizione della residenza sanitaria assistenziale è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare al domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria»* (27).

Nelle Rsa deve essere prevista una organizzazione per nuclei, sistema che *«consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo ed autosuffi-*

---

nico non autosufficiente fino a Lire 1.917.000, rendendolo così un vero e proprio povero, avendo a disposizione un reddito di appena Lire 883.000 mensili per tutte le necessità (alloggio, riscaldamento, vitto, vestiario, ecc.)». Per quanto concerne gli illeciti perpetrati in quel periodo in Emilia Romagna, si veda l'articolo "Negato a Ravenna il diritto alle cure sanitarie: resoconto di un grave sopruso", n. 110, 1995, *Prospettive assistenziali*.

(27) Si tenga presente che non è previsto alcun impegno in merito alla istituzione del servizio sanitario domiciliare di cure sanitarie e all'ospedalizzazione a domicilio. A questo proposito si ricorda che l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e che, non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti al Servizio sanitario, nessuno può imporre ai familiari di infermi di svolgere attività sanitarie. Occorre inoltre ricordare che la persona che anche non volontariamente è responsabile delle cure domiciliari di un infermo non autosufficiente, deve garantire una presenza attiva 24 ore su 24 sia per rispondere alle esigenze del malato sia per evitare di incorrere nel reato di abbandono di incapace nei casi di auto o etero lesionismo del paziente.

cienti, senza determinare sovrapposizioni»: dunque il Governo auspica Rsa/ghetto per il maggior numero possibile di persone in difficoltà.

Per quanto concerne le tipologie, le Rsa vengono suddivise in:

a) *«nuclei elementari singoli (fino a 20 posti) che beneficiano dei servizi sanitari e sociali di distretto con particolare riferimento all'assistenza domiciliare»;*

b) *«sistemi di più nuclei che non vanno oltre i 60 posti residenziali dotati di propri servizi sanitari e sociali secondo la condizione degli ospiti e le connessioni con i servizi sanitari e sociali esistenti sul territorio».*

Inoltre, il decreto in oggetto stabilisce che *«in zone di alta intensità abitativa ed urbana la ricettività della residenza può essere accresciuta fino a 120 posti, comunque organizzati in nuclei di 20 persone»*, senza alcuna precisazione circa le condizioni di salute degli utenti.

1994, linee guida sulle condizioni di salute degli utenti

Bisogna aspettare altri cinque anni perché quei già infimi requisiti vengano approvati. Infatti, solo in data 31 marzo 1994 il Ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia trasmette agli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province autonome le linee guida sulle Rsa stabilendo che erano destinate alle *«diverse tipologie di disabili, ivi compresi gli anziani non autosufficienti»* e cioè ai soggetti *«caratterizzati dall'esistenza di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi (congeniti o acquisiti) che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di handicap o di dipendenza»*. Di conseguenza è previsto che *«la Rsa realizza un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera»* e che *«le prestazioni da offrire in termini qualitativi e quantitativi debbono quindi essere orientati a contrastare o com-*

pensare la perdita di autonomia, che spesso si esprime nel soggetto disabile come incapacità di permanere o rientrare al proprio domicilio»!

Queste stupefacenti asserzioni, però assai valide per l'emarginazione di massa di infermi che non possono protestare, è ulteriormente precisata dalle linee guida del Ministro Garavaglia in cui viene stabilito che *«esulano dal ricovero ospedaliero i trattamenti di lunga assistenza e di riabilitazione prolungata per anziani e altri soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio»*.

1997, Decreto del Presidente della Repubblica: aggiornamento dei requisiti delle Rsa

Ricordiamo infine che, per quanto concerne i requisiti delle Rsa, il decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 stabilisce che le Rsa devono avere una *«capacità ricettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti articolata in nuclei da 10/20 soggetti»* e che *«sono destinati a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuro psichiatriche stabilizzate»* e che devono *«utilizzare un modello organizzativo che (…) garantisca la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati»* e *«personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate»*, senza alcuna altra precisazione. Pertanto, in assenza di precise norme regionali, i gestori delle Rsa hanno sempre avuto ed hanno ampissimi spazi per decidere in autonomia, sulla base dei loro interessi, le prestazioni da (non) fornire (però da fatturare alle Aziende sanitarie locali e agli utenti) anche perché i controlli sono sovente (cfr. le indagini dei Nas) inconsistenti.

In proposito, va osservato che i controlli sarebbero semplicissimi: non si capisce in base a quale motivo le istituzioni non obblighino i gestori delle Rsa pubbliche e private a trasmettere ai

competenti uffici dei Servizi sanitari regionali, insieme ai dati relativi ai degenti per il pagamento della retta a carico della sanità, anche copia dei versamenti effettuati all'Inps e all'Inail per i contributi previdenziali dei loro dipendenti e copia delle fatture del personale non dipendente, in modo da verificare se sono stati presenti tutti gli operatori stabiliti nella convenzione sottoscritta dalle parti per la gestione delle attività assegnate alle Rsa.

Inoltre, non si capiscono nemmeno i motivi per cui non viene imposto ai gestori delle Rsa, e anche a quelli delle case di cura e degli ospedali privati (per i quali valgono anche le sopra precisate proposte) l'obbligo di esporre in ciascun reparto tabelloni indicanti il numero e la qualifica degli operatori che devono essere presenti nei turni giornalieri feriali e festivi.

La deriva eugenetica: chi deve essere curato e chi no

Legge 328 del 2000 e «integrazione socio-sanitaria»: si struttura la Sanità di serie B e la selezione dei malati «non degni» di cure

Com'è stato evidenziato nelle prime due parti, la Regione Emilia Romagna, con l'approvazione delle proprie leggi n. 3/1979 e 5/1994, aveva per ben due volte creato le condizioni dirette a smantellare le fondamenta della legge 833/1978, in base alla quale il Servizio sanitario nazionale doveva (e deve tuttora) assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* (articolo 2), stabilendo quindi che le relative prestazioni dovevano (e devono) essere obbligatoriamente fornite a tutte le persone guaribili o inguaribili, giovani o adulte o anziane, autosufficienti o non autosufficienti, colpite da patologie acute o croniche, ricche o povere (28).

(28) A ulteriore garanzia delle persone deboli e di quelle anziane, nella legge 833/1978 il Parlamento aveva stabilito anche che il Servizio sanitario deve provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»* (articolo 2) e *«deve operare senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* (articolo 1). Si ricorda altresì che – come già richiamato in precedenza – l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»*. Aspetto, questo, della massima importanza in quanto mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, compiti attribuiti al Servizio sanitario dalla sopra citata legge 833/1978. È pertanto evidente che né le Regioni, né altri enti o persone possono imporre ai familiari prestazioni di competenza della Sanità. Pertanto, come da decenni viene richiesto dalle organizzazioni che hanno promosso questa pubblicazione, occorre che il Parlamento approvi una legge diretta a promuovere le prestazioni sanitarie domiciliari per gli infermi acuti e cronici, garantendo le occorrenti cure mediche e infermieristiche e assicurando ai familiari, che volontariamente accettano questa pesante responsabilità e ne sono ricono-

Com'è stato ricordato in precedenza, le devastanti leggi dell'Emilia Romagna sono state fortemente sostenute dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil, in particolare dai loro pensionati con evidenti e notevoli conseguenze negative non solo per i loro iscritti ed i loro congiunti, ma per tutti gli infermi – giovani, adulti, anziani – colpiti dalle paralizzanti sofferenze della non autosufficienza.

Vanno poi ricordate le dimissioni numerose e selvagge di infermi non autosufficienti da ospedali pubblici e da strutture private, comprese alcune collegate con la Chiesa cattolica (29), in palese violazione con le vitali esigenze dei malati e dei loro vigenti diritti, pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili (30).

Anche per il fatto che le migliaia di decessi avvenuti nelle Rsa a causa del Covid-19 non sono state causate solamente da incuria, ma da deficit strutturali, di sistema, della presa in carico, occorre intervenire con urgenza e fermezza affinché queste e altre analoghe strutture, ad esempio le cosiddette case protette, non vengano semplicemente riorganizzate, ferma restando l'urgente necessità di provvedere agli interventi occorrenti per assicurare al più presto prestazioni sanitarie idonee agli utenti, ma rientrino a pieno titolo nelle strutture del comparto sanitario eliminando di fatto la cesura tra cure (e utenti) sanitarie e socio-sanitarie.

Gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile hanno diritto alle occorrenti indifferibili prestazioni

---

sciuti idonei, il necessario sostegno economico, meno ingente rispetto al costo dell'istituzionalizzazione, affinché agli infermi possa essere fornita una presenza attiva 24 ore su 24 sia per rispondere alle esigenze imprescindibili ed emergenziali del malato, sia per non incorrere nel reato di abbandono di soggetto incapace in casi di autolesionismo del paziente o di danni procuratigli da terzi.

(29) Con riferimento solamente agli ultimi anni segnaliamo che la Fondazione promozione sociale onlus è intervenuta in merito alle "Opposizioni alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica assicurati dalle leggi vigenti" nei confronti dell'Istituto Don Gnocchi di Torino e di Milano, del Centro di riabilitazione Santa Maria Bambina e dell'Ospedale Cottolengo di Torino.

(30) Si veda l'articolo "Attività del Comitato di difesa dei diritti degli assistiti, *Prospettive assistenziali*, n. 49, 1980. Il Comitato funziona ancora attualmente.

sanitarie e socio-sanitarie di competenza del Servizio sanitario nazionale e non ad una pseudo Sanità di serie B.

La legge 328/2000 sull'assistenza sociale: principi insensati e norme ingannevoli

Dall'esame oggettivo delle norme della legge 328/2000, il cui testo base era stato presentato con lo scopo di sottrarre competenze al Servizio sanitario, è assai difficile individuare elementi validi per le migliaia di persone e di nuclei familiari in gravi difficoltà socio-economiche. In primo luogo va osservato che, mentre la Costituzione (primo comma dell'articolo 38) limita il campo di azione dell'Assistenza ad *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere»* e quindi ad un numero assai ristretto di cittadini, l'articolo 2 della legge 328/2000 stabilisce assurdamente che *«ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112»,* cioè *«tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione dei servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le condizioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia».*

È significativo che nel sopra citato articolo 128 si faccia riferimento non solo e giustamente ai «*bisogni*», ma purtroppo anche alle «*difficoltà*». Ne hanno approfittato numerose Amministrazioni pubbliche per negare le prestazioni dei vari settori sociali (casa, lavoro, sanità, ecc.) alle persone deboli (ad esempio, rispettivamente gli sfrattati, i disoccupati e gli anziani cronici non autosufficienti) (31) per confinarle nel settore dell'assistenza sociale,

(31) È ovvio che il settore dell'assistenza non ha alcuna competenza istituzionale e tecnica in merito ai problemi della casa, del lavoro e della sanità, né dispone delle strutture e

considerato l'idoneo contenitore degli emarginati. Questa procedura è stata sostenuta dal solito espediente della mancanza di sufficienti risorse economiche, usato per attuare politiche e pratiche di eugenetica sociale di triste memoria.

Oltre alla netta distinzione fra il settore della sanità e quello dell'assistenza sociale, l'individuazione dello scopo reale della legge 328/2000 (32), che prevede anche interventi per le persone non autosufficienti, si evince dal fatto che non viene riconosciuto alcun nuovo diritto esigibile, nemmeno ai cittadini destinatari degli interventi che fanno capo al citato articolo 38 della Costituzione (33).

Per aprire la strada all'attribuzione al settore dell'assistenza sociale delle attività sanitarie rientranti nella valutazione «difficoltà», oltre alla denominazione di livelli essenziali di "assistenza" e non di «sanità», si segnalano le seguenti disposizioni della legge 328/2000 che non prevedono diritti esigibili, anche perché mai sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (34):

---

del personale idoneo per queste attività. In sostanza può soltanto erogare sostegni economici e quindi cronicizzare le situazioni.

(32) Per conoscere le valutazioni del Csa, si veda il libro di Maria Grazia Breda, Donata Micucci e Francesco Santanera, *La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali. Analisi della legge 328/2000 e proposte attuative, Utet Libreria, 2001.*

(33) Si ricorda che nella seduta della Camera dei Deputati del 18 gennaio 2000 era stato respinto l'emendamento presentato dagli On.li Diego Novelli, già Sindaco di Torino per otto anni, e Tiziana Valpiana così formulato: *«Com'è stabilito dagli articoli seguenti, gli interventi e servizi sociali si distinguono in obbligatori e facoltativi».* L'emendamento aveva lo scopo di individuare le norme concernenti diritti esigibili e le disposizioni riguardanti semplici affermazioni. Nonostante la totale assenza di nuovi diritti – erano confermati solo quelli già presenti per le pensioni – Emanuele Ranci Ortigosa, aveva sostenuto sul n. 14/2000 di *Prospettive sociali e sanitarie* che fra *«le previsioni più innovative»* della legge 328/2000 vi era la *«affermazione di un vero e proprio diritto dei cittadini a usufruire le prestazioni»*. A sua volta Maurizio Giordano sul n. 7-8/2000 della *Rivista del volontariato* aveva segnalato la presenza nel testo di diritti che in realtà erano inesistenti.

(34) È una evidente presa in giro il 2° comma dell'articolo 22 della legge 328/2000 in cui viene stabilito che *«ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 31 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali ero-*

- articoli 6 e 11 - ai Comuni sono attribuiti i compiti relativi alla *«autorizzazione, accreditamento vigilanza* […] *delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti privati;*

- articolo 14 - *«i Comuni, d'intesa con le Aziende sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale»;*

- articolo 15 - *«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* […] *il Ministro per la solidarietà sociale* […] *determina annualmente la quota da riservare a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia* [miracolo dell'intervento dell'assistenza sociale, n.d.r.] *e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta»;*

- Articolo 15 - *«Una quota dei finanziamenti* [facoltativi per l'assistenza, n.d.r.] […] *è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, volti a sostenere e favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare* […]*»*.

Ciò premesso non si può negare una evidente tragica concordanza tra la legge 328/2000 e gli obiettivi perseguiti dalle leggi della Regione Emilia Romagna n. 30/1979 e 5/1994, nonché con

---

gabili sotto forma di beni e servizi, secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale». Dunque, da un lato si fa riferimento ai livelli essenziali, e cioè a diritti pienamente esigibili, e d'altro canto ne viene condizionata l'erogazione «*nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali*», nonostante si tratti di attività di enorme importanza: in particolare misure di contrasto della povertà, aiuti economici per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio delle persone incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, interventi di sostegno delle responsabilità familiari, azioni per la piena integrazione delle persone con disabilità, prestazioni dirette a contrastare dipendenze da droghe, alcool e farmaci.

i numerosi provvedimenti con particolare riguardo a quelli diretti alla definizione e attuazione dei Livelli essenziali di assistenza, di cui non c'era e non c'è alcuna necessità (se non per distorcere illegittimamente le norme che disciplinano il Servizio sanitario) essendo sufficienti, come avviene in materia di prevenzione e di cura degli infermi acuti, le indiscutibilmente idonee disposizioni della legge 833/1978.

Un ulteriore e fortissimo sostegno all'emarginazione sanitaria degli anziani malati cronici non autosufficienti era stato assicurato dal Segretario nazionale della Cgil, Sergio Cofferati, che, nella comunicazione inviata al Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti del Csa in data 30 luglio 1997, aveva affermato che *«essere anziani cronici non è una malattia»* (35).

Decreto del 14 febbraio 2001: entrano in azione i Livelli essenziali di assistenza per l'istituzione e il funzionamento della Sanità di serie B

Dopo numerosi preannunci esplorativi (in particolare, decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229), tenuto anche conto che non erano state sollevate obiezioni neppure da parte delle migliaia di organizzazioni di volontariato caritatevole, il Presidente del Consiglio dei Ministri, On. Giuliano Amato, molto probabilmente incoraggiato dalle autole-

---

(35) Il testo integrale della lettera di Sergio Cofferati è riportato sul n. 119, 1997 della rivista "Prospettive assistenziali". Si tenga altresì presente che nella "Guida ai servizi per le persone non autosufficienti", predisposta e diffusa dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil a partire dal 1988, veniva asserita la necessità che *«la persona non autosufficiente, se ne sente il bisogno, possa restare in collegamento con gli organi di informazione politica e partecipare attivamente al dibattito e alle scelte»* (!). A sua volta Lalla Golfarelli, responsabile delle politiche sociali del Pci di Bologna, nella tavola rotonda sul tema "Gli anziani cronici non autosufficienti in bilico fra sanità e assistenza", svoltasi ad Abano Terme il 15 giugno 1988 nell'ambito della Festa nazionale dell'Unità, aveva detto che nelle residenze protette, in cui erano ricoverati anziani cronici non autosufficienti, dovevano essere promosse attività di socializzazione *«come andare a teatro, frequentare circoli e lezioni di inglese»*.Tutto, pur di distrarre dalla mancata cura e dal diritto negato alla tutela della salute.

sionistiche posizioni dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, dalle citate parole di Sergio Cofferati e dal totale silenzio della Chiesa cattolica e delle altre confessioni (36), aveva emanato il decreto (amministrativo) "Atto di indirizzo e coordinamento in materia socio-sanitaria", datato 14 febbraio 2001, in cui, come era stato rilevato nell'editoriale del n. 135, 2001 della rivista *Prospettive assistenziali*, *«con piglio strettamente burocratico, ha la finalità di inserire i malati ultradiciottenni colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza, come se fossero degli oggetti, in caselle prefabbricate allo scopo di ridurre le responsabilità e gli oneri del Servizio sanitario nazionale e di porre a carico degli utenti il pagamento di somme, indicate come quote alberghiere»*.

Le caselle, ragionieristiche e per nulla sanitarie, riguardano le seguenti attività: a) *«fase intensiva e di durata breve e prefissata»*; b) *«fase estensiva, caratterizzata da un programma di medio o prolungato periodo definito»*; c) *«fase di lungoassistenza il cui decorso è indeterminato»* (37).

Per le prime due fasi, di durata breve, gli oneri sono posti interamente a carico del Servizio sanitario, mentre per gli altri periodi, che possono durare anche anni, i costi sono in parte a carico degli infermi, violando apertamente il già citato articolo 1 della legge 833/1978 in base al quale il Servizio sanitario nazionale *«deve operare senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»*.

Nello stesso editoriale veniva precisato che *«le classificazioni concernenti le fasi intensiva ed estensiva (addirittura con durata*

---

(36) Fra i numerosi articoli pubblicati sulla rivista *Prospettive assistenziali* a tutela delle esigenze e dei diritti degli infermi non autosufficienti, si vedano l'editoriale "L'eutanasia da abbandono: lettera aperta al Ministro della sanità, On. Rosy Bindi" e "Un nostro grido di allarme di vent'anni fa purtroppo ignorato", n. 124/1998.

(37) Cfr. l'editoriale del n. 135, 2001 "Dal diritto alle cure sanitarie gratuite alla beneficienza a pagamento: queste le nuove ciniche norme riguardanti gli ultradiciottenni con patologie cronico-degenerative e non autosufficienti".

prestabilita!) sono evidentemente prive di qualsiasi logica e risultano contrarie alla pratica medico-infermieristico-riabilitativa, in quanto il soggetto malato dovrebbe essere curato dal Servizio sanitario in base alle sue condizioni di salute, che, com'è evidente, sono mutevoli e non predeterminabili» (38).

Occorre altresì precisare che si fondano su basi non solo ingannevoli, perché inattuabili, ma anche fuorvianti, le norme dell'articolo 3 del decreto del 14 febbraio 2001 in cui viene precisato che *«sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie conseguite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale»*.

Sono norme ingannevoli in quanto nulla viene stabilito in merito agli *«adeguati interventi sociali»* da erogare *«contestualmente»* alle prestazioni prima indicate come *«sanitarie»* e subito dopo definite *«assistenziali»*.

Istituita la Sanità di serie B dal decreto 29 novembre 2001

Con l'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Berlusconi, controfirmato dai Ministri della salute e dell'economia Sirchia e Tremonti, viene concretamente istituita la Sanità di serie B destinata, in particolare e come primo atto, agli anziani non autosufficienti (39).

Mediante la truffaldina definizione secondo cui *«le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale»* (40) sarebbero le attività

---

(38) *Ibidem*.

(39) Non essendo legalmente definita l'età in cui si diventa anziani, in alcune Rsa sono stati e sono ricoverati anche adulti non autosufficienti.

(40) Cfr. F. Santanera, "La bufala dell'integrazione socio-sanitaria: continua la dannosa confusione fra «sociale» e «assistenziale»" e "Esempi di attività sanitarie svolte nel rispetto

«nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili», il decreto stabilisce che *«si è convenuta, una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale»* (41), percentuale calcolata nel 50% per le *«prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona»* (e quindi a tutti i malati maggiorenni!) erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) o programmata (Adp), nonché, nella stessa misura del 50% per le *«prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienza»* in regime semiresidenziale o residenziale, *«ivi compresi interventi di sollievo»*, imposizione che contrasta nettamente con il già citato articolo 1 della legge 833/1978 (42).

Inoltre il decreto stabilisce che sono a carico degli utenti sia le prestazioni semiresidenziali e residenziali per disabili gravi nella misura del 30%, aumentabile al 60% se si tratta di *«disabili privi del sostegno familiare»*, sia gli interventi *«in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie»,* con la quota del 60%; mentre per le *«prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo assistenza in regime residen-*

---

delle valenze sociali: umanizzanti, relazionali e comunitarie", *Prospettive assistenziali*, n. 204, 2018.

(41) Occorre sottolineare il contenuto molto ingannevole della frase *«costo non attribuibile alle risorse finanziarie* [non alle "competenze", n.d.r.] *del Servizio sanitario nazionale»*. Infatti nelle prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali assicurate a tutti gli altri utenti, dai degenti in reparti preposti alle cure palliative, agli hospice, ai ricoverati nelle rianimazioni, non è mai prevista la presenza di operatori dipendenti dal settore dell'assistenza sociale. Detto personale non è nemmeno presente nel settore delle cosiddette «*prestazioni sanitarie di rilevanza sociale*».

(42) L'articolo 1 della legge 833/1978 stabilisce in particolare che il Servizio sanitario nazionale deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»*. Cfr. anche l'articolo di M. Perino, "I livelli essenziali di assistenza: riduzione della spesa sanitaria e nuova emarginazione", *Prospettive assistenziali*, n. 137, 2002.

ziale a favore di persone affette da Aids» la percentuale dei costi a carico degli infermi è del 30%.

Inoltre è stabilito che i Comuni devono intervenire per la parte dell'importo non coperto dalle risorse del malato (43).

È cosi che, in concreto, con la creazione della Sanità di serie B vengono attuati i deleteri principi della eugenetica sociale.

Al riguardo nell'articolo "La nuova sanità tra vecchi e pidocchi", apparso su *La Repubblica* del 10 dicembre 2001, Mario Pirani aveva denunciato *«lo stato di vergognoso abbandono in cui il Servizio sanitario nazionale lascia i vecchi lungodegenti, per lo più non autosufficienti, affidati a famiglie allo stremo, quando non ridotti alla più disperata solitudine, in liste di attesa per ospizi pubblici indecorosi, privi di mezzi oppure costretti ad integrare la pensione e la solidarietà di qualche parente caritatevole in grado di pagare le alte rette delle case di cura private»*.

Un altro sostegno all'emarginante Sanità di serie B era stato assicurato dall'On. Augusto Battaglia, Responsabile nazionale delle politiche sociali dei Democratici di sinistra, con la presentazione alla Camera dei Deputati della proposta di legge n. 2166 "Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per le persone anziane non autosufficienti", fondata sul falso presupposto dell'assenza nelle disposizioni vigenti di adeguate prestazioni sanitarie alle quali avessero il pieno diritto esigibile tutte le

---

(43) Nonostante la Costituzione stabilisca all'articolo 117, comma 2 che *«lo Stato ha legislazione esclusiva»* in merito all'ordinamento civile, e cioè nei riguardi dei rapporti economici fra il settore pubblico ed i cittadini, sono abbastanza numerosi i Comuni che hanno stabilito norme vessatorie a carico degli infermi per quanto concerne l'integrazione delle rette di ricovero. Al riguardo si ricorda che nella sentenza n. 2121/2013, il Tar della Lombardia ha precisato che *«il novellato Titolo V della Costituzione ex articolo 117, comma 2, lettera l) riserva la materia "Ordinamento civile" alla legislazione statale esclusiva»*. Pertanto, per quanto concerne le contribuzioni economiche, le Regioni ed i Comuni non hanno alcuna competenza: devono applicare le leggi dello Stato e possono soltanto approvare norme più favorevoli per i contribuenti.

persone malate, compresi ovviamente gli anziani cronici non autosufficienti (44).

Preso atto dell'estrema gravità delle norme del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, approvato con un atto amministrativo, un gruppo di associazioni (45) aveva promosso una raccolta di firme (i sottoscrittori erano stati oltre 35mila) per la presentazione al Presidente del Consiglio dei Ministri e altre Autorità della Petizione popolare.

Inoltre i Comuni di Collegno, Grugliasco, Nichelino e Rivoli (46) avevano presentato un ricorso al Tar del Lazio in data 3 aprile 2002 con la richiesta della sospensione del provvedimento in oggetto, sospensione respinta dal Tar del Lazio con ordinanza del 23 maggio 2002, consentendo così al Parlamento di approvare la legge finanziaria 289/2002 che ha reso cogenti i Lea (47), previsti dai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e 14 febbraio 2001.

Sulla base dei dati che vennero forniti da Silvio Aiassa, Sindaco di Cavaglià e Vice Presidente della Federazione Anci (Associazione nazionale Comuni italiani) Piemonte, nella tabella A

---

(44) Un commento e il testo della proposta di legge dell'On. Augusto Battaglia sono presenti nei n. 139 e 140, 2002 di *Prospettive assistenziali*. Purtroppo ancora attualmente (2020) vi sono Parlamentari e organizzazioni, ad esempio Cgil, Cisl e Uil che non vogliono riconoscere che la caratterizzazione di fondo di tutte le persone non autosufficienti è la gravissima carenza della loro salute e che la competenza primaria è del Servizio sanitario nazionale.

(45) Il Comitato era composto dalle seguenti organizzazioni: Avo - Associazione volontari ospedalieri, Sea - Servizio emergenza anziani, Utim - Unione per la tutela degli insufficienti mentali, Cpd - Consulta per le persone in difficoltà, Diapsi - Difesa ammalati psichici, Csa - Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, Aima - Associazione italiana malati di Alzheimer, Gruppi di volontariato vincenziano, Società di S. Vincenzo de' Paoli..

(46) In merito al ricorso erano intervenuti ad *adjuvandum* i Comuni di Torino, Mantova e Beinasco, nonché il Consorzio intercomunale dei servizi socio-assistenziali di Alpignano.

(47) L'articolo 54 della legge 289/2002 stabilisce fra l'altro che *«le prestazioni riconducibili ai […] livelli essenziali di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 […]»*.

sono indicati i costi di alcune prestazioni e gli importi posti a carico degli utenti e/o dei Comuni dal decreto del 29 novembre 2001.

TABELLA A

Tipo di prestazione	Costo mensile della prestazione (euro)	Costo mensile per l'utente e/o il Comune (euro)	Percentuale sul costo totale
Interventi infermieristici e tutelari ai soggetti malati	520	260	50%
Centri diurni per soggetti con handicap grave	1.450	435	30%
Centri diurni per soggetti con handicap non grave	1.450	1.450	100%
Strutture residenziali per soggetti con handicap grave	4.200	1.260	30%
Strutture residenziali per soggetti con handicap privi del sostegno familiare	4.200	2.520	60%
Strutture residenziali per soggetti con handicap non grave con sostegno familiare	4.200	4.200	100%
Rsa (residenze sanitarie assistenziali) per adulti o anziani non autosufficienti	2.320	1.160	50%
Centro diurno per malati di Alzheimer	930	465	50%
Strutture per malati psichiatrici a bassa intensità assistenziale	1.930	1.160	60%
Malati di Aids lungodegenti	2.630	790	30%

Le conseguenze del decreto Berlusconi, Sirchia e Tremonti sono state e sono disastrose. Al riguardo si evidenziano due aspetti. Come risulta dall'articolo del giurista Francesco Pallante, pubblicato sul n.1/2019 di *Il Piemonte delle Autonomie*, ri-

vista di Scienze dell'Amministrazione promossa dal Consiglio regionale del Piemonte, in Regione sono circa 30 mila, come segnalato dagli uffici regionali, le persone *«in lista d'attesa per ricevere servizi residenziali o semiresidenziali»*. Si tratta di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone con demenza senile, aventi tutti, in base alla legge 833/1978, il pieno e, se necessario, immediato diritto alle cure sanitarie essendo le loro esigenze assolutamente indifferibili sulla base delle precisazioni contenute nel documento citato in precedenza del 6 luglio 2015 dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino.

Altro micidiale effetto è quello accertato dal VII Rapporto redatto da Rbm Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa, che reca la data del 7 giugno 2017, in cui viene segnalato che «*ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico*», che nell'area dei "saluteimpoveriti" e cioè delle persone (1,8 milioni) che «*dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria*» e che «*ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale*». Va rilevato – fatto a nostro avviso di estrema gravità – che anche in questo caso, nella ricerca nulla viene detto in merito al vigente diritto delle persone non autosufficienti alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

Decreto del 12 gennaio 2017: la Sanità di serie B per tutte le persone – giovani, adulti, anziani – non autosufficienti

A causa del silenzio sulle devastanti conseguenze dei citati provvedimenti, e della mancanza di azioni di contrasto, il Presidente del Consiglio dei Ministri, Paolo Gentiloni, in accordo con

i Ministri della salute e dell'economia Lorenzin e Padoan, ha emanato il decreto (amministrativo) del 12 gennaio 2017. Nel Dpcm continuano ad essere impunemente violate le norme di legge che assicurano il diritto alla continuità diagnostica e terapeutica degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile (48).

Dopo l'ingannevole affermazione dell'articolo 5: *«Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le Aziende sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili»*, le altre norme stabiliscono l'esatto contrario per quanto concerne le prestazioni residenziali e semiresidenziali riguardanti gli infermi non autosufficienti.

Le Regioni hanno imposto illegittimamente criteri selettivi per negare o ritardare l'accesso alle prestazioni sanitarie degli infermi non autosufficienti attraverso le unità di valutazione introdotte dal Progetto obiettivo nel 1992 e dal Dpcm 12 gennaio 2017 (aggiornamento dei Lea), con il confinamento di decine di migliaia di questi infermi in abusive liste d'attesa. Fra le centinaia di violazioni delle esigenze sanitarie **indifferibili** delle persone non autosufficienti, si segnala che, come risulta da *La Voce del Popolo* del 19 ottobre 2014, in Piemonte erano *«almeno 32mila (…) le persone non autosufficienti in lista d'attesa*

(48) Nel frattempo la Fondazione promozione sociale onlus ha proseguito a fornire la necessaria consulenza (gratuita) in merito all'opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura di infermi non autosufficienti. Al riguardo si ricorda che dal 1978 ad oggi le opposizioni seguite prima dal Csa e poi dalla Fondazione sono state oltre 20 mila. Per quanto concerne la Regione Lombardia, in cui non sono state presentate dai congiunti o da altro (tutori, amministratori di sostegno, ecc.) ricorsi alla Magistratura per le illegittime e crudeli dimissioni imposte, si vedano gli articoli "Sanità di serie B, famelici profitti dei gestori privati e controlli inadeguati o inesistenti" e "Lombardia mon amour: immotivate lodi al sistema sanitario lombardo, promotore di emarginazione e negazione delle cure", *Prospettive assistenziali*, n. 208, 2019. Nel secondo articolo è riportato il testo integrale dell'esposto inviato il 14 novembre 2019 a tutte le Procure della Repubblica della Lombardia.

di un posto in struttura o di cure domiciliari». *La Stampa* del 5 ottobre 2018 precisa che nella sola Città di Torino *«9mila sono gli anziani non autosufficienti in lista d'attesa»*.

Inoltre, il mancato riconoscimento del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) è causa della diffusa e rilevante povertà economica anche del ceto medio.

Fra le più gravi e palesi violazioni approvate dalle Regioni ma introdotte dai Lea nei riguardi dell'articolo 1 della legge 833/1978, segnaliamo le seguenti:

a) la valutazione preventiva della situazione socio-economica degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile al fine di individuare il punteggio per la loro collocazione nelle illegittime liste d'attesa. Da parte di alcune commissioni viene addirittura anche considerata la situazione socio-economica del nucleo familiare dell'infermo;

b) l'obbligo del pagamento della cosiddetta quota alberghiera o sociale (per le Rsa il 50% della retta totale), mentre nulla viene richiesto per le degenze di infermi non autosufficienti ricoverati nelle rianimazioni, negli hospice e nei reparti preposti alle cure palliative e alle terapie contro il dolore;

c) frequenti richieste da parte dei gestori delle Rsa di denaro per prestazioni sanitarie dichiarate indispensabili, senza imporre tuttavia al Servizio sanitario di corrisponderle nella misura del 100% o del 50%;

d) costo a carico totale degli infermi ricoverati nelle Rsa per i trasferimenti presso ospedali per emergenze o prestazioni sanitarie specifiche, ad esempio dialisi.

Altresì, hanno esclusivamente la funzione di proclami gli articoli 22 concernente le prestazioni domiciliari e 23 riguardante le cure domiciliari palliative.

Il decreto precisa che le prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli infermi non autosufficienti riguardano «*tutte le persone non autosufficienti*» e quindi non solo gli anziani, ma

anche i giovani e gli adulti, nonché – addirittura – i minorenni se si interpreta correttamente la parola "persone"!

Tenendo conto dell'estrema gravità delle disposizioni del decreto Gentiloni, Lorenzin e Padoan, alcune organizzazioni di base (49) avevano presentato ricorso al Tar del Lazio e poi al Consiglio di Stato nella speranza di ottenere giustizia.

Nella relativa sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato (50) ha valutato positivamente il decreto Gentiloni del 12 gennaio 2017 anche sulla base dell'insensata affermazione secondo cui, per tutti o quasi gli infermi cronici non autosufficienti, è valida *«l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi verso forme sempre più indotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza»* (51).

Sulla spinta dell'emarginazione ed esclusione sociale dei malati non autosufficienti, i giudici del Tar del Piemonte, nella sentenza n. 501/2019, con riferimento all'inserimento in lista di attesa di un anziano malato non autosufficiente in una Rsa in convenzione con l'Asl, hanno apoditticamente affermato che

---

(49) I ricorrenti erano le associazioni del Csa: Associazione promozione sociale - Aps, Utim. Insieme a loro, le associazioni In nome dei diritti (Prato), Senza Limiti (Milano), Movimento di tutela disabili Mtd (Pavia), Adina - Associazione difesa non autosufficienti (Firenze), Umana - Unione per la difesa dei diritti dei malati non autosufficienti (Perugia) e Gva - Gruppo volontari assistenza handicappati (Acqui Terme).

(50) Un commento alla sentenza n. 1858/2019 è riportato nell'articolo "Un'altra devastante e anticostituzionale sentenza del Consiglio di Stato: confinati nei «cronicari» i malati giovani, adulti e anziani non autosufficienti. Occorrono iniziative forti e urgenti per contrastare questa crudele prassi di eugenetica sociale", *Prospettive assistenziali*, n. 206, 2019.

(51) Si tratta di affermazioni che contrastano con la natura stessa dei malati non autosufficienti. Nel volume di Costantino Cipolla, *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, 2004, alla pagina 76 invece viene puntualizzato che *«una malattia cronica è una malattia che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né giungono a miglioramento. Secondo la definizione della National Commission in Cronich Illness, sono croniche tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche».*

«non può certo sostenersi che tutte le persone non autosufficienti abbiano, per ciò stesso, diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l'inserimento in strutture residenziali di soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture semiresidenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto inapplicabile, per l'enorme dilatazione del numero di posti letto che comporterebbe». In sostanza i Giudici negano l'esigibilità delle prestazioni Lea, più volte confermato dalle sentenze della Corte costituzionale (52); si riferiscono agli anziani malati cronici non autosufficienti come persone che devono essere "assistite" e non come malati da curare; ritengono che i congiunti siano obbligati a garantire le prestazioni domiciliari, necessarie 24 ore su 24, oppure nelle Rsa con oneri totali a loro carico, perchè non si possono spendere grosse risorse per un malato anziano non autosufficiente, insomma un esempio allu-

---

(52) Si ricordano in particolare le sentenze della Corte costituzionale n. 509/2000, 275/2016, 36/2013 e 62/2020.

- Nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale ha evidenziato che «*secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto*».

- Nella sentenza n. 275/2016 la Corte costituzionale ha precisato che «*il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del le-*

cinante di pratica di razzismo (trattamento diverso tra malati autosufficienti e non autosufficienti) e di eugenetica sociale.

Infine, ma non certo meno importante, nel decreto viene totalmente dimenticata l'importantissima legge n. 38/2010 che, come precisa l'articolo 1, *«tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore»*, dimenticanza che è una ulteriore conferma della negazione della dignità di decine di migliaia di anziani cronici non autosufficienti e di persone colpite dalla demenza senile.

La legge n. 38/2010 stabilisce all'articolo 1, comma 2, che *«è tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato* […] *al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze»*.

Da tener presente che, ai sensi dell'articolo 2, per cure palliative si intende *«l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo*

---

gislatore un limite invalicabile nel "rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati" (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto». La sentenza n. 275/2016 sancisce inoltre che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

- Nella sentenza 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «*l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti [identiche sono le norme concernenti le persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitatissima o nulla autonomia] è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri», ed ha chiarito che «non vi è un rapporto automatico tra ammontare del Fondo sanitario regionale e rispetto dei Livelli essenziali di assistenza: il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione*».

nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici».

Per quanto riguarda la terapia del dolore si tratta dell'*«insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore»*.

L'omesso rispetto della legge sulle cure palliative e la terapia del dolore che – lo evidenziamo – riguarda non solo i malati, ma anche il sostegno dei familiari, è una vergogna nazionale che la Magistratura dovrebbe valutare anche in relazione non solo del più volte citato articolo della legge 833/1978 sull'obbligo assegnato al Servizio sanitario di operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali»*, ma anche degli articoli 2 e 3 della Costituzione, nonché delle norme relative al giuramento professionale dei medici e dei codici di deontologia degli stessi medici e degli infermieri.

Conclusioni

Con l'entrata in vigore del decreto Gentiloni, Lorenzin e Padoan del 12 gennaio 2017 si può ritenere chiuso il primo ciclo dei Livelli essenziali di assistenza, essendo stato conseguito lo scopo di rendere conforme alla legge la crudele emarginazione degli infermi non autosufficienti, siano essi giovani, adulti o anziani.

Non si può peraltro escludere che, appena se ne presenterà l'occasione, i sostenitori dell'eugenetica socio-economica agiscano per scaricare questi malati al settore dell'assistenza sociale, caratterizzato com'è noto dalla discrezionalità degli interventi e dall'imposizione di oneri economici anche consistenti a

carico degli utenti e dei loro nuclei familiari. Si tratterebbe di una ulteriore spinta per scaricare i malati non autosufficienti dal settore socio-sanitario addirittura a quello assistenziale.

Dunque, a tutela delle vitali esigenze e dei diritti costituzionali, c'è l'urgente necessità di considerare sempre i Livelli essenziali di assistenza lo strumento utilizzato per l'emarginazione sanitaria dei malati non autosufficienti e di rivendicare con atti concreti l'attuazione onesta dell'ottima legge 833/1978.

Parte Seconda

Difendersi, si può

Come ottenere sempre le cure per i malati non autosufficienti appellandosi ai diritti vigenti

Diritti concreti

Nei primi due capitoli di questa pubblicazione, si è tentato di tracciare le tappe più significative un percorso cinquantennale (dall'approvazione della legge 833/1978 ai giorni nostri) di progressiva erosione del diritto universalistico alle cure che ha riguardato i malati cronici non autosufficienti. La negazione del diritto alle cure per tutti i malati, qualsiasi sia la patologia da cui sono affetti e senza limiti di durata, si è progressivamente estesa da alcune categorie di malati (in primis gli anziani malati cronici non autosufficienti) a tutte le persone, di qualunque età, malate non autosufficienti nelle modalità che si è cercato di descrivere.

Senza negare la situazione, che va denunciata come una palese e reiterata discriminazione compiuta proprio da quelle istituzioni che dovrebbero invece assicurare l'effettiva erogazione delle cure (Stato, Regioni, prima Unioni, poi Aziende sanitarie…), non va in parallelo taciuta la concreta possibilità che i singoli hanno di difendersi dalla negazione delle cure, appellandosi ai principi costituzionali e alle norme che hanno istituito e dato formulazione giuridica al diritto fondamentale alla tutela della salute e che sono tuttora vigenti. La denuncia del diritto minacciato, strutturalmente eroso e negato, da sola, provoca una sorta di assuefazione all'ingiustizia nella quale non si trova l'appiglio per la rivendicazione di ciò che è giusto. Che invece è l'aspetto fondamentale dei casi singoli, che vanno tutti a buon fine, nei quali la vittima del diritto negato si trova in una situazione di forza e di legittimità tale da «costringere» l'istituzione a fare

molto più di «ciò che vuole lui» (sarebbe il trionfo della discrezionalità e della disparità): ciò che «è giusto, è legale» in base alle norme di tutela del fondamentale diritto umano alla protezione della salute.

Praticare e raccontare questi percorsi di affermazione concreta del diritto alle cure (che equivale a dire «del diritto *tout court*», poiché il diritto enunciato, senza sua concretizzazione, di fatto è un non-diritto) come fanno la Fondazione promozione sociale onlus e i Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, ha diverse implicazioni positive. Senza la pretesa di esaurirle tutte, se ne citano alcune.

Primo, seguire casi individuali concreti significa tutelare veramente coloro che si trovano nella disperata situazione di vedersi negate le cure (o di vederle negate ad un parente).

Secondo, sia i singoli che le associazioni, se operano secondo i metodi dell'azione/volontariato di affermazione dei diritti (1), acquisiscono competenze per così dire «strutturali», che valgono non solo per il singolo caso, ma per casi analoghi (per esempio sono molto utili se il famigliare si trova a difendere un secondo caso di negazione delle cure, oppure «passa parola» ad un conoscente che sta vivendo una situazione simile); sul fronte dell'attività delle associazioni/organizzazioni la competenza maturata è fondamentale per l'interlocuzione con le istituzioni e altre organizzazioni sociali.

Nella ormai cinquantennale esperienza del Csa e in quella

---

(1) F. Santanera, A. M. Gallo, G. D'Angelo, *Il volontariato dei diritti*, Utet Università, 2005. La promozione e la difesa dei diritti, la rivendicazione delle esigenze e dei bisogni delle persone non autosufficienti (malati e/o persone con disabilità) nei confronti delle istituzioni è, di fatto, azione costitutiva esclusiva del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e della Fondazione promozione sociale. Nessun'altra organizzazione sociale e associazione agisce – a conoscenza di chi scrive – strutturalmente per questi scopi nell'ambito dei diritti fondamentali dei malati/persone con disabilità non autosufficienti, preferendo accomodarsi sul volontariato o l'azione "compassionevole", di intervento spesso minimo e insufficiente sugli effetti della negazione delle cure e assolutamente disinteressato (perciò complice dell'ingiustizia in atto) alla rimozione delle cause dell'emarginazione o esclusione sociale.

quasi ventennale della Fondazione promozione sociale onlus, fondata nel 2003, è assodato che chi, tra le organizzazioni sociali, non dà consulenza ai casi singoli spesso non ha per nulla chiaro come «funzionano» le cose. Su numerosi temi – e questo drammaticamente riguarda anche le istituzioni, i ministeri, gli assessorati, gli uffici tecnici delle Regioni, dei Comuni, molti professionisti del settore – non è chiaro (e, nei casi peggiori, ma diffusi, è mistificato) nemmeno l'oggetto stesso della questione: un conto è conoscere la condizione dei malati, i loro diritti, le loro possibilità, i particolari anche minimi (l'importo preciso delle prestazioni extra richieste in una struttura, l'articolo della delibera regionale che disciplina la fornitura dei pannoloni, l'iter concreto di attivazione della fornitura delle protesi a casa…), interloquire con i parenti e seguirli nella rivendicazione del diritto alla cura; altro è affrontare il tema attraverso «categorie astratte», quella di «fragili», per esempio (generalmente omettendo la qualifica di malati non autosufficienti e quindi la loro dimensione di soggetti titolari di diritti esigibili in campo sanitario), o fare riferimento a «bisogni sociali» senza che questi vengano mai declinati in specifiche prestazioni o, ancora, giustificando la necessità di «valutazioni» dei malati che richiedono le prestazioni, quando queste sono ormai l'assodato strumento per negare i servizi, «mischiando» impropriamente l'accertamento del bisogno sanitario, che per legge deve trovare incondizionata e se necessario immediata risposta, ad altri parametri cosiddetti «sociali» ai quali condizionare l'accesso alle prestazioni sanitarie stesse (la presenza di famigliari, la proprietà di un immobile, la consistenza del reddito e di altri patrimoni…).

Proprio questo è un terzo aspetto positivo della gestione quotidiana dei casi individuali: avere a che fare – e poter raccontare – la realtà dei fatti e il miglior antidoto contro qualsiasi forma di falsificazione e di «propaganda». I fatti, si sa, sono ostinati e anche in un'epoca di cosiddette «postverità» (cioè di bufale, inganni, narrazioni falsate, come tante volte successo nella storia,

beninteso) metterli sul tavolo di fronte all'interlocutore fornisce spesso un potente strumento di demistificazione.

Dalla negazione del diritto alle cure dell'Asl

La vicenda realmente accaduta che riportiamo di seguito conferma che il diritto alle cure sanitarie è esigibile e il Servizio sanitario deve curare tutti, compresi i malati cronici non autosufficienti.

La storia che segue dimostra anche, purtroppo, che le associazioni di rappresentanza dei malati sono ancora «timide» o impreparate nella difesa dei casi individuali, anche se in questo caso hanno perlomeno aiutato il familiare a contrastare la dimissione del suo congiunto malato e non autosufficiente dalla struttura sanitaria e non hanno esitato a indicare la Fondazione promozione sociale onlus quando si sono accorti di non avere la preparazione necessaria per difendere i diritti del malato non autosufficiente dalle vessazioni della Casa di cura in cui era ricoverato.

Raccontiamo passo dopo passo l'evolversi della vicenda – che si è conclusa con esito positivo, come tutte quelle di questo genere in cui vengono seguite le indicazioni della Fondazione promozione sociale onlus – perché è un caso tipico, potremmo dire «di scuola». L'auspicio è che le organizzazioni sociali che leggono, i singoli volontari o operatori, siano incoraggiati ad assumere la concreta tutela dei casi individuali come attività centrale, anche perché ciò aumenta la «forza contrattuale» nei confronti delle istituzioni, che finora hanno «lasciato correre» sui comportamenti illegittimi assunti dalla maggior parte delle Case di cura convenzionate con il Servizio sanitario. Non si deve dimenticare, infatti, che tali Case di cura operano a nome e per conto della Sanità pubblica e hanno perciò l'obbligo di garantire il diritto alla cura di chi è malato cronico e non autosufficiente senza limiti di durata, fino a sua diversa destinazione nel percorso di continuità terapeutica deciso dall'Asl com'è previsto dalle leggi vigenti.

La signora D., originariamente ricoverata presso un grande ospedale di Torino, si trova in degenza presso la Casa di cura P.,

in un Comune a dieci chilometri dal capoluogo, per riabilitazione a seguito di fratture multiple e grave situazione di osteoporosi. Dopo quattro settimane di degenza, la Casa di cura le comunica che i 30 giorni di degenza «ordinaria» stanno per terminare e che la madre verrà dimessa a breve: la figlia della signora D. – secondo quanto riferitole a voce dal personale della Casa di cura – dovrà quindi riportare a casa la madre, anziana malata e non autosufficiente, oppure dovrà provvedere a trovarle privatamente una sistemazione in una struttura residenziale socio-sanitaria (Rsa).

Sono tutte comunicazioni fuorvianti, contrastanti con quanto stabiliscono le leggi, dis-informazioni che non tengono conto della titolarità dell'Asl sul percorso di cura della paziente. A che titolo la Casa di cura interviene sulla continuità delle cure alla paziente? Ricordiamo che i malati vengono inviati dall'Azienda sanitaria locale alle Case di cura, e che la titolarità del ricovero rimane dell'Azienda sanitaria, non della singola struttura che svolge un compito – ben remunerato! – per conto dell'ente pubblico.

La prospettata negazione delle cure contrasta con il diritto della malata di ricevere le stesse senza limiti di durata (previsto dall'articolo 2 della legge 833/1978) e fa leva su un inesistente obbligo dei parenti a farsi carico delle esigenze sanitarie dei propri famigliari malati. Nessuna legge del Parlamento italiano ha mai istituito questo obbligo. La Costituzione lo vieta espressamente laddove, articolo 23, sancisce che «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

Quella della signora D. e di sua figlia è una delle situazioni più comuni di negazione delle cure che i parenti dei malati non autosufficienti si trovano ad affrontare (nel silenzio di tutte le organizzazioni sociali: chiese, sindacati, ordini professionali… un silenzio che, trattandosi di violazione dei diritti, sconfina come già detto nella complicità).

Vale la pena di raccontare nel dettaglio la storia della signora

D., il cui caso è stato seguito dalla Fondazione promozione sociale per tutte le pratiche relative all'affermazione del diritto alle cure. Si vedrà come in concreto questo si affermi contro le discriminazioni e le violenze di operatori pubblici e privati del settore.

Lo stop alle dimissioni

All'annuncio delle (illegittime) dimissioni, la figlia della signora D., anziana malata cronica non autosufficiente, è nell'impossibilità di prendersi cura della madre presso il proprio domicilio. Non che questo sia il fattore determinante del diritto alla continuità terapeutica di sua madre, perché nessuna legge le impone di curare la madre malata non autosufficiente anche avendone materialmente le possibilità, ma lo segnaliamo perché si tratta di una condizione frequente nei casi seguiti dalla Fondazione promozione sociale onlus.

I dubbi e le paure della figlia della signora D. nascono principalmente dalla valutazione sulle condizioni cliniche (malata non autosufficiente con molte patologie gravi) e sulle possibilità economiche della madre che percepisce unicamente un assegno di mantenimento di 450 euro al mese. L'indennità di accompagnamento è stata richiesta, ma al momento non è stata ancora effettuata la visita alla commissione medica competente. La figlia non ha la possibilità di prendersi cura della madre a casa propria dato che deve lavorare durante il giorno e non sarebbe in grado di assicurare le prestazioni e il monitoraggio necessari. Infine, la figlia della signora D. non possiede un mezzo di trasporto privato ed ha quindi la necessità che la degenza definitiva avvenga in una struttura facilmente raggiungibile con il sistema di trasporto pubblico.

La figlia della signora D. decide di opporsi alle dimissioni della madre dalla Casa di cura P., rivolgendosi all'associazione *Cittadinanza attiva*. L'istanza che le viene fatta compilare dall'associazione, seppur sufficiente per ottenere la prosecuzione della degenza, non è tuttavia completa ed efficace per contrastare le di-

missioni dalla casa di cura di riabilitazione dove la madre è stata trasferita e che, allo scadere dei primi trenta giorni di degenza, insiste per dimetterla. Nel modulo inviato, ad esempio, manca qualsiasi riferimento normativo alla base delle richieste di continuità terapeutica, così come la disdetta – molto importante – di ogni eventuale contratto o impegnativa firmata in precedenza che la signora D. o sua figlia temono di aver sottoscritto all'ingresso nella casa di cura.

L'intervento della Fondazione promozione sociale

L'associazione *Cittadinanza attiva* e il collegato *Tribunale dei diritti del malato*, vista la complicazione del caso, indirizzano la figlia della signora D. alla Fondazione promozione sociale onlus (2). Appurato che il modulo di opposizione inviato non è completo, viene consigliato alla signora di rispedire l'opposizione alle dimissioni della madre, utilizzando il fac-simile reperibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it.

La lettera fac-simile predisposta dalla Fondazione (lettera raccomandata A/R riportata anche nell'appendice di questa pubblicazione) contiene, oltre agli importanti rimandi normativi e giurisprudenziali, anche alcuni punti di fondamentale importanza per assicurare l'esito positivo dell'istanza.

Per prima cosa si disdice con effetto immediato qualsiasi impegno assunto in precedenza; si richiede quindi, vista l'impossibilità del rientro a domicilio, di veder riconosciuto il ricovero definitivo dell'infermo presso una struttura in regime sanitario o socio-sanitario a seconda delle necessità in convenzione con

(2) Si tratta, in realtà, di un caso tra i più comuni, ma è già stato rilevato che sono molto deboli e spesso inefficaci per i pazienti gli interventi delle associazioni che non seguono alcune basilari regole di intervento (richiedere/effettuare solo comunicazioni scritte, rimanere aggiornati sulla normativa e sui conseguenti moduli/istanze da sottoporre ai casi individuali, riaffermare il diritto esigibile alla continuità delle cure ad ogni presa di posizione delle Asl o delle strutture di cura che voglia negare le prestazioni ai malati).

l'Asl, con il trasferimento dalla struttura attuale a quella definitiva a completa cura e spese dell'Asl, come stabilisce l'articolo 2 della legge n. 833/1978, confermato dalla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 72/2004.

L'importanza della disdetta di eventuali impegni sottoscritti nasce dalla constatazione che i familiari quasi mai ricordano se hanno o meno sottoscritto impegni all'ingresso nella Casa di cura (a scanso di equivoci, quindi, si fa disdetta, considerato che tutte le condizioni autonomamente imposte dalla Casa di cura sono illegittime poiché, ricordiamolo, la paziente è inviata in struttura dall'Asl, che paga per intero la degenza ed è l'unica titolare nel fissare condizioni di ricovero della paziente). Spesso, poi, i parenti dei malati non chiedono – nonostante sia loro diritto – copia di quanto firmato (3).

Alla figlia della signora D. viene imposta la firma di un regolamento che, tra le altre cose, prevede che *«in caso di ricovero improprio, a seguito del termine indicato per le dimissioni, il paziente è tenuto a corrispondere alla struttura 75 euro al giorno a titolo di retta alberghiera, fino alla sua effettiva dimissione»*. L'invio dell'istanza di Opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica predisposta dalla Fondazione promozione sociale ot-

---

(3) Se il familiare si rifiuta di firmare, è già capitato che il paziente fosse rimandato al Pronto Soccorso dell'ospedale di provenienza come un "pacco postale". Si veda, ad esempio, il caso riportato sul volume "Abbandonati dalla Sanità piemontese", Fondazione promozione sociale 2018, di cui si riporta un breve estratto: *«Mio padre ha fatto innumerevoli passaggi in Pronto Soccorso da solo (rimanendo anche giorni "parcheggiato" in condizioni tremende) ed è quasi sempre stato rinviato a casa perché i dottori minimizzavano la sua patologia, scaricandosi così di ogni responsabilità, nessun operatore sociosanitario ha mai pensato di avviare direttamente una qualsiasi procedura di difesa e presa in carico sanitaria dell'anziano solo e malato, quale era mio padre. (…) un anziano solo e malato cronico o anche semplicemente fragile, non lo si rimanda a casa da solo, scaricato sulle spalle e sulle tasche dei familiari (…) Ancora altri passaggi in Pronto, e io, figlia disperata ho detto basta, ho chiesto di trovarmi una soluzione. Ho dovuto lasciare letteralmente mio padre in Pronto soccorso SOLO perché il servizio sanitario se ne facesse carico, perché gli desse le cure fondamentali, essenziali, di cui aveva estrema necessità e diritto»*.

Il testo completo del volume "Abbandonati dalla sanità piemontese" è reperibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

tiene un primo risultato: alla data delle paventate dimissioni (3 dicembre), la madre continua la degenza presso la struttura sanitaria.

La reazione della casa di cura P. e la risposta della Fondazione

Un mese e mezzo dopo la lettera di opposizione alle dimissioni, arriva la prima reazione da parte della Casa di cura P., dove nel mentre la signora D. continua la sua degenza: dato il perdurare del ricovero, oltre i termini a loro dire «predefiniti», la direzione della struttura invia alla figlia della signora D. la fattura per la retta di ricovero dovuta per i giorni di «*ricovero improprio*» usufruiti dalla madre.

È una posizione illegittima, come abbiamo già visto e come motiveremo più nel dettaglio, ma la Casa di cura non demorde e, a metà febbraio, alla figlia della signora D. viene recapitata una lettera raccomandata firmata dal legale della struttura, Avvocato T., che in base a quanto firmato dalla figlia della signora D. all'ingresso della struttura conferma la richiesta del pagamento della retta alberghiera giornaliera a carico della paziente e respinge ogni forma di disdetta degli impegni assunti.

L'Avvocato T. sostiene inoltre che il ricovero della paziente sarebbe divenuto *«improprio»* poiché *«una volta compiuta la prestazione di cura prevista dall'impianto della disciplina vigente (legislativa ed amministrativa), la persona non ha il diritto soggettivo ad avere ulteriori prestazioni da parte del sistema pubblico,* [ne] *deriva che se si trattiene nelle strutture sanitarie aldilà di quanto contemplato dalla disciplina predetta, la persona sarà tenuta a corrispondere direttamente il pagamento delle prestazioni di cui beneficia – sia alberghiere che sanitarie – secondo le norme del diritto civile»*.

Si tratta di un'interpretazione completamente distorta, che mette sullo stesso piano leggi e delibere (fonti normative di rango differente) e, soprattutto, non tiene conto della caratteristica dei

malati non autosufficienti (inguaribili) e della titolarità esclusiva dell'Asl rispetto alla continuazione delle cure. La Casa di cura, per agire correttamente, dovrebbe sollecitare l'Azienda sanitaria di residenza del paziente a dare una risposta in tempi rapidi sulla continuità di cura della malata, in base ai suoi fabbisogni. La scelta dell'Amministrazione della struttura è invece di fare pressione sull'utente, disinformandolo sui suoi diritti costituzionali fondamentali.

La Fondazione promozione sociale, in appoggio alla signora D. e a sua figlia, prende posizione scrivendo al Direttore generale dell'Asl e a quello della Casa di cura poiché la struttura è accreditata con il Servizio sanitario nazionale e ha l'obbligo del rispetto delle norme vigenti.

Tralasciando il fatto che le persone non autosufficienti hanno in ogni caso esigenze sanitarie indifferibili, è importante ricordare che, dal momento in cui viene presentata l'opposizione alle dimissioni e fino a che non ha inizio la definitiva degenza in una Rsa in regime di convenzione con l'Asl, permane l'obbligo del Servizio sanitario nazionale di garantire la continuità delle cure e del relativo costo del ricovero, per cui la casa di cura non può richiedere pagamenti al malato e/o ai suoi congiunti.

Sul punto, la recente sentenza n. 1858/2019 del Consiglio di Stato ha stabilito che *«ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo»,* elemento di valutazione che può essere fornito solamente dall'Asl «*gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale»*. In merito ai *«trattamenti di lungo assistenza* [*rectius*, lungodegenza]*, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti (…) in siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali* [*rectius*, diagnostiche e terapeutiche] *ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese della stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, anche nel*

lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di promozione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo» (4).

Continuità terapeutica

Entriamo più nello specifico. Chi deve garantire la continuità delle cure? Solo e solamente l'Azienda sanitaria di residenza del paziente che incarica le singole strutture private accreditate di agire a questo fine. Nella circolare del 4 marzo 2014 il Direttore regionale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte lo ha ben esplicitato, precisando che la Regione deve garantire *«ai cittadini il cosiddetto "percorso di continuità assistenziale" attraverso la presa in carico del paziente da parte delle Aziende sanitarie locali di residenza dell'assistito e degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti»* evidenziando che *«il compito di governare il percorso di continuità assistenziale sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso»*.

Il principio è stato riconosciuto anche dalla giurisprudenza, che ha ribadito *«l'obbligo del Servizio sanitario nazionale e dei Comuni a fornire le occorrenti cure anche alle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza»* (Tribunale di Firenze, sentenza n. 3039/2012) e che il Servizio sanitario *«nella sua complessa organizzazione è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo*

(4) Si veda il documento del 6 luglio 2015 dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, dove viene evidenziato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*.

piano le esigenze del malato» (Corte di Cassazione, Sez. IV, n. 1873/2010).

Lettere dell'avvocato e fatture respinte al mittente

La comunicazione dell'Avvocato T. viene respinta al mittente mediante una lettera raccomandata inviata dalla figlia della signora D. ricoverata ed indirizzata allo stesso Avvocato, al Direttore generale dell'Asl competente per la casa di cura P., all'Assessore regionale alla sanità, al Difensore civico regionale, al Presidente dell'Ordine dei Medici competente e, per conoscenza, alla Fondazione.

Nella comunicazione si ricorda che l'opposizione alle dimissioni è una pratica prevista dalle leggi vigenti e, come ha precisato il Difensore civico della Regione Piemonte nella sua comunicazione del 16 maggio 2017, cui deve essere fornita tempestivamente, previa idonea istruttoria, una risposta da parte del Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo qualora inviata con apposite lettere *«espressamente formulate ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502»*.

In sostanza la casa di cura deve rivolgersi all'Asl di residenza del paziente e sollecitare il trasferimento in Rsa e non accanirsi sul più debole, il malato, che in quanto non autosufficiente ha diritto alla continuità terapeutica fino alla presa in carico definitiva dell'Asl.

Tentato trasferimento al Pronto Soccorso e reazione

La figlia della signora D. è ovviamente allarmata, ma resiste. Vista l'inefficacia dell'azione intimidatoria dell'Avvocato, il giorno 13 marzo la casa di cura comunica alla signora D. e alla figlia che la paziente verrà trasferita al Pronto Soccorso dell'ospedale di provenienza. Con l'aiuto della Fondazione promozione sociale onlus, la signora D. predispone ed invia una lettera raccomandata

con cui ribadisce l'opposizione e chiede di non trasferire la madre se non per necessità diagnostiche e/o terapeutiche che richiedano prestazioni non fornibili dalla Casa di cura.

La Fondazione promozione sociale invia una segnalazione alla Procura della Repubblica e alla Casa di cura P., nella quale, oltre a ribadire le basi normative richiamate dalle lettere di opposizione alle dimissioni, chiede che l'Asl di competenza per la struttura garantisca la continuità terapeutica nella Casa di cura e che contestualmente l'Asl di competenza per la residenza della paziente si adoperi per il tempestivo trasferimento in Rsa.

Le richieste sono avanzate anche tenendo conto della sentenza n. 604/2015 del Consiglio di Stato, in cui viene precisato che *«chiarito che la disciplina della delibera regionale* [del Piemonte] *n. 14-5999, quale risulta dalla sua letterale formulazione, consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata, nel caso concreto, come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete di servizi socio-sanitari, occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza»*. Precisa inoltre che *«il punteggio minimo* [introdotto dalla delibera di Giunta regionale 14/2013] *non costituisce affatto una soglia di sbarramento assoluta; l'allegato A infatti stabilisce che l'Uvg potrà comunque individuare un progetto residenziale anche per i casi con punteggio inferiore a 19 (…)»*.

Il trasferimento al Pronto soccorso non avviene.

La Casa di cura contatta la Procura

Passano alcune settimane, il giorno prospettato per le dimissioni, la signora D., la figlia e la Fondazione promozione sociale ricevono in copia una lettera da parte della Casa di cura, indirizzata tra gli altri alla Procura di Torino ed al Comando dei Carabi-

nieri di S. (Comune sede della Casa di cura), con cui si richiede l'attivazione, da parte dell'Asl, del percorso di continuità assistenziale. É un passo nella giusta direzione finalmente!

La Fondazione replica al messaggio mettendo in copia per conoscenza tutti i destinatari e riprendendo il dettato normativo in materia; conferma a sua volta che è l'Asl di competenza che deve assicurare la continuità terapeutica della paziente.

La valutazione dell'Uvg e il via libera alla convenzione

Intanto, la figlia della signora D. ha richiesto la valutazione da parte dell'Uvg – passaggio obbligato secondo le discriminanti delibere regionali piemontesi per poter ottenere la convenzione da parte dell'Asl – e, dopo solo due settimane dalla visita presso l'unità valutativa, riceve comunicazione verbale dell'accettazione del ricovero definitivo in convenzione.

Gli operatori dell'Asl sollecitano la signora a ricercare una struttura per procedere per il ricovero definitivo. La Fondazione le consiglia di attivarsi (5), ma di attendere il documento scritto con il quale l'Asl mette nero su bianco la data di inizio della convenzione e indica il grado di intensità della prestazione che dovrà essere garantito al malato nella struttura.

È importante ricordare a questo punto che dal giorno in cui la struttura ha comunicato la presunta fine del ricovero «ordinario» alla convenzione la signora D., malata e non autosufficiente, ha continuato a ricevere le cure necessarie presso la casa di cura P. e non vi sono state ritorsioni concrete di alcun genere nei suoi confronti.

L'accettazione della convenzione

Nel momento in cui si ottiene la convenzione da parte dell'Asl,

---

(5) La delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 18/2005 ha previsto per gli utenti il diritto di libera scelta.

è necessario inviare la lettera (di cui la Fondazione fornisce un fac-simile) di accettazione del ricovero in convenzione con l'Asl ed indicare per iscritto le strutture in cui si preferisce che sia ricoverato il malato non autosufficiente.

La figlia della signora D. provvede a contattare le Rsa che potevano interessarle ed invia la lettera raccomandata con l'indicazione delle strutture scelte e la frase *«accetta il proposto ricovero convenzionato definitivo»* nonché la precisazione che *«il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Asl»* (6). Nel caso della signora D. è stato chiesto anche di indicare in allegato le disponibilità delle Rsa contattate e, vista la difficoltà ad individuare una Rsa con disponibilità di un posto letto libero, è stata inserita la precisazione seguente *«laddove non sia disponibile l'inserimento presso le strutture Rsa sopra indicate, accetta altro ricovero proposto da parte dell'Asl»*.

La Fondazione interviene a sua volta per ricordare che l'Asl ha il potere/dovere di intervenire con il trasferimento nel primo posto libero tra quelli accreditati in base alla delibera di Giunta regionale 72/2004, che regola il percorso di continuità terapeutica.

Inserimento definitivo in Rsa

Pochi mesi dopo, la figlia della signora D. riceve dalla Rsa O. la comunicazione di un posto libero; le viene richiesto tuttavia di versare una cauzione prima di poter effettuare il ricovero. La richiesta è illegittima.

Ricordiamo che in base alle norme della Regione Piemonte (7) non è possibile chiedere il versamento di una cauzione nel caso di pazienti con *«retta integrata dall'Ente gestore»*.

---

(6) É quanto previsto dalla delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 72/2004 a conclusione del percorso di continuità terapeutica.

(7) Contenute nell'Allegato 5 alla delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 45/2012, così come modificato dalla delibera 85/2013.

Contestualmente la figlia della signora D., riceve la segnalazione di un posto libero presso un'altra struttura (Rsa C.) che affronta in modo diverso la situazione: la Rsa non le richiede il versamento di una cauzione e il ricovero viene effettuato con il trasporto dalla Casa di cura alla Rsa disposto ed effettuato dall'Asl, con il costo addebitato al paziente (il trasferimento è così avvenuto su disposizione della struttura Rsa, anche se – ancora una volta procedura non corretta – il costo doveva essere addebitato all'Asl e non alla paziente).

Difesa dei diritti, non "speranza"

Sei mesi dopo l'inizio del caso, la Fondazione promozione sociale onlus riceve infine un'ultima comunicazione, con cui la figlia della signora D. informa di aver ottenuto sia l'indennità di accompagnamento, che l'integrazione della retta da parte del Comune, e aggiunge: *«Senza di Voi tutto ciò non sarebbe stato possibile, e, dovendo assistere personalmente mia mamma mi sarei trovata in gravi difficoltà. Non posso non riflettere sul futuro di tanti anziani, che è un po' il futuro di tutti noi. Speriamo si possa contare sempre di più su un'assistenza serena e garantita per chi non è più in grado di autogestirsi».*

In realtà, la Fondazione ha potuto difendere il diritto alla continuità delle cure della mamma malata e non autosufficiente non con la «speranza» ma grazie alla norma n. 833/1978, che è il perno del nostro Servizio sanitario nazionale, al quale hanno per legge accesso tutti i malati, compresi quelli non autosufficienti.

Non serve «sperare», categoria della passività, bisogna difendere la legge, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e il diritto dei malati cronici non autosufficienti ad usufruire a pieno titolo e in risposta al loro elevato fabbisogno di tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite dalle norme vigenti.

Il caso D.:
le date principali e lo spreco economico dell'Asl

- 3 novembre – Ricovero della signora D. anziana malata cronica non autosufficiente affetta da decadimento cognitivo e fratture multiple in grave osteoporosi in Casa di cura (100% a carico dell'Asl);

- 30 novembre - Prima "Opposizione alle dimissioni" firmata dalla figlia della signora D. con Cittadinanza attiva, ma con istanza incompleta, manca la disdetta di qualunque atto già firmato;

- 14 gennaio - La Fondazione promozione sociale prende in carico il caso e consiglia la figlia di rimandare la lettera di Opposizione alle dimissioni seguendo il facsimile pubblicato sul sito www.fondazionepromozionesociale.it;

- 15 gennaio – La Casa di cura invia la prima fattura per ricovero "improprio" oltre i limiti consentiti. Non è così, le leggi vigenti impongono cure senza limiti di durata e titolarità esclusiva dell'Asl nelle decisioni sulla continuità terapeutica;

- 23 febbraio: il legale della Casa di cura scrive per sollecitare il pagamento; la figlia della signora D. risponde su consulenza della Fondazione che la richiesta non è legittima e rimanda al mittente la comunicazione;

- 4 marzo – Gli operatori della struttura prospettano nuove dimissioni della paziente per il 13 marzo;

- 6 marzo – La figlia della signora D. invia lettera raccomandata A/R e conferma l'opposizione alle dimissioni;

- 7 marzo – Visita dell'Unità di valutazione geriatrica;

- 13 marzo – La Casa di cura invia segnalazione alla Procura della Repubblica e all'Asl di competenza con richiesta di attivazione dell'Azienda sanitaria per garantire la continuità delle cure;

- 14 marzo – L'Asl di residenza conferma per iscritto il ricovero

in continuità delle cure con attivazione della convenzione in posto Rsa; la figlia della signora D. ricerca una Rsa con posto libero di suo gradimento, nel frattempo continua la degenza in Casa di cura e comunica per iscritto all'Asl l'accettazione del ricovero convenzionato;

- 13 maggio - Ricovero definitivo in Rsa.

A questo punto, è opportuno mettere in luce quanto è costato alle casse del Servizio sanitario regionale, in termini di malagestione delle risorse pubbliche, la mancata attivazione tempestiva della continuità delle cure.

Il rifiuto all'attivazione del ricovero in convenzione presso una Rsa fin dalla prima lettera di opposizione alle dimissioni è costata all'Asl 191 giorni (dal 3 novembre al 12 maggio) di Casa di cura a 150 euro al giorno, cioè 28.650 euro. Ammettiamo, anche se non abbiamo alcuna prova documentale di ciò, che, come previsto dalla delibera della Regione Piemonte 14-6039 del 2013, il costo della degenza presso la Casa di cura sia stato abbattuto del 40% dopo i primi 30 giorni di degenza, l'ammontare della spesa sarebbe: 4.500 euro per i primi 30 giorni più 14.490 euro per i restanti 161, totale: 18.990.

Se, invece, la paziente, verificata la situazione clinica, fosse stata trasferita in Rsa in convenzione subito dopo la prima "Opposizione alle dimissioni", si sarebbero evitate pressioni, minacce, richieste illegittime di pagamento… che non sappiamo quantificare in termini economici in quanto a danni esistenziali e di salute per la paziente e la figlia. In questo caso, la somma impiegata dall'Asl sarebbe stata di 4.500 euro per il primo mese di degenza e di 7.084 per i successivi giorni, poiché la quota sanitaria Asl del ricovero in Rsa della signora D. ammonta a 44 euro al giorno (medio-alta intensità). Totale: 11.584 euro.

In estrema sintesi, la degenza con minacce di dimissioni, fatturazione indebita, mancato intervento dell'Asl è costata al Servizio sanitario, cioè a tutti noi contribuenti, tra i 28.650 e i 18.990

euro. La corretta applicazione della continuità delle cure, prevista dalle leggi vigenti, avrebbe comportato una spesa di 11.584 euro.

Nella più sfavorevole delle ipotesi per il Servizio sanitario regionale, l'Asl ha speso, pagandole alla Casa di cura privata, 2/3 di risorse in più (cioè poteva curare altri due malati come la signora D. in Rsa con gli stessi soldi); nell'opzione meno sfavorevole, ma comunque penalizzante per le casse pubbliche, l'Asl ha speso quasi il doppio dei soldi (poteva quindi curare un altro malato in Rsa come la signora D. con gli stessi soldi).

Chi gestirebbe così le proprie personali risorse?

Dalla disperazione alla cura

Come la figlia della signora D., un migliaio di casi all'anno si rivolgono alla Fondazione promozione sociale onlus per ottenere giustizia, garanzia delle cure negate dalle Asl, consulenze e aiuto immediato per combattere pressioni, minacce, soprusi. Ecco perché è importante raccontare le loro storie – su questa rivista, sui canali digitali, negli incontri che i rappresentanti della Fondazione hanno con altre associazioni o con le istituzioni.

Il primo aspetto che salta all'occhio dall'analisi della vicenda della signora D. è il tempo trascorso dalla presentazione dell'opposizione alle dimissioni al ricovero definitivo in una struttura convenzionata con l'Asl: ben 7 mesi! Da novembre a maggio dell'anno successivo.

Discriminazioni e minacce annullate

La signora D. è riuscita ad ottenere la convenzione dell'Asl per il ricovero definitivo in Rsa, cioè il 50% della retta coperta dal Servizio sanitario regionale, che le veniva negato a parole da tutti gli operatori dei servizi pubblici e delle strutture private, spesso con minacce di interruzione forzata delle cure rivolte a lei e alla figlia. Nel frattempo, la sua degenza presso la Casa di cura è proseguita a totale carico del Servizio sanitario nazionale

e senza alcun tipo di pagamento da parte sua o dei famigliari, nonostante fatture (illegittime) a quattro zeri intestate e inviate dalla Casa di cura privata fino all'ultimo giorno di degenza. La malata ha inoltre ottenuto dal Comune di residenza l'integrazione della quota alberghiera (il 50% a suo carico), così come previsto dalle norme vigenti (decreti del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 e 159/2013) (8).

Poca spesa, alta resa

Occorre intanto far notare che, con una spesa molto contenuta (limitata al costo delle varie raccomandate inviate), la signora D. ha ottenuto dei risultati che, nel caso si fosse rivolta ad un avvocato, le sarebbero costati svariate migliaia di euro. É inoltre opportuno sottolineare che nel caso avesse accettato il rientro al domicilio avrebbe dovuto sostenere almeno 1.500 euro al mese per l'aiuto di una persona esterna, mentre in una Rsa la retta in media per un ricovero privato si aggira intorno ai 3.000/3.500 euro al mese. Sono elementi che, a nostro avviso, andrebbero tenuti in conto da parte degli utenti al momento (in corso d'opera e una volta terminata la pratica) di riconoscere il valore del lavoro della Fondazione promozione sociale. Quanto sarebbe costato alle fa-

---

(8) In base alle disposizioni contenute nel Decreto del Presiedente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, articolo 30, co. 2, *«i trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b)* [trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti] *sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera»*.

In base al Dpcm 159/2013 *«Per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria rivolte a persone di maggiore età, l'ISEE è calcolato in riferimento a nucleo familiare»*.

Ambiguamente, nel nucleo familiare della persona non autosufficiente vengono fatti rientrare i figli sia conviventi che non, con le seguenti eccezioni: *«La componente non è calcolata: 1) quando al figlio ovvero ad un componente del suo nucleo sia stata accertata una delle condizioni di cui all'allegato 3* [condizione di disabilità media, grave o di non autosufficienza]*; 2) quando risulti accertata in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali la estraneità del figlio in termini di rapporti affettivi ed economici»*.

miglie aiutate dalla Fondazione promozione sociale e dal Csa non vedersi riconosciuto alcun diritto alla cura?

Procedure Uvg: ostacoli da rimuovere

D'altro canto, è avvilente dover constatare ogni volta che le procedure necessarie per poter ottenere la continuità del percorso terapeutico delle persone anziane malate croniche non autosufficienti allunghino – ingiustificatamente – i tempi occorrenti per l'ottenimento di quanto richiesto. Ci riferiamo ad esempio ai tempi necessari per poter effettuare la visita per la valutazione Uvg, sbarramento imposto per poter ottenere la convenzione con l'Asl.

Allo stesso modo, si fatica a capire come mai la stessa Asl non provveda al trasferimento tempestivo dei pazienti nel primo posto libero accreditato disponibile in Rsa, nonostante le norme attuali le conferiscano tale prerogativa (ci riferiamo alla già ricordata delibera di Giunta regionale 72/2004 che regola il percorso di continuità terapeutica). L'azienda sanitaria paga per ogni giorno di ricovero in Casa di cura il doppio o il triplo di quanto pagherebbe in una Rsa: perché quando la convenzione è attivata non opera il trasferimento in un posto Rsa disponibile, così come fa normalmente dagli ospedali alle Case di cura? Va da sé che la soluzione migliore sarebbe il trasferimento del malato in una delle strutture scelte dalla famiglia, ma in ogni caso i parenti – con in moduli forniti dalla Fondazione promozione sociale – danno la disponibilità per ogni altra struttura che sia relativamente vicina e raggiungibile. A Torino e prima cintura si tratta di centinaia di posti, impossibile che non se ne liberi nemmeno uno nell'arco di mesi!

Complicità della Regione nei confronti dei comportamenti illegittimi delle case di cura

Altro comportamento incomprensibile dell'Asl – e con essa della Regione – è la mancanza di interventi (un «lasciar fare»

che sconfina nella complicità) nei confronti dei comportamenti illegittimi messi in atto dalle Case di cura, come l'esempio citato della struttura del caso della signora D. Nonostante le innumerevoli e continue attività di denuncia intraprese dalla Fondazione relative a invii illegittimi di fatture, minacce di ingiunzioni di pagamenti non dovuti, pressioni da parte di Avvocati, ecc., ad oggi manca una effettiva azione di contrasto di queste pratiche da parte delle istituzioni competenti.

In merito al diritto alla continuità delle cure delle persone malate croniche non autosufficienti, è importante ricordare la posizione assunta con riguardo ai temi trattati da parte del Difensore civico regionale del Piemonte che, nella sua "Relazione straordinaria" del 19 dicembre 2018, prot. n. 1.10.7.1/469, ha confermato che *«i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali e residenziali a carico totale o parziale del Servizio sanitario nazionale (a seconda di quale sia la situazione economica del fruitore dei servizi) sono quindi caratterizzati dall'esigenza di far fronte alla presa in carico del paziente e di assicurare la continuità di essa nelle diverse fasi di assistenza, partendo da quella ospedaliera fino a giungere a quelle del recupero o riabilitazione post acuzie ed infine alla lungoassistenza»*. Inoltre *«nel disegno del legislatore statale non è dunque ammissibile una cesura, uno iato, tra queste diverse fasi che, unitamente e non disgiuntamente, compongono la presa in carico del non autosufficiente»*.

Lo stesso Difensore civico regionale ha precisato che è illegittima qualsiasi argomentazione che tenti di legittimare la richiesta della cosiddetta quota alberghiera o di altro contributo da parte dell'utente o dei parenti che faccia leva sul *«solo "apparato normativo regionale": dunque disinteressandosi alle disposizioni di diritto sanitario nazionale che, disciplinando i diritti di cura ed assistenza degli anziani affetti da patologie croniche»* le quali *«troverebbero invece, in ipotesi di contenzioso, immediata applicazione in sede giurisdizionale»*.

Le cure domiciliari

In base ai dati delle liste d'attesa, una possibile soluzione per evitare il ricorso al ricovero quando ci sono congiunti disponibili e per assicurare migliori condizioni di vita e di cure agli infermi in oggetto è il ricorso a prestazioni domiciliari con contributo dell'Asl che risponda alle esigenze indifferibili del paziente.

Al momento, però, le cure domiciliari con un contributo sanitario che permetta l'accudimento a domicilio del malato non autosufficiente sono un diritto non completamente esigibile. Nel caso della signora D., poter contare su un assegno di cura, aggiuntivo all'indennità di accompagnamento e alla pensione, pur modesta, della madre, avrebbe permesso il rientro a domicilio dell'ammalata.

La Regione Piemonte, in media, versa ora 1.500 euro al mese (quota sanitaria a carico dell'Asl) per paziente al mese per le degenze in Rsa; contestualmente non ha approvato provvedimenti per assicurare almeno 800 euro allo stesso malato non autosufficiente che potrebbe – per disponibilità dei famigliari, diretta o tramite terze persone – essere curato al domicilio. La legge regionale n. 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" è tuttora inattuata.

Anche il nostro Parlamento, nonostante le numerose, continue ed insistenti pressioni, ad esempio la presentazione di una Petizione popolare sottoscritta da più di 24.000 cittadini elettori, non ha mai approvato norme in merito al riconoscimento prioritario del diritto alle cure domiciliari per le persone colpite da patologie e/o disabilità invalidanti e da non autosufficienza. La Fondazione promozione sociale onlus, e altre 18 organizzazioni di base, hanno presentato il 25 luglio 2016 una Petizione al Parlamento Europeo (9) diretta ad ottenere dal nostro legislatore

(9) Si tratta della Petizione al Parlamento europeo n. 1147/2016, il cui testo è reperibile sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it

l'effettivo riconoscimento delle misure indispensabili per il corretto avvio e funzionamento degli interventi domiciliari per i soggetti sopra indicati.

Principi base della Petizione sono il consenso della persona malata o del suo tutore o amministratore di sostegno, il parere favorevole del medico di famiglia, la volontaria disponibilità e l'adeguatezza dei familiari o di terze persone, nonché la corresponsione di un contributo economico di importo anche inferiore alla quota a carico del Servizio sanitario nazionale per i ricoveri in Rsa di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche allo scopo di consentire all'«*accuditore familiare*» che direttamente o tramite altre persone deve garantire una presenza di 24 ore su 24 anche al fine di non incorrere nel reato di abbandono di persona incapace nei casi l'infermo si procuri lesioni o ne sia colpito da terzi.

Come cambiare il sistema: la proposta

Per ottenere il riconoscimento completo del diritto alle cure del Servizio sanitario nazionale per gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da malattia di Alzheimer, o da altre analoghe forme di demenza senile

Cambiare è necessario

La dinamica generale illustrata nei primi capitoli di questo volume e l'esempio singolo di un caso concreto che si trova a navigare nelle acque pericolose e traditrici della negazione dei diritti, dalle quali esce solo – restando in metafora – con la scialuppa del diritto, pongono da due versanti diversi, ma convergenti, la necessità di una strutturale revisione del sistema di presa in carico dei malati non autosufficienti. Per molti versi, come si vedrà in questo capitolo, si tratta di un recupero di elementi e principi – ma anche di pratiche operative – che già sono presenti nel nostro sistema di regole condiviso, nel nostro ordinamento giuridico. Il problema da affrontare è però che queste norme sono state via via «aggredite» da provvedimenti, in genere di rango normativo inferiore, ma non sempre, che ne hanno tradito la natura. Per questo si afferma come necessaria una proposta di riordino del sistema e di garanzia del fondamentale e universalistico diritto alle cure dei malati, di tutti i malati in modo uguale e non discriminante.

La proposta che si formula nei paragrafi seguenti appare tanto più necessaria all'indomani (o nel mentre) della drammatica strage di anziani malati non autosufficienti degli anni 2020 e 2021, in concomitanza (ma non solo dovuta) alla diffusione del virus Sars-CoV-2.

Il documento

La proposta “Per ottenere il riconoscimento completo del diritto alle cure del Servizio sanitario nazionale per gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da malattia di Alzheimer, o da altre analoghe forme di demenza senile” avanzata dalla Fondazione promozione sociale ha come riferimento:

- i principi costituzionali dei diritti inviolabili della persona (articolo 2), della pari dignità di tutti i cittadini (articolo 3), dei vincoli istituzionali relativi alla tutela della salute (articolo 32), ma anche sui precisi obblighi contenuti nelle leggi 833/1978 e 38/2010. Ne consegue che il Servizio sanitario nazionale deve:

• operare *«senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* (articolo 1 della legge 833/1978);

• assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»*, nonché provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»* (articolo 2 della legge 833/1978);

• dare attuazione al *«diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore»* (articolo 1 della legge 38/2010), tenendo conto (articolo 2) che *«si intende per: a) “cure palliative”: l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; b) “terapia del dolore”: l’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore»*;

- l'articolo 23 della Costituzione che stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e che mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. Pertanto, nessuno, né le Regioni (leggi o delibere), né i Comuni, né altri Enti pubblici e tanto meno gli organismi privati possono sostituirsi al Parlamento per imporre ai congiunti degli infermi, compresi ovviamente quelli non autosufficienti, attività del Servizio sanitario;

- evitare artifici per ritardare, spesso di mesi e mesi, l'accesso alle prestazioni sanitarie degli infermi non autosufficienti che *«hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»* (cfr. documento dell'Ordine provinciale di Torino dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del 6 luglio 2015);

- impedire che i ritardati accessi alle cure (liste d'attesa) siano causa di discriminazioni anticostituzionali e della povertà economica di migliaia e migliaia di famiglie. In merito si vedano il documento del Ministro per la solidarietà sociale dell'ottobre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e il VII Rapporto redatto da Rbm Assicurazione salute – Censis del 7 giugno 2017.

Sentenze 62 e 157/2020 della Corte Costituzionale (11)

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 62/2020 ha precisato che «*l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione*

(11) Una più ampia analisi delle sentenze citate è l'oggetto della prima parte del prossimo capitolo: "Quali risorse. E dove trovarle".

secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali […]. È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che *«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa*».

Caratteristiche salienti
delle prestazioni sanitarie domiciliari

Le prestazioni sanitarie domiciliari, da definire mediante una apposita legge, dovrebbero essere erogate a tutti i cittadini, con la sola esclusione dei minorenni di competenza pediatrica, nei casi in cui siano soddisfatte le seguenti condizioni:

1. Per quanto concerne il primo livello:

- valutazione positiva delle prestazioni domiciliari da parte del medico di medicina generale dell'infermo acuto o cronico;

- volontaria disponibilità di un congiunto o di una terza persona ad assicurare il compito di "accuditore domiciliare" nei casi in cui il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente alle esigenze vitali;

- garanzia, da parte dell'Asl competente, dell'intervento di infermieri, assistenti sociali sanitarie e altri operatori, delle richieste del medico di medicina generale di cui sopra;

- l'Asl di competenza, in base alla residenza dell'infermo, predisponga - con il malato (adulto o anziano) non autosufficiente o con la persona che lo rappresenta giuridicamente - un progetto in-

dividualizzato di cure comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche;

- accesso tempestivo alle cure ospedaliere nei casi in cui detto intervento venga richiesto dal medico di medicina generale dell'infermo per motivi diagnostici o terapeutici e nei casi di inidoneità dell'accuditore domiciliare o di sua impossibilità di garantire la presenza di un suo sostituto.

2. In merito al secondo livello:

- richiesta dell'intervento del servizio di ospedalizzazione a domicilio da parte del medico di medicina generale nei casi in cui ne valuti la necessità. Il servizio di ospedalizzazione a domicilio deve essere obbligatoriamente istituito da tutte le strutture ospedaliere pubbliche (il riferimento è al Servizio di ospedalizzazione a domicilio dell'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, funzionante ininterrottamente dal 1985, le cui funzioni sono state confermate dalla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 85/2010);

- prevedere le prestazioni relative alle cure palliative e alla terapia del dolore nonché i ricoveri di sollievo.

Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute.

Prime indicazioni in merito alle prestazioni sanitarie semiresidenziali e residenziali

Vi è la necessità di prevedere **prestazioni semiresidenziali** (centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di infermi con particolari e frequenti esigenze (soggetti colpiti da Alzheimer o da altre forme di demenza senile, malati psichiatrici gravi, ecc.)

possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali. Da valutare altresì la possibilità di ricoveri di sollievo.

In merito alle prestazioni residenziali occorre operare contemporaneamente per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati norme per rendere obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;
- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione del ricovero nelle Rsa di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- la ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano sul Servizio sanitario, affinchè le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti.

Programmazione a medio-lungo termine di Ospedali multifunzionali

Si rende necessario considerare i vantaggi/svantaggi per gli infermi della creazione di più strutture (ospedale super specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità per infermi intermedi, Rsa o strutture simili per malati cronici non autosufficienti giovani, adulti e anziani).

È ad esempio da considerare che i Pronto Soccorsi devono smistare i malati urgenti al reparto di competenza, attività che non può certamente essere assegnata alle ambulanze circa il trasferimento dei pazienti all'ospedale superspecializzato o a quello tradizionale; inoltre vi sono malati le cui patologie si riacutizzano, per cui attualmente vengono trasferiti dalle Rsa e dagli ospedali di comunità a quelli superspecializzati o tradizionali o, come più spesso avviene, finiscono per non ricevere le cure occorrenti.

La nostra proposta è di considerare il vantaggio di prevedere la predisposizione in un unico Ospedale che abbia in sé sia la specializzazione sia tutti i reparti di un ospedale tradizionale, a cui vanno aggiunti uno-due reparti (40 posti letto), in base alla dimensione, per la degenza di malati cronici anziani non autosufficienti e di un altro reparto (20 posti letto) per le persone colpite da malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile con i seguenti compiti:

- cura dei degenti;
- preparazione del personale medico, infermieristico, nonché degli psicologi, degli educatori e degli altri addetti, compresi quelli per le pulizie, in modo che anche questi malati siano curati da operatori preparati ovunque essi vadano a lavorare, siano esse strutture pubbliche o private;
- valutazione sul campo delle esigenze specifiche di questi infermi e dei loro congiunti anche al fine della predisposizione di adeguate cure palliative e terapie del dolore;
- acquisizione degli elementi necessari per una individuazione

corretta dei corrispettivi da erogare ai privati sulla base delle esigenze numeriche e qualitative del personale da adibire.

Una sola struttura di riferimento, con garanzia di continuità diagnostica e terapeutica e con un gruppo di medici e di infermieri che gli infermi conoscono, è anche un elemento non trascurabile di autoformazione e di autoresponsabilità, nonché una impostazione che eviti gli scaricabarile da un complesso (ospedale super-specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità, Rsa) all'altro.

Queste considerazioni valgono anche e soprattutto per quanto concerne l'attuazione della sopra citata legge n. 38/2010, alle cui prestazioni hanno diritto anche gli infermi *«la cui malattia di base* [è] *caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta»*, nonché ai malati colpiti da *«forme morbose croniche»*.

Inoltre le attività concernenti le cure palliative e la terapia del dolore sono complesse e dovrebbero rientrare fra quelle che richiedono una formazione specializzata dei medici, degli infermieri e dell'altro personale addetto, come richiesto anche dalle organizzazioni di settore.

Azioni di prevenzione all'abbandono terapeutico dei malati cronici non autosufficienti

Nelle azioni dirette all'effettivo miglioramento delle prestazioni sanitarie rivolte alle persone degenti nelle Rsa o strutture analoghe (Case protette ecc.) sin d'ora **occorre agire affinché gli ospedali e le case di cura convenzionate non dimettano più,** salvo volontaria e consapevole decisione degli infermi e/o dei loro rappresentanti, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile al termine delle fasi acute che hanno richiesto il ricovero ospedaliero e, al termine del prefissato periodo di riabilitazione, assicurino a detti infermi la continuità diagnostica e terapeutica garantita dalla

legge 833/1978, senza limiti di durata (articolo 2) e senza discriminazioni in base all'età, alla malattia e alle condizioni sociali e personali (articolo 1).

L'intervento del Ministro

Il contenuto del documento qui esposto è articolato e tocca diversi, fondamentali punti della questione della presa in carico sanitaria dei malati non autosufficienti. Non è detto che, per questo, quanto in esso contenuto sia per forza di complicata realizzazione.

A ben vedere, dal punto di vista dell'organizzazione generale dei servizi dello Stato, delle Regioni, degli Enti locali è concettualmente ben più complicato l'allestimento di una normativa parallela che di fatto sconfessa l'impianto semplice, coerente, originario della Costituzione e della legge 833 del 1978. Eppure, è stato fatto.

Con esiti disastrosi per la garanzia e della qualità delle cure per i più malati dei malati (quelli non autosufficienti) e per gli stessi servizi. Si tratta di considerazioni che il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la rivista *Prospettive assistenziali* hanno segnalato già in preparazione di quelle sciagurate riforme, ma che ad ormai a vent'anni dalla riforma costituzionale (12) e dalla codificazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) (13), pare veramente impossibile non condividere, a patto di un'analisi intellettualmente onesta della situazione. E no, non è solo (anzi, in gran parte non lo è per niente) una questione di soldi che mancano.

Alla luce di quanto proposto, un segnale positivo e urgente po-

(12) Legge 3/2001.

(13) Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio e 29 novembre 2001 e articolo 54 della legge 289/2002.

trebbe – e sarebbe veramente un segnale decisivo, per quanto semplice da predisporre – essere lanciato dal Ministro della salute con un provvedimento che:

- affermi la piena ed esclusiva competenza della Sanità in merito alle diagnosi, alle terapie ed alla riabilitazione, nonché alla continuità terapeutica dei malati cronici non autosufficienti; allo scopo vanno apportate le indispensabili modifiche ai Lea, affinché anche alle persone malate non autosufficienti siano applicate le tutele e condizioni garantite dalla legge 833/1978 e 38/2010;

- fornisca istruzioni, sia per gli operatori sanitari che per i cittadini, perché sia garantito il diritto alla continuità terapeutica, senza limiti di durata, fino alla presa in carico dell'Asl di residenza per le prestazioni sanitarie domiciliari o per il ricovero in una struttura sanitaria residenziale (Rsa) a tempo indeterminato in convenzione;

- interpreti correttamente il collegamento e il coordinamento con il settore dell'assistenza sociale, così come previsto dall'art. 1 della legge 833/1978, che stabilisce che «*nel servizio sanitario è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, Centri, Istituzioni e Servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività*».

Parte Terza

I soldi ci sono (e dove recuperarli)

Fuori dalla mischia

"Manovra, corsa contro il tempo per l'approvazione" (*Corriere della sera*, 26 dicembre 2020), "Fiducia finale tra le polemiche per la manovra" (*Agi*, 22 dicembre 2019); "Manovra, scontro in maggioranza" (*Il Tempo*, 13 ottobre 20219), "Manovra, per ora niente accordi Ue -Italia: la trattiva continua" (*la Repubblica*, 17 dicembre 2018).

Basta scorrere i titoli dei mezzi di informazione che invariabilmente, ogni anno, raccontano l'iter dell'approvazione della legge di bilancio dello Stato per capire come il percorso sia caratterizzato da proposte, confronti e scontri, battaglie politiche, trattative sull'allocazione delle risorse, prevalenza di alcune posizioni, soccombenza di altre. Decidere dove andranno le risorse dello Stato – e per fare cosa – è in buona parte terreno di discrezionalità politica e di affermazione delle scelte politiche cui dare concretezza attraverso le risorse economiche.

Ridurre però la totalità delle dinamiche di formazione del bilancio a questioni di scelta e di orientamento di questo o di quel partito non sarebbe corretto: ampia parte delle finanze dello Stato sono in realtà destinate a spese «obbligatorie» per legge, quindi per definizione sottratte all'arbitrio, all'arena, alla mischia dello scontro politico. Corrispondono a prestazioni che vanno obbligatoriamente erogate e sulle quali, quindi, l'attività politica è quella di amministrazione di queste risorse e garanzia che le prestazioni vengano effettivamente erogate. L'entità di tali risorse e delle corrispondenti prestazioni non è determinata dal programma o dalla «visione» della forza politica al governo, ma dalla domanda degli utenti, che deve essere soddisfatta per intero. L'universalismo –

che mai può essere selettivo – delle prestazioni è questo: dare a tutti in ragione del loro bisogno, senza negazioni motivate con la carenza di risorse (spesso solo presunta e dichiarata per alcuni settori – sanità, assistenza, scuola… – , mai per altri interventi) e senza «filtri» di accesso alle prestazioni che esulino in termini della legge.

L'esempio più immediato è dato dalle risorse per la scuola. L'obbligo scolastico, che è legge, non fa caso, per così dire, alle risorse impiegate per garantirlo. Se il nuovo anno scolastico inizia con mille alunni in più di quello precedente, questi non vengono lasciati a casa perché «la spesa storica non consente di erogare la prestazione» o perché «non ci sono soldi». Se lo stipendio del personale scolastico è stato aumentato per legge – e quindi l'anno scolastico successivo costa più del precedente – non è legittimo che gli aumenti vengano negati, o che alcune classi non partano perché «non ci sono risorse» per pagare gli aumenti a tutti gli insegnanti. Allo stesso modo, non sarà possibile selezionare gli alunni in base alla situazione economica dei loro nuclei famigliari, per esempio escludendo dalle lezioni quelli più agiati (che la scuola «possono pagarsela privatamente»), motivando questa pratica con la carenza di risorse adatte ad assicurare a tutti la frequenza scolastica e con la necessità, quindi, di ridurre gli utenti del Servizio pubblico in base alla disponibilità di risorse e non alla consistenza della domanda.

Analoga dinamica vale in sanità. La legge 833 del 1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, stabilisce nei primi due articoli principi fondamentali in questo senso.

Intanto, la legge specifica che «*il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica* ***di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio***» (articolo 1). Il Servizio sanitario non se-

leziona (non «*distingue*») chi richiede il suo intervento in base ad altri criteri che non siano le necessità cliniche e terapeutiche. Il miliardario e il nullatenente sono uguali «*nei confronti del servizio*», così come, secondo la legge, sono identici per il Servizio sanitario il malato con una famiglia amorevole – e magari competente in materia di cure – e quello che non ha parenti e affetti (1).

Non solo. La legge 833 prevede anche che le finalità di cui all'articolo 1 «*siano assicurate mediante (…) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2). È una precisazione, un «di più» utile a inquadrare senza fraintendimenti la questione. Già quanto riportato nella citazione dell'articolo 1 comprendeva il divieto di negare le cure a coloro che continuano a essere malati (e magari mai smetteranno di esserlo, perché pazienti inguaribili), ma si trovano nella situazione personale di essere da tempo («*troppo tempo*», nella formulazione di chi vorrebbe negare loro le prestazioni) in carico al Servizio sanitario.

Le prestazioni del Servizio sanitario, ispirate alle norme codificate nei primi due articoli della legge 833, men che meno possono essere negate per «*mancanza di risorse*», cioè per una condizione che negherebbe non solo «*l'uguaglianza d'accesso dei cittadini nei confronti del servizio*» e «*la diagnosi e la cura*» a ogni condizione, ma addirittura la garanzia della tutela della salute che l'articolo 32 della Costituzione impone alla Repubblica di salvaguardare come «*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*».

---

(1) In relazione alle disponibilità economiche degli utenti del Servizio sanitario nazionale (e più in generale dei cittadini dello Stato), pare corretto leggere questo incipit della legge 833/1978 in stretta relazione con l'articolo 53 della Carta costituzionale: «*Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività*». La differenza tra il nullatenente e il miliardario (che molto spesso diventa poi il cittadino che ha un minimo di risorse da parte, magari accumulate nel corso di un'intera vita) deve giocarsi sul terreno della contribuzione alle spese comuni, non su quello dell'erogazione dei servizi e della loro eventuale negazione in base a criteri socio-sanitari.

La Corte Costituzionale si è espressa a tutela del diritto alle cure sanitarie escludendo in diverse sentenze la possibilità che queste vengano negate per ragioni di bilancio. Vedremo nel dettaglio quelle del 2020 nei prossimi paragrafi. Qui merita solo ricordare le sentenze **509 del 2000 e 275 del 2016 della Consulta.** Nella prima la Corte costituzionale ha evidenziato che «*secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto*».

Nella sentenza 275 del 2016 la Corte costituzionale entra a fondo nel tema del vincolo alle prestazioni (con conseguente eventuale esclusione dei beneficiari) che sarebbe causata e legittimata dalla carenza delle risorse. È una prospettiva che la Consulta cassa categoricamente: «*É la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*». La sentenza 275 entra nel merito delle prestazioni di integrazione scolastica rivolte ad un alunno con disabilità, impostando però un'argomentazione che – come più sopra abbiamo cercato di spiegare – è possibile traslare in campo sanitario nel suo nucleo fondamentale di tutela concreta dei diritti al di là dei vincoli di bilancio. La Consulta ha precisato che «*il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'articolo 38*

della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel "rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati" (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto».

Due fondamentali sentenze della Corte costituzionale

Le sentenze 62 e 157/2020 della Corte costituzionale hanno fissato nuovi punti fermi nella concreta affermazione del diritto alla salute, che dev'essere riconosciuto e tradotto in prestazioni dal Servizio sanitario nazionale senza che vincoli o presunte indisponibilità di risorse neghino o riducano le prestazioni.

Le sentenze della Corte – in particolare nelle parti che riportiamo qui di seguito corredate da commento – sono importanti come strumento «in appoggio» alle istanze di singoli, famiglie o associazioni nei confronti delle istituzioni. Ciò che la Corte Costituzionale ha ufficializzato è utile per controbattere al ritornello «non ci sono risorse», con il quale spesso le amministrazioni pubbliche (dai vertici ai funzionari) rispondono – normalmente a voce, molto meno per iscritto – alle richieste di prestazioni dei cittadini, negando i servizi cui sono tenute (2).

Con la Sentenza 62/2020 (udienza pubblica del 14 gennaio

(2) Ecco perché, come da sempre consigliato dalle associazioni che fanno parte del

2020, pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 16 aprile 2020) la Corte costituzionale ha risposto all'istanza di cui era stata investita in merito alla questione della legittimità costituzionale della legge della Regione Sicilia n. 8/2018 laddove «*autorizza a iscrivere a bilancio una somma per la maggiore spesa sanitaria o da destinare al ripianamento del debito pubblico regionale*». Il ricorrente, la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha rilevato che la Regione (tra l'altro, inadempiente rispetto alle prestazioni di Livello essenziale e, in deroga rispetto alle altre Regioni, partecipante alle spese della sanità regionale per meno del 50 per cento, potendo contare di copertura diretta dello Stato per la restante parte delle spese del settore) non può destinare «*ad altre finalità*», come la copertura del debito regionale, le risorse sanitarie, «*anche in considerazione del fatto che la materia in esame dovrebbe ritenersi afferente ai Livelli essenziali delle prestazioni, di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera m)* (3) *della Costituzione*».

La Corte, che ha accolto il ricorso della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha confermato lo «*statuto fondante del Servizio sanitario nazionale, il quale garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse dell'intera collettività*». Precisa la Consulta: «*Il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, come definiti dal Piano sanitario nazionale e come individuati contestualmente all'identificazione delle risorse finanziarie*».

La questione delle risorse disponibili è fondamentale per la

Csa e dalla Fondazione promozione sociale onlus, che dal 2003 gestisce le attività del Comitato in difesa dei diritti degli assistiti, è necessario per la buona riuscita delle istanze di rivendicazione dei diritti che le richieste siano inviate per iscritto (con metodi tracciabili e riscontrabili, raccomandata con ricevuta di ritorno/posta elettronica certificata) e che le risposte delle istituzioni siano anch'esse scritte, così come previsto dalla legge 241/1990.

(3) *Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie (…) m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.*

garanzia dei Lea, ma non può essere la – spesso presunta – carenza/indisponibilità di risorse, a volte anche distrazione di esse dai fini sanitari, a determinare le mancate prestazioni: «*La stretta interdipendenza dei parametri costituzionali evocati e delle norme attuative configura il diritto alla salute come diritto sociale di primaria importanza e ne conforma il contenuto attraverso la determinazione dei Lea, di cui il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute. È in questo senso che deve essere ribadito il principio secondo cui, 'una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo [il diritto alla prestazione sociale di natura fondamentale, esso] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali' (sentenza n. 275 del 2016)*».

Non è solo una questione per così dire «nominale» o «astratta» la garanzia delle prestazioni indicate nei Livelli essenziali delle stesse, ma anche di qualità ed effettiva erogazione del Servizio in base al fabbisogno dei malati: «*È evidente* – ribadisce la Corte costituzionale – *che se un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indefettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute*».

Sulla stessa falsariga della sentenza 62/2020, anzi prevedendone espliciti rimandi e citazioni, la Corte Costituzionale si è espressa nella sentenza 157/2020 relativa ad una non semplice

questione di formazione e articolazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (e, a caduta, di quello regionale) sollevata dalla Corte dei Conti, sezione regionale di controllo della Regione Campania. In questo caso il Presidente del Consiglio dei Ministri, investendo la Corte della questione di legittimità costituzionale, ha rammentato che «*sulla base della legislazione vigente, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al quale concorre lo Stato, si articola, rispettivamente, nel: a) finanziamento sanitario corrente: il relativo livello è stabilito annualmente dalla legge di bilancio allo scopo di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, dunque, per acquistare ovvero produrre direttamente ed erogare ai cittadini le prestazioni sanitarie, pur non essendo escluso che tale finanziamento venga utilizzato anche per effettuare investimenti; b) finanziamento in conto capitale, destinato all'edilizia sanitaria e all'ammodernamento tecnologico*». La distinzione dei due grandi capitoli della spesa sanitaria è fondamentale perché non ci sia confusione tra i due finanziamenti. In particolare, gli strumenti contabili tecnici accessori a tale divisione, sarebbero stati «*introdotti per evitare che gli enti effettuino investimenti a valere sul finanziamento corrente al di fuori di un'attenta programmazione dei relativi flussi di cassa (come storicamente sarebbe avvenuto) (…) e sarebbe[ro] stati introdotti per garantire una corretta gestione finanziaria in vista della garanzia dell'erogazione dei Lea*», Livelli essenziali delle prestazioni in ambito sanitario.

Agli osservatori più attenti non può non sovvenire la situazione – più volte denunciata sulla rivista *Prospettive assistenziali* e da poche altre organizzazioni (4) – del piano di rientro sanitario della Regione Piemonte, generato dalla distrazione di miliardi di euro dalle spese correnti del Servizio sanitario regionale ad altre spese

(4) Per tutti valga G. Cavallero, R. Zerbi, "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del piano di rientro", Torino Medica, rivista dell'Ordine dei Medici di Torino e provincia, 1/2017.

(spesso nemmeno sanitarie). «*Per anni è stata convinzione comune che il bilancio della Sanità regionale fosse la causa dell'incredibile "buco nero" (disavanzo) di 7.258.726.834,62 euro, ma analisi approfondite mostrano che la Sanità piemontese non è mai stata in deficit dal 2005. Lo ha definitivamente certificato il Senato nell'ambito dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario. Lo ha definitivamente certificato il Senato nell'ambito dell'indagine sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (Relazione della 12ª Commissione Permanente (Igiene e Sanità) sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale – 23 giugno 2015). (…) In realtà una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la Sanità sono stati negli anni utilizzati come cassa per le spese extra-sanitarie, come ammesso dall'assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della dotazione del Servizio sanitario nazionale destinati al Servizio sanitario regionale che sono stati utilizzati altrove*» (5). Su questi presupposti i piemontesi – e in special modo i più malati fra essi, i malati cronici non autosufficienti – hanno subito otto anni di piano di rientro, taglio delle prestazioni, negazione di prestazioni essenziali, lesione del loro fondamentale diritto alle cure per le iniziative delle Giunte guidate dal leghista Roberto Cota e da Sergio Chiamparino (Pd).

Tornando alla sentenza 157/2020, la pronuncia della Consulta conferma il fondamentale principio della «*diversa finalità del servizio pubblico rispetto a quella dell'attività commerciale. (…) Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale la finalità prevalente è quella di assicurare le prestazioni indefettibili e le ulteriori prestazioni (nei limiti della sostenibilità) alle migliori condizioni qualitative e quantitative*». Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (e, a caduta, di quello regionale) «*è articolato, nella dinamica di bilancio dell'ente, in modo non dissimile da quel che avviene negli*

(5) Ibidem

enti locali relativamente al rapporto tra entrate correnti e spese correnti (rimanendo fermo che nell'ambito delle spese correnti è indefettibile l'integrale finanziamento dei Lea)».

L'inganno dei Fondi

La Corte Costituzionale conferma quindi che nel settore sanitario il diritto dev'essere concreto e le prestazioni non possono essere legittimamente negate ai titolari per qualsiasi ragione. La differenza con altri ambiti è evidente. In particolare con quello dell'assistenza (che discende dall'articolo 38 della Costituzione e non dal 32), spesso individuato con il fuorviante titolo di «sociale» (6). Nonostante questo, la teoria nefasta dell'integrazione socio-sanitaria viene proposta e osannata dalle istituzioni, rilanciata e difesa dalle sedicenti organizzazioni di difesa dei diritti dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti e dagli operatori privati del settore (nel loro interesse, ovviamente). L'effetto è il noto scaricamento di utenti e prestazioni da un settore in cui il diritto è blindato, quello sanitario, ad uno – quello socio-sanitario, appunto, articolato nei fatti come puramente socio-assistenziale, cioè senza le garanzie e la qualità delle prestazioni della sanità – in cui le prestazioni sono vincolate alla disponibilità di bilancio o a requisiti socio-economici dei richiedenti.

Le sentenze della Corte tratteggiano questo scenario chiaramente: «*Mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello delle prestazioni attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non*

(6) Si attribuisce qui questa qualifica al settore dell'assistenza, perché il termine «sociale» risulta talmente generico da essere di fatto vuoto. D'altronde la Costituzione utilizza per riferirsi alle prestazioni destinate ai «», completato l'intervento di tutti gli altri settori dello Stato, il termine «assistenza» che pertanto risulta più corretto. La scelta impone di fare però massima attenzione all'utilizzo, ingannevole, del termine «assistenza», che nulla ha a che fare, se non ulteriormente specificato, con la sanità.

può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa». Come a dire, chi sta dentro i Livelli essenziali delle prestazioni del Servizio sanitario è garantito e non c'è spazio per qualsivoglia valutazione sulla sostenibilità economica dell'intervento, poiché le risorse devono essere stanziate (in fase di preventivo o di consuntivo) per la copertura delle spese. Tutto ciò che resta fuori – compresi i «fondi» dedicati, tanto richiesti come obiettivo delle loro rivendicazioni dalle cosiddette associazioni e organizzazioni di tutela dei malati/persone con disabilità non autosufficienti (all'autismo, al dopo di noi, alla non autosufficienza, alle demenze…) – deve fare i conti con le disponibilità di bilancio, soccombendo inevitabilmente a spese più urgenti e necessarie. Avviso (appello) ai naviganti: associazioni, sindacati, terzo settore, organizzazioni che fanno riferimento alla Chiesa… Non è meglio sottrarre tutte le prestazioni di tutela della salute – in coerenza con la Costituzione e con l'universalismo del Servizio sanitario – alla squalificante e incerta battaglia annuale per le risorse, difendendo i lidi sicuri del Servizio sanitario nazionale?

Stato, Regioni e il pericolo del Tavolo tecnico

La sentenza 62/2020 approfondisce anche l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi, osservando come la funzione sanitaria pubblica «*venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i livelli essenziali di assistenza – e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi*». La Consulta richiama quindi alla separazione – pur nella collaborazione – dei ruoli, con particolare riferimento alla gerarchia delle fonti e delle funzioni: l'una, quella

statale, sovraordinata, pienamente legislativa e di definizione dei principi e delle regole generali; l'altra, quella regionale, che non può opporsi alla prima, di sostanziale aspetto gestionale e organizzativo dell'architettura indicata a livello statale, senza poter incidere sui principi (contenuti nella Costituzione e nelle norme statali) e sul contenuto delle prestazioni che il Servizio sanitario regionale è tenuto a fornire ai cittadini. Non sfugge alla Corte costituzionale la difficoltà della relazione fra Stato-Regioni, il cui, per così dire, difficile rapporto si è venuto rivelando con drammatica evidenza nel corso della pandemia da Covid-19. «*La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi 'necessari', inerenti alla prestazione dei Lea, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica*».

Inoltre, «*in sede di programmazione finanziaria i costi unitari fissati dal d.P.C.M. del 12 gennaio 2017 avrebbero dovuto essere sviluppati sulla base del fabbisogno storico delle singole realtà regionali e sulle altre circostanze, normative e fattuali, che incidono sulla dinamica della spesa per le prestazioni sanitarie. Successivamente tale proiezione estimatoria avrebbe dovuto essere aggiornata in corso di esercizio sulla base delle risultanze del monitoraggio del Tavolo tecnico di verifica*».

Non deve sfuggire l'importanza, ma anche la delicatezza e i possibili rischi, di queste due ultime affermazioni della Corte:

a) la Consulta prevede – e non censura – il fatto che oltre alle spese sanitarie per attività inserite nei Livelli essenziali delle prestazioni (servizi che non possono essere negati, nemmeno per presunte ragioni di scarsità o diversa allocazione delle risorse) si possano coprire con risorse sanitarie spese non previste nei Lea,

ma comunque inerenti alla tutela della salute delle persone. Se da un lato questa osservazione non deve fornire il pretesto per lo «scaricamento» fuori dal perimetro delle prestazioni Lea di attività di tutela della salute in essi incluse, dall'altro può fornire un solido appiglio per le rivendicazioni di ampliamento del contenuto dei Livelli essenziali. È il caso del contributo forfettario per le cure domiciliari per i malati/persone con disabilità non autosufficienti a parziale copertura delle maggiori spese che le famiglie accettano volontariamente di affrontare per tenere a casa il loro caro (7). Nulla vieta che il Servizio sanitario paghi – riconoscendole come prestazioni di tutela della salute del malato/persona con disabilità ed erogando un corrispondente assegno di cura – in tutto o in parte le prestazioni fornite dai famigliari direttamente o avvalendosi di terzi, per esempio regolarmente assunti (assistente famigliare). Il passo successivo, per il quale la Fondazione promozione sociale e il Csa si battono da anni, è l'inclusione a pieno titolo dell'assegno di cura nelle prestazioni Lea.

b) la differenza sostanziale tra il Fondo sanitario nazionale è qualsiasi Fondo di altro genere (tanto più se incardinato nel settore dell'assistenza) è la sua adattabilità – in sede di consuntivo e quindi di compensazioni – al fabbisogno reale delle richieste di tutela della salute, anziché ad una rigida definizione delle risorse. In questo senso la determinazione delle risorse sanitarie deve maturare da una valutazione «*del fabbisogno storico*», aggiornando «*tale previsione estimatoria in corso di esercizio*».

Diventa però fondamentale che le prestazioni siano corretta-

---

(7) I contenuti essenziali della questione – pur con i necessari aggiornamenti legislativi intercorsi – sono contenuti nella "Petizione per il riconoscimento del diritto prioritario alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari delle persone non autosufficienti" promossa dalla Fondazione promozione sociale onlus, la cui raccolta di adesioni e firme si è conclusa il 31 dicembre 2015 registrando 20.014 firme e 49 adesioni di personalità e organizzazioni pubbliche e private (tutti i documenti e le informazioni sono conservati sul sito www.fondazionepromozionesociale.it nella sezione "Archivio"). Una analoga petizione è stata rilanciata anche a livello europeo (Cfr. "Discussa la petizione europea per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali", Prospettive assistenziali n. 202, 2018).

mente individuate e considerate dal Ministero della Salute o dalle Agenzie ad esso collegate (per esempio l'Agenas) per stimare in sede di preventivo le risorse e per formulare l'eventuale consuntivo/conguaglio sulle stesse. È significativo notare che nelle pagine *"Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti"* e *"Comitato LEA"* pubblicate sul portale *on-line* del Ministero della Salute, mancano completamente proposte di azioni concrete volte al contenimento o, preferibilmente, all'eliminazione delle crudeli liste d'attesa in cui vengono inseriti gli anziani malati cronici non autosufficienti.

Nel *"Documento di individuazione dei compiti del Comitato"* (nel quale pare indentificare il "Tavolo tecnico di verifica" delle citate sentenze), pubblicato dal Ministero della Salute il 14 febbraio 2006 è riportato quanto stabilito dall'articolo 1 - allegato 1 - punto 2 – lettera h) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, secondo cui occorre attuare *«nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa»*.

Tuttavia, nel documento non si ravvisa nessun riferimento alle inique liste d'attesa per l'accesso alle Residenze sanitarie assistenziali - Rsa e per le cure domiciliari, prestazioni socio-sanitarie previste dalla normativa sui Lea richiamata (articolo 54 della legge 289/2002 e, oggi, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017) per garantire la continuità terapeutica ai malati cronici non autosufficienti.

A quanto ci risulta, non solo non viene prevista alcuna azione a proposito ma manca una vera e propria analisi della situazione attuale, analisi che non può che avere come base la raccolta di dati precisi sulle liste d'attesa attualmente esistenti (8).

Il sopracitato *"Documento di individuazione dei compiti del Co-*

(8) Nell'articolo *"Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tu-*

mitato" contiene al suo interno l'importante citazione dell'articolo 52, comma 4, lett. b) della legge 289/2002, in base al quale le Regioni devono definire con strumenti formali la *«assunzione della propria quota relativa agli oneri per la prestazioni dell'area socio-sanitaria di cui all'Allegato 1 C del DPCM del 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"»* nonché *«l'adozione di strumenti formali di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile per l'ammissione alle strutture residenziali e semiresidenziali»*. Tuttavia, spiace constatare che, nonostante le previsioni di legge richiamate, non risulti che le Regioni abbiano mai intrapreso atti che vadano nella direzione indicata dalle norme citate, né che il Comitato Lea abbia dato indicazioni in tal senso.

Lo stesso Documento, al punto 2.1.2, richiamando nuovamente l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ricorda «*gli ulteriori adempimenti regionali per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria»* dando particolare attenzione alla definizione dei «*flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza»*.

In merito, a parere di chi scrive, manca nel documento la definizione, da una parte, degli *standard* cui viene fatto riferimento e, dall'altra, la previsione del controllo sull'operato delle Regioni per quanto concerne le prestazioni socio-sanitarie Lea domiciliari, semi-residenziali e residenziali per i malati cronici non autosufficienti.

Allo stesso modo, nonostante il Documento rimarchi l'impegno delle Regioni al *«potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero»* e ad *«assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e se-*

---

tela della salute" del Prof. Francesco Pallante, pubblicato sulla rivista "Il Piemonte delle Autonomie", stando ai dati comunicati dagli Uffici regionali, attualmente solo in Piemonte sono oltre venticinquemila (25.653) le persone in lista d'attesa per ricevere servizi residenziali o servizi domiciliari.

miresidenziale extraospedaliera» manca anche qui il riferimento ad un controllo successivo sul raggiungimento dell'obiettivo.

Non è poi chiaro il motivo per cui, nel Documento in analisi, ogni riferimento alle liste d'attesa venga espressamente circoscritto agli *«accertamenti diagnostici»*: lo stesso metodo andrebbe esteso espressamente alle liste d'attesa concernenti i Livelli Essenziali di Assistenza delle persone malate croniche non autosufficienti (e quindi alle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017).

Inoltre, poichè il Comitato Lea deve predisporre linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani regionali e che i Piani regionali devono garantire il monitoraggio e la valutazione degli stessi, sarebbe opportuno dare un maggior peso a questi elementi nella valutazione annuale obiettivi dei singoli Direttori generali, al fine di ottenere un concreto miglioramento della situazione delle liste d'attesa e delle cure dei malati stessi.

Trovare i soldi

Fin qui abbiamo sostenuto e argomentato che la paventata scarsità delle risorse economiche non può negare la garanzia dei diritti fondamentali – tra i quali quello alla salute – e le corrispondenti prestazioni. Eppure, interrogarsi su come reperire i fondi è necessario perché le risorse pubbliche non sono infinite, vanno ben utilizzate e vanno evitati gli sprechi e le gestioni non oculate, che sono spesso spie di fenomeni di ingiustizia sociale. Le associazioni che agiscono secondo il paradigma del volontariato dei diritti – e non quello compassionevole – non solo sono quelle capaci con la loro azione di mobilitare più risorse in modo strutturale (9), ma anche, grazie alla loro indipendenza, di indicare alla politica gli ambiti di intervento e gli strumenti per il recupero delle risorse. Qui di seguito ne proponiamo alcuni.

Evasione fiscale. Il tema del contrasto a tutto campo all'evasione fiscale viene ormai quasi escluso dal dibattito pubblico, perché considerato un pio intento, di fatto irrealizzabile (10). Si tratta di risorse enormi: l'annuale "*Rapporto sui risultati conseguiti in materia di misure di contrasto dell'evasione fiscale" redatto dal Ministero dell'economia e delle finanze e* deliberato dal Consiglio dei Ministri il 5 ottobre 2020 stima l'evasione totale di imposte e contributi per il 2017 (ultimo anno di rilevazione disponibile) in 108,1 miliardi di euro (il 6 per cento del Pil e circa il triplo del deficit pubblico).

Tra gli interventi per contrastare l'evasione fiscale, ci permettiamo di indicarne tre di poca spesa (anzi, anche di risparmio per le casse pubbliche) i primi due già anticipati nel documento "Per ottenere il riconoscimento completo del diritto alle cure del Servizio sanitario nazionale per gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da malattia di Alzheimer, o da altre analoghe forme di demenza senile" pubblicato nel precedente capitolo:

a) la richiesta tassativa da parte delle Regioni (ma la misura potrebbe essere introdotta dallo Stato nelle condizioni di accreditamento) di trasmissione da parte delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e di qualunque struttura residenziale privata accreditata con il Servizio sanitario delle copie dei versamenti effettuati all'Inps e all'Inail, così come delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti. La misura, oltre a consentire il controllo

---

(9) Emblematico in questo senso l'ultimo esempio di attività di promozione dei diritti raggiunto con la sentenza della Corte costituzionale 152/2020 che ha disposto l'integrazione della pensione di invalidità per tutte le persone con disabilità (100%) fino alla cifra di 651,51 euro al mese (precedentemente 286,81 euro al mese).

(10) Non mancano le eccezioni, anche di alto livello. Tra le varie prese di posizione, seppur sul piano meramente verbale, l'ex Presidente del Consiglio e Presidente della Commissione europea, Romano Prodi, ha dichiarato all'Ansa il 7 ottobre 2019: «*C'è un solo problema che decide il futuro del Paese: l'evasione fiscale. Mettetela come volete, ma quando un paese evade per oltre 100 miliardi di euro, non c'è niente da fare. Se uno fa una cosa decisa, per contrastarla, la gente inizia a pagare*».

sull'effettiva presenza almeno di un numero minimo di operatori in struttura, garantirebbe la tracciabilità dei pagamenti delle strutture e costituirebbe una importante e aggiornata base di riscontro per le verifiche fiscali;

b) è noto che il fenomeno del «nero» è largamente diffuso nell'ambito delle prestazioni di cura/assistenza domiciliare. L'introduzione di una «quota sanitaria» delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, indipendente dalla condizione economica del beneficiario, consentirebbe di far emergere tutte le prestazioni sommerse. L'erogazione delle risorse di aiuto/riconoscimento di parte della spesa affrontata dalle famiglie per la cura domiciliare di un parente non autosufficiente sarebbe infatti vincolata alla presentazione di ricevute, contratti, documenti fiscali che comprovino i rapporti di lavoro e le attività svolte;

c) la partecipazione di volontari (in particolare pensionati, laureati e diplomati) per il disbrigo delle attività di accompagnamento, come testimoni tenuti al segreto professionale, di un singolo agente della Guardia di Finanza (oggi sono due) nelle attività di verifica, per esempio, dell'emissione degli scontrini fiscali, con l'ovvia esclusione degli interventi investigativi e accertativi.

Rimborso spese sanitarie. Perché la collettività deve pagare le spese sanitarie e quelle previdenziali per le cure delle vittime di coloro che, per gravi colpe accertate dalla magistratura, hanno procurato lesioni a persone (a seguito di infortuni sul lavoro, malattie professionali, incidenti stradali, risse o per altri motivi)? Le cure a coloro che ne hanno bisogno vanno sempre fornite dal Servizio sanitario nazionale senza limiti di durata, così come le indennità previdenziali in caso di danno o menomazione permanente. Nulla vieta però, che lo Stato approvi una legge per obbligare (attualmente è solo una facoltà) le Aziende sanitarie locali e quelle ospedaliere a richiedere ai responsabili delle lesioni il rimborso delle spese sostenute dal Servizio sanitario na-

zionale per la cura dei soggetti danneggiati. Emblematico, in negativo, il caso di due tra i più eclatanti casi di cronaca degli ultimi decenni: per i casi ThyssenKrupp (morte di sette operai nello stabilimento torinese della fabbrica per il rogo scoppiato il 6 dicembre 2007) ed Eternit (migliaia di morti dovuti all'esposizione professionale senza protezione alle fibre di amianto, già note come cancerogene), tutte le spese sanitarie sono state caricate sulla fiscalità generale.

Assicurazioni e imposte. Il Servizio sanitario nazionale italiano è sottofinanziato, rispetto alla media europea, in rapporto al Prodotto interno lordo del Paese. Per recuperare risorse a favore del Servizio sanitario – e, in esso, a favore delle prestazioni ai malati cronici non autosufficienti – si potrebbe agire sull'aumento della quota destinata al Servizio sanitario dei premi di assicurazione per auto e altri veicoli. In tema di imposte, poi, è noto che gran parte del finanziamento del Servizio sanitario deriva dall'Irpef (Imposta sul reddito delle persone fisiche) e dall'Irap (Imposta regionale sulle attività produttive) delle quali sarebbe necessario valutare un aumento per coprire le spese sanitarie e fornire i servizi previsti dai Livelli essenziali delle prestazioni. In particolare per l'Irpef, le Regioni e provincie a Statuto speciale, le regioni Lombardia, Liguria, Marche, Umbria (fino a 15 mila euro di reddito annuo) e Basilicata (fino a 55 mila euro) applicano una tassazione dell'1,23 per cento, che potrebbe però essere elevata fino al 3,3 per cento. In proposito sono emblematiche le parole del Presidente della Giunta regionale del Veneto, Luca Zaia, in piena pandemia da Covid-19: «*Forse abbiamo fatto il più grande errore della storia, noi è da dieci anni che non mettiamo tasse. (…) A me sembra un valore non aver applicato tasse, ma effettivamente la memoria umana è breve. Forse se le avessimo applicate, avremmo oggi un budget da dare e avrebbe rappresentato un'azione mutualistica. Ma noi abbiamo fatto un'altra scelta, in questi anni*» (11). All'obiezione che, in termini di con-

senso politico, l'aumento delle tasse è un provvedimento impopolare, va però osservato che il corrispondente aumento dei servizi assicurato da una politica che sappia «far atterrare dove servono» le risorse, potrebbe compensare e addirittura superare tale svantaggio.

Pensioni, integrazione al minimo. Modifiche sostanziali dovrebbero essere apportate in merito alle erogazioni effettuate dallo Stato per l'integrazione al minimo delle pensioni, per la maggiorazione sociale e per gli assegni o pensioni sociali: attualmente lo Stato versa ogni anno oltre 54 miliardi di euro, con scarsissima attenzione alla giustizia sociale di queste erogazioni e contributi destinati a cittadini che non hanno bisogno in termini di reddito/patrimonio. Mentre l'integrazione al minimo è una provvidenza condivisibile (anche se occorrerebbe che l'ammontare previsto fosse in grado di eliminare la povertà assoluta), è inaccettabile che le integrazioni economiche siano versate – come avviene oggi – a coloro che posseggono beni immobili anche di importo molto consistente e/o patrimoni (azioni, obbligazioni, denaro contante, ecc.) di una certa entità oppure altri beni non indispensabili, ma aventi un valore economico rilevante (12).

Per recuperare risorse si propone quindi il blocco delle nuove erogazioni a coloro che dispongono di beni immobili, compresa la prima casa, o beni mobili di rilevante consistenza da definire

---

(11) www.ilfattoquotidiano.it, "Veneto, niente ristori dalla Regione per carenza di fondi. E ora Zaia dice: 'Un errore non aver aumentato le tasse negli anni'", 29 novembre 2020.

(12) Un esempio per rendere l'idea: l'ex lavoratore ultrasettantenne che ha conseguito una pensione di 150 euro mensili (ad esempio perché ha lavorato come dipendente per un breve periodo di tempo e in seguito ha svolto attività in proprio) e possiede, oltre all'appartamento o alla villa dove abita (di cui non si tiene conto qualunque sia il loro valore), addirittura altri due alloggi (ad esempio seconda e terza casa non affittati a terzi del valore complessivo di 400mila euro) i cui redditi calcolati ai fini fiscali sono certamente inferiori a 6mila euro, riceve dallo Stato ogni anno quale prestazione assistenziale (integrazione al minimo e maggiorazione sociale) 453,87 euro mensili per 13 mesi che si sommano ai 150 euro della pensione.

e l'interruzione dell'erogazione delle addizionali economiche relative all'aumento del costo della vita a coloro che già beneficiano delle provvidenze di cui sopra.

Ex-Ipab, serbatoi di risorse. Preso atto che un numero assai rilevante di **Ipab**, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza, è stato privatizzato con l'assegnazione gratuita dei beni mobili e immobili (sovente molto consistenti) a operatori privati, occorrerebbe verificare se le istituzioni subentrate alle Ipab continuano o meno a svolgere attività di sostegno ai poveri e alle persone in gravi difficoltà, com'è previsto dalle loro tavole di fondazione; individuare le Ipab privatizzate e l'ammontare di beni mobili e immobili posseduti al momento della privatizzazione; verificare la situazione presente dei beni di cui sopra e fornire i dati relativi alle eventuali alienazioni illegittime con i relativi importi e pareri sulla loro corrispondenza ai valori di mercato; accertare ogni altro elemento utile in merito alla correttezza dell'operato degli amministratori in relazione alle finalità istitutive dell'ente e agli scopi perseguiti. Sono urgenti le iniziative volte ad evitare che le istituzioni non rispettino, come purtroppo spesso avviene, **l'esclusiva destinazione alla fascia più debole della popolazione delle risorse delle Ipab ed ex Ipab** che in base alla legge devono essere destinate esclusivamente alle persone e ai nuclei familiari in condizioni di grave disagio socio-economico. Si tratta di operazioni di sottrazioni di risorse destinate ai poveri, ma dirottate su altri capitoli di bilancio alle quali non sono esenti le istituzioni pubbliche come i Comuni. Attraverso una serie di operazioni di spostamento del vincolo Ipab (obbligo di destinazione ai poveri dei redditi generati e dell'introito da eventuale vendita) su immobili invendibili, nel 2008 l'amministrazione comunale di Torino, sindaco Sergio Chiamparino, ha sottratto al settore socio-assistenziale ben 43 milioni di euro provenienti dalla vendita di patrimoni immobiliari Ipab (13).

Una seria operazione di revisione della spesa statale che non si traduca in un taglio lineare alle prestazioni erogate dello Stato, spesso senza nemmeno tenere conto delle spese obbligatorie – come quelle della sanità – alle quali la Repubblica è tenuta dalla sua stessa Costituzione, non può evitare alcuni passaggi riformatori chiave. Ne elenchiamo brevemente alcuni.

La ridefinizione della povertà escludendo – oggi non è così – coloro che posseggono patrimoni immobiliari (al di sopra di un valore quantificabile per la prima e unica abitazione) e di beni mobili di una certa consistenza. Una riduzione notevole della spesa pubblica sarebbe sicuramente realizzata con l'unificazione dei Comuni (in totale 8.094 in tutta Italia) di cui ben 3.532 hanno meno di 2mila abitanti; inoltre le amministrazioni locali sono spesso titolari di partecipazioni in società (oltre 5mila) largamente inefficienti

Altri risparmi si potrebbero ottenere facilmente eliminando gli inaccettabili privilegi dei Parlamentari, compresi gli ex Presidenti della Camera dei Deputati e del Senato e dei Consiglieri regionali, e quelli delle altre istituzioni (Corte costituzionale, Corte dei Conti, ecc.) e compiendo una seria valutazione dell'immenso patrimonio pubblico italiano in molti casi generatore di spese senza esserlo di servizi.

(13) Il giornale del Piemonte, "Chiamparino vende tutto alla faccia dei bisognosi", venerdì 25 luglio 2008.

Appendice

(www.fondazionepromozionesociale.it)

Attenzione alle truffe sanitarie e alle false informazioni

ADULTI COLPITI DA PATOLOGIE INVALIDANTI CON AUTONOMIA LIMITATISSIMA O NULLA, ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, INFERMI AFFETTI DA ALZHEIMER O DA ALTRE FORME DI DEMENZA
***FAC-SIMILE* DELLA LETTERA PER OPPORSI ALLE DIMISSIONI DAGLI OSPEDALI E DALLE CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE E CHIEDERE LA PROSECUZIONE DELLE CURE (DAL 1978 PIU' DI 20MILA CASI RISOLTI, SEGUENDO LE NOSTRE INDICAZIONI)**

Lettera predisposta dalla Fondazione promozione sociale - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti **(VERS. 27 7 2020)**
Via Artisti, 36 - 10124 Torino - tel. 011.812.44.69 - fax 011.812.25.95 e-mail: **info@fondazionepromozionesociale.it**

PER CHIARIMENTI TELEFONARE SOLAMENTE DOPO AVER LETTO CON LA MASSIMA ATTENZIONE IL FACSIMILE, LE AVVERTENZE E LE NOTE

LEGGERE ANCHE QUESTA PARTE CON MOLTA ATTENZIONE: ***1)*** *Utilizzare questo testo riempiendo le parti in bianco, senza apportare alcuna modifica. Nei casi in cui vengano apportate modifiche a questo testo, le responsabilità sono della persona che sottoscrive l'opposizione.* ***2)*** *Ogni lettera deve contenere tutti gli indirizzi, NON vanno indicati nomi e cognomi dei destinatari.* ***3)*** *Per gli indirizzi delle raccomandate A/R e delle lettere riguardanti il Direttore generale Asl Torino, al fondo delle Note vi sono i relativi indirizzi.* ***4)*** *Per la Regione Lombardia si veda la nota 3, nonché gli "Appunti sulla particolare situazione della Lombardia in merito alle dimissioni di malati cronici non autosufficienti" (cfr.* www.fondazionepromozionesociale.it *alla voce: "Archivio")*

LETTERA ***RACCOMANDATA A/R*** - Egr. **Direttore generale Asl**……..[*vedere* ***nota 1***]
Via……..Città……..[*per la* ***Lombardia*** *vedere la* ***nota 3***]

LETTERA ***RACCOMANDATA A/R*** - Egr. **Direttore generale Asl**……
Via……..Città……

LETTERA ***RACCOMANDATA A/R*** - Egr. **Direttore sanitario** [*Ospedale o Casa di cura privata convenzionata*]
……
Via……..Città……..

LETTERA ***RACCOMANDATA A/R*** - Egr. Sig. **Sindaco** (o Presidente del Consorzio)……..[*vedere* ***nota 4***]
Via……..Città……

LETTERA ***RACCOMANDATA A/R*** - Egr. **Difensore civico** della Regione……
(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)
Via……..Città……..

E per conoscenza a
(LETTERE NORMALI):

- Egr. **Presidente della Regione** ……
Via……..Città……..

- Egr. **Presidente Ordine dei Medici** …… [*della zona in cui il malato è ricoverato*]
Via……..Città……

- *Spett. Segreterie regionali dei Sindacati dei Pensionati:* [*vedere* ***nota 5***]
- **Spi-Cgil** - Via……..Città……
- **Fnp-Cisl** - Via……..Città……
- **Uilp-Uil** - Via……..Città……..

- Rev. **Titolare della Diocesi di** ……..[*vedere* ***nota 5***]
Via……..Città……

- **Fondazione Promozione sociale** onlus
Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti
Via Artisti, 36 - 10124 Torino

Oggetto: **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE E RICHIESTA DELLA CONTINUITÀ DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA ASSICURATA DALLE LEGGI VIGENTI**

…l… sottoscritt… …… abitante in ……………………………………………...... Via ...……………………………………………………………………. n°………..
Pec (o e-mail) ……………………………………………………………. visto l'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 che prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e l'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

CHIEDE che …l… propri… ……..………….. (*nome e cognome*) …………………………………………………………………… abitante in ……..……………..…… via ……………………………………………………. n°……, attualmente ricoverat… e curat…. presso …………………………………………………………………………., **NON** venga dimess…, oppure che venga trasferit… in un altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria per i seguenti **MOTIVI**:

1) il paziente non è in grado di programmare autonomamente il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malato da essere anche totalmente non autosufficiente. Necessita pertanto delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie (diagnosi, terapie, somministrazione e verifica dell'assunzione dei farmaci, alimentazione, igiene personale ecc.) volte ad evitare l'altrimenti inevitabile decesso nel giro di breve tempo.
[Se possibile aggiungere un certificato medico recente che deve riportare anche la seguente frase: "*Le prestazioni sanitarie nei confronti del paziente risultano pertanto indifferibili in relazione al quadro clinico e patologico riscontrato*". Nei casi in cui l'infermo abbia l'indifferibile esigenza di prestazioni riabilitative, questa esigenza deve essere precisata in apposito certificato medico, il più dettagliato possibile. Per ulteriori chiarimenti vedere la ***nota 6***];

2) l… scrivente non intende assumere oneri di competenza delle Asl e non è in grado di assicurare le necessarie cure al proprio congiunto, anche perché assolutamente sprovvisto delle occorrenti competenze sanitarie;

3) non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari. Al riguardo ricorda che l'art.23 della Costituzione è così redatto: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

Fa presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute a tutti gli infermi, compresi gli adulti colpiti da patologie invalidanti con autonomia limitatissima o nulla, agli anziani malati cronici non autosufficienti e agli infermi affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza, ai sensi della **legge 23 dicembre 1978 n. 833** il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*», mentre l'articolo 1 della stessa legge n. 833/1978 sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali *«senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* sanitario nazionale.
Inoltre, com'è stabilito dalla legge n. 38/2010 ed è confermato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 «*è tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato (…) al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza* [rectius, alle prestazioni sanitarie, ndr.], *la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze*».
Pertanto la violazione delle norme vigenti è un atto gravissimo poiché attribuisce ai familiari degli infermi non autosufficienti compiti, oneri economici e responsabilità anche penali non soltanto non previste da alcuna legge, ma chiaramente vietati dal sopra citato articolo 23 della Costituzione che definisce le basi imprescindibili dei rapporti tra istituzioni, operatori e cittadini. Al riguardo ricordiamo altresì che la Costituzione stabilisce all'articolo 28 che «*I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti*» e all'articolo 54 che «*i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore*».

L… scrivente evidenzia che nella **sentenza n. 36/2013 la Corte Costituzionale** ha definito non autosufficienti le *«persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri»*.

Precisa che nella **sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato**, recependo integralmente quel che aveva deciso la Corte di Cassazione nel provvedimento n. 21748/2007, ha evidenziato che «*chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente. La tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte*». Tenuto conto che la condizione sanitaria di base delle persone in stato vegetativo è la non autosufficienza, risulta evidente che hanno diritto alle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata anche tutte le persone non autosufficienti. Si segnala altresì che per aver negato nel 2008 il ricovero della figlia in coma in una struttura residenziale con oneri a carico del Servizio sanitario, con la sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato ha condannato la Regione Lombardia a versare al padre dell'inferma non autosufficiente euro 132.965,78 di cui euro 12.965,78 a titolo di danno patrimoniale ed euro 120mila a titolo di danno non patrimoniale.

Segnala che nella **sentenza n. 604/2015** il Consiglio di Stato ha precisato quanto segue: «*Chiarito che la disciplina della delibera regionale* [del Piemonte, n.d.r.] *n. 14-5999, quale risulta dalla sua letterale formulazione, consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata, nel caso concreto, come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete di servizi socio-sanitari, occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza, come ritenuto dal giudice di primo grado*».

Ricorda che nella **sentenza n. 1858/2019** il Consiglio di Stato ha precisato che: «*la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni*» dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 per la cura delle persone non autosufficienti «***non è cogente***» con la precisazione che «***ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale***». Inoltre, poiché nella stesa sentenza il Consiglio di Stato ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (…) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali* [*rectius*, diagnostiche e terapeutiche, ndr] *criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari*», le strutture del Servizio sanitario non possono né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare, com'è stabilito dal già richiamato articolo 1 della legge n. 833/1978.

L'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 ha precisato che: «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto* ***hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili*** *in relazione ai loro quadri clinici e patologici*». Com'è ovvio l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riguarda tutti gli adulti non autosufficienti e non solo gli anziani non autosufficienti.

Ricorda inoltre che:

a) **Il testo del giuramento professionale dei Medici** stabilisce, fra l'altro, quanto segue: «*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento* ***contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione****; di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo delle sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale»;*

b) **il Codice di deontologia medica** dispone all'art. 3 che «*doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera*»; all'articolo 4 che «*il medico ispira la propria attività professionale ai principi della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*» e all'art. 23 che «*il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita*»;

c) **il Codice deontologico dell'infermiere**, approvato nel 2019, stabilisce (articolo 3) che «*l'infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento, della sessualità, etnica, religiosa e culturale*» e (articolo 4) «*si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono*»*;*

d) **il Codice deontologico degli Assistenti sociali** precisa che «*l'assistente sociale svolge la propria azione professionale senza fare discriminazioni e riconoscendo le differenze di età, di genere, di stato civile, (…), di condizione sociale e giuridica, (…), di funzionamento psichico o fisico, di salute e qualsiasi altra differenza che caratterizzi la persona*» (punto 9). Inoltre «*si adopera affinché l'azione professionale si realizzi in condizioni e in tempi idonei a garantire la dignità, la tutela e i diritti della persona, anche in funzione del livello di responsabilità che egli ricopre*» (punto 19) e «*informa la persona sui suoi diritti e doveri*» (punto 29)*»;*

e) **il Difensore civico della Regione Piemonte** con comunicazione del 16 maggio 2017 ha precisato che alle lettere di opposizione alle dimissioni, «*espressamente formulate ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (…)»,* deve essere fornita tempestivamente, previa idonea istruttoria, una risposta da parte del Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo.

Ciò premesso, il Servizio sanitario nazionale deve erogare le occorrenti prestazioni anche alle persone non autosufficienti le cui condizioni di estrema malattia non consentono loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche, non solo dei dolori di cui soffrono ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali, provvedere all'assunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilizzazione...) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. **Ne consegue che questi infermi sono in una situazione non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza, com'è il caso dell'infermo in oggetto.**

[*Attenzione*: La parte seguente è da compilare qualora si intenda curare a domicilio il congiunto. In questo caso cancellare la parte più sotto relativa al ricovero in struttura residenziale]

L……scrivente è disponibile a provvedere alle **cure domiciliari** del proprio congiunto a condizione che [*vedi **nota 6***]:

1) l'Asl:

- garantisca per iscritto le prestazioni domiciliari del medico di base e, occorrendo, dell'infermiere e del riabilitatore;
- assicuri gli interventi di emergenza nel caso in cui lo scrivente non sia più in grado di provvedere, nonché qualora insorgano gravi esigenze del malato;
- metta a disposizione gratuita i seguenti dispositivi tecnologici……
- fornisca allo scrivente un adeguato rimborso delle spese vive sostenute, il cui importo, richiesto in euro……..…….. mensili, venga precisato prima delle dimissioni;
- provveda a sua cura e spese al trasferimento del malato al domicilio di…… via…….. n……..;

2) il Comune (o il Consorzio di Comuni) integri l'importo versato allo scrivente sulla base delle proprie deliberazioni, comunicando il relativo importo prima delle dimissioni;

3) l… scrivente sottolinea l'importanza del documento "Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente" (cfr. *Prospettive assistenziali* n. 169, gennaio-marzo 2010, presente su www.fondazionepromozionesociale.it) e chiede che analoga iniziativa venga assunta dall'Asl… e dal Comune di ……..

[*Attenzione*: La parte seguente è da compilare qualora si richieda il ricovero presso una struttura residenziale socio-sanitaria. In questo caso cancellare la parte più sopra relativa al domicilio].

L… scrivente è disponibile ad accettare il trasferimento del proprio congiunto presso una idonea struttura prevista dalle norme vigenti a condizione che:

– detto ricovero sia definitivo e in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;
– siano assicurate all'infermo tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative;
– la struttura sia situata preferibilmente in ……. in modo da consentire non solo allo scrivente ma anche a tutti gli altri familiari, di fornire il loro massimo sostegno possibile al malato;
– il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Asl;
– l'eventuale quota della retta alberghiera a carico del ricoverato sia conforme alla normativa vigente;
– l'eventuale quota suddetta sia comprensiva di tutte le prestazioni, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilizzazione, imboccamento, ecc.
– l'integrazione dell'eventuale quota della retta alberghiera non corrisposta dal ricoverato venga versata dall'Ente gestore socio-assistenziale a partire dalla data del ricovero in Rsa del/della paziente.

L….. scrivente, mentre **disdice con effetto immediato ogni impegno eventualmente assunto** in merito alla prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie, si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro.

L….. scrivente chiede inoltre alla Direzione della citata struttura in cui l'infermo è attualmente ricoverato, copia integrale del certificato medico in base al quale sarebbero state disposte le dimissioni, per cui la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie in base alle norme vigenti, non sarebbe più di competenza del Servizio sanitario nazionale ma dello scrivente.

Ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017 l….. scrivente chiede al Difensore civico di intervenire per l'ottenimento di quanto richiesto con la presente.

L….. scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, dei decreti legislativi 502/1992 e 97/2016, chiede che gli venga inviata una risposta scritta (in primo luogo dal Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo, Autorità che deve garantire le cure senza limiti di durata) e segnala che non terrà conto delle eventuali risposte verbali e telefoniche.

Ringrazia e porge distinti saluti.

Data…… *Firma ……*

RACCOMANDAZIONI PER COLORO CHE SOTTOSCRIVONO LE OPPOSIZIONI

Sulla base dei sopra citati articolo 23 della Costituzione e articolo 2 della legge n. 833/1978, gli adulti e gli anziani non autosufficienti hanno il diritto esigibile alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata. Pertanto, per nessun motivo, possono essere dimessi, salvo **volontaria** decisione della persona che si assume le responsabilità civili e penali, nonché i relativi oneri economici, assicurando all'infermo le occorrenti cure ed una sorveglianza 24 ore su 24 per non incorrere nel reato di abbandono di incapace.

Nei casi in cui il personale delle strutture sanitarie pubbliche o private richieda la sottoscrizione di documenti predisposti per la preventiva dimissione dell'infermo non autosufficiente, richiesta gravemente contrastante con le leggi vigenti, è necessario non firmarli. Se il relativo testo è inviato, anche in forma anonima, alla Fondazione Promozione sociale onlus, verrà valutata l'opportunità di inviare una segnalazione alla Procura della Repubblica e all'Ordine dei Medici o degli Infermieri o degli Assistenti sociali anche in merito all'articolo 28 della Costituzione che stabilisce quanto segue: *«I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti (…)»*. Analogo l'impegno della Fondazione nei casi di minacce, maltrattamenti ed abusi [*vedere note 7 e 8*].

AVVERTENZE E NOTE IMPORTANTI DA LEGGERE CON LA MASSIMA ATTENZIONE E DA TENERE A MENTE

- Per poter agire in sostituzione della persona parzialmente o totalmente incapace è necessario ottenere dall'Autorità giudiziaria la nomina urgente di un tutore/amministratore di sostegno anche provvisorio (per informazioni consultare il sito **www.tutori.it**)

- Vi sono Asl che richiedono l'inoltro di una istanza alla competente Unità valutativa (multidimensionale, geriatrica, Alzheimer, ecc.) per ottenere l'individuazione delle esigenze sanitarie, socio-sanatorie, riabilitative o di altra natura dell'infermo. Alcune Asl richiedono questa certificazione quale condizione indispensabile per l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

- In base alle leggi vigenti ha diritto all'indennità di accompagnamento (competenza dell'Inps) la persona che «*è nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*» e/o «*abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*».

- **Nei casi di assoluta urgenza** è opportuno inviare il seguente telegramma al Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo e al Direttore sanitario della struttura (ospedale o casa di cura privata convenzionata) in cui il malato è ricoverato: «*SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITÀ ACCETTARE DIMISSIONI DI [cognome e nome] GRAVEMENTE MALATO, CON ESIGENZE SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI E NON AUTOSUFFICIENTE, E [se del caso] NON CAPACE [oppure "non sempre capace"] DI PROGRAMMARE IL PROPRIO FUTURO. SEGUE LETTERA».*

- Eventuali trasferimenti da struttura a struttura sanitaria o socio-sanitaria devono essere fatti a cura e spese dell'asl

- Attenzione che, sotto il profilo giuridico, accettare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate di una persona non autosufficiente e incapace di programmare il proprio futuro, significa sottrarre volontariamente il paziente dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e assumere tutte le relative responsabilità, comprese quelle penali, nonché gli oneri economici conseguenti alle cure che devono essere fornite al malato.

- Chiedere copia del cosiddetto "Contratto di ospitalità" (abolito in Piemonte) o del regolamento della struttura (Rsa, casa protetta, ecc.) in cui verrà ricoverata la persona malata cronica non autosufficiente e, prima di firmare qualsiasi documento, inviare copia alla Fondazione Promozione sociale onlus.

- Nei casi di necessità, gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile devono essere accolte dal Pronto soccorso. È consigliabile essere accompagnati da un adulto non parente con funzioni di testimone. Se possibile è preferibile preannunciare il ricovero al Responsabile del Pronto soccorso o ad un suo collaboratore.

- ✓ **Nota 1** – Una raccomandata A.R. va inviata al Direttore Generale dell'Asl di residenza del malato. Un'altra (se del caso) al Direttore Generale dell'Asl in cui ha sede l'ospedale o la casa di cura; nel caso in cui l'ospedale pubblico sia amministrato in modo autonomo rispetto all'Asl, la raccomandata A.R. non va indirizzata al Direttore Generale dell'Asl, ma al Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione*.
- ✓ **Nota 2** – IMPORTANZA DELLA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O DEL TUTORE PER POTER ASSICURARE LA DIFESA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI Tutte le persone maggiorenni non sono automaticamente rappresentate da alcune persone, genitori, coniugi, figli, ecc. È sempre necessario un provvedimento dell'Autorità giudiziaria per poter intervenire, in particolare, a difesa del diritto alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie delle persone maggiorenni non autosufficienti. Competente per la nomina dell'amministratore di sostegno è il Giudice tutelare che opera presso tutti i Tribunali, sui cui siti web sono quasi sempre disponibili i relativi moduli. Non vi sono costi e non è necessario un legale. Nei casi in cui l'infermo sia totalmente incapace di provvedere alla tutela dei propri diritti e interessi, occorre richiedere la nomina di un tutore. Per il Tribunale di Torino le istanze per la nomina del tutore possono essere predisposte gratuitamente dall'Utim con sede in Via Artisti 36, Torino, tel. 011.889484, martedì, giovedì e venerdì ore 10-12. Maggiori informazioni sono reperibili sul sito web www.tutori.it Attenzione: Nei casi in cui la "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità terapeutica assicurata dalle leggi vigenti" sia presentata da un amministratore di sostegno o da un tutore è opportuno inviarne, con spedizione a parte, copia al Giudice tutelare che ha emanato il relativo provvedimento. È altresì opportuno prendere visione della sentenza n.12998/2019 della Corte di Cassazione riportata nel documento "Importanti provvedimenti sui diritti delle persone colpite da patologie e/o da disabilità con autonomia limitatissima o nulla", reperibile all'indirizzo web www.fondazionepromozionesociale.it
- ✓ **Nota 3** – Per la Lombardia invece che al Direttore generale dell'Asl, bisogna indirizzare le raccomandate A/R al Direttore generale dell'Ats – Azienda di Tutela della Salute e al Direttore generale dell'Asst – Azienda Socio-sanitaria territoriale. Inoltre, occorre inviare una raccomandata A/R anche al Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Asst.
- ✓ **Nota 4** – È opportuno scrivere al Sindaco (se i servizi assistenziali sono gestiti dal Comune di residenza del ricoverato) o al Presidente del Consorzio (qualora la gestione sia stata affidata al Consorzio) per rendere note le condizioni in base alle quali si accetta il ricovero presso Rsa e per evitare che il Comune (o il Consorzio) possa richiedere agli eredi dell'anziano malato la restituzione delle somme erogate dall'ente per integrare la parte della retta non versata dal ricoverato. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione*.
- ✓ **Nota 5** – Si propone l'invio di copia della "Opposizione alle dimissioni" alle Segreterie regionali dei Sindacati dei pensionati e al Titolare della Diocesi di competenza sulla base della residenza dell'infermo, in modo che anche questi soggetti vengano a conoscenza della situazione e quindi, se disponibili, possano intervenire a tutela delle indifferibili esigenze sanitarie e dei vigenti diritti esigibili dei malati, "gli ultimi degli ultimi" in quanto totalmente e definitivamente impossibilitati ad autodifendersi a causa della gravità delle loro condizioni di salute.
- ✓ **Nota 6** – **Facsimili orientativi del certificato medico**
  - **Esempio per prestazioni domiciliari per le persone colpite da Sla o patologie analoghe**: «*Si dichiara che il Sig. A.B. nato a …… il ……..residente a Torino in via …….. in seguito affetto da sclerosi multipla in fase progressiva con grave spasticità agli arti superiori e inferiori, ha l'esigenza indilazionabile e l'indifferibilità assoluta delle cure socio-sanitarie, trattandosi di persona totalmente non autosufficiente e quindi incapace di curarsi, di alimentarsi, di provvedere alla propria igiene personale e di soddisfare le altre sue esigenze vitali. Ultima visita neurologica effettuata il…… della quale viene allegata copia. Il paziente dipende totalmente dalla moglie per qualsiasi atto della vita quotidiana. L'impegno dell'assistenza quotidiana è così suddiviso: - dalle 7:30 alle 9:00 preparazione colazione e somministrazione terapia a letto, pulizia e preparazione del locale bagno; - dalle 9:00 alle 10:30 alzata e igiene personale (per il periodo invernale, altrimenti nel periodo estivo la doccia viene effettuata tutti i giorni); - dalle*

10:30 alle 11:00 evacuazione e prosecuzione igiene personale; - dalle 11:00 alle 12:00 logopedia (lun. e merc.), fisioterapia (mart. e giov.); pulizia stanza e preparazione pranzo; - dalle 12:30 alle 14:00 pranzo; - dalle 14:00 alle 16:30 assistenza per necessità personali, riassetto cucina e pulizie in genere. Eventuale uscita in carrozzina; - dalle 16:30 alle 17,15 evacuazione e igiene personale; - dalle 17:15 alle 20:00 a letto per riposo pomeridiano, terapia e idratazione (circa 750 ml); preparazione cena; - 20:00 alzata e posizionamento in carrozzina; - dalle 20:15 alle 22:45 cena, riordino cucina; - dalle 22:45 alle 23:45 preparazione per la notte, evacuazione e igiene personale; dalle 23,45 alle 24,15 rimessa a letto, terapia e idratazione (circa 750 ml); - dalle 24,30 riposo notturno e assistenza continua per mobilizzazione ed altre necessità. Ore settimanali 24 x 7 giorni = 168 ore settimanali; ore notturne di sonno in cui viene assistito dalla moglie 7 x 7 giorni = 49 ore settimanali; ore giornaliere 168 - 49 = 119 ore settimanali».

– **Esempio per prestazioni residenziali**: «*La Signora A.B di anni… trovasi ricoverata dal… presso l'ospedale (o casa di cura o residenza sanitaria assistenziale) per ciclo riabilitativo successivo a frattura di femore destro, trattata chirurgicamente. In anamnesi compare una disostruzione della carotide sinistra nel 2013, un infarto miocardico acuto nel 2014, una coronaropatia trivasale, una vasculopatia cerebrale con pregressa ischemia e decadimento cognitivo, un'insufficienza renale cronica di quarto tipo, un diabete mellito in terapia insulinica, un impianto di pacemaker ed una degenerazione neurosensoriale pluriorgano (vista e udito). Per tali patologie la paziente è stata anche riconosciuta invalida al 100% con indennità di accompagnamento. Attualmente le condizioni generali della paziente sono stabili con normalizzazione degli indici di flogosi e della crasi ematica, buon equilibrio glico-metabolico e stabilità pressoria e della funzione renale. D'altro canto il programma riabilitativo iniziale, per il recupero della motilità e della funzione deambulatoria ha dovuto essere ridimensionato per le gravi difficoltà incontrate data la scarsa collaborazione della paziente ed il grave deficit cognitivo di base. Attualmente quindi la Signora si caratterizza per una totale dipendenza nella gestione della Adl e nei passaggi posturali con impossibilità al mantenimento della stazione eretta; sussistono inoltre lievi lesioni da decubito al tallone destro ed al gluteo omolaterale. Dal punto di vista terapeutico, la Sig.ra A.B. assume giornalmente molteplici farmaci, in particolare gastroprotettori, diuretici, cardiotonici, coronaroprotettori, integratori, antiaggreganti, antigottosi, ipocolesterolemizzanti, insulina, vitamina D ed anabolizzanti.* ***È di tutta evidenza quindi che la Signora non è in grado di essere dimessa in quanto affetta da molteplici e complesse patologie che richiedono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili.*** *Data…….. firma……..…..* ».

- ✓ **Nota 7 (Minacce)** – Ferma restando la necessità di non accettare mai, per nessun motivo, risposte verbali o telefoniche, segnaliamo che, allo scopo di negare il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con la malattia di Alzheimer o analoghe altre forme di demenza, vi sono operatori che non solo forniscono notizie false ma minacciano anche i congiunti – che giustamente pretendono che ai loro familiari venga assicurata la continuità terapeutica senza alcuna interruzione – di informare ad esempio i Carabinieri e/o la Procura della Repubblica. Al riguardo si precisa che si tratta di minacce che, pur non avendo alcun effetto, sono un reato che può essere denunciato se le parole pronunciate sono confermate da un testimone che deve essere un adulto non parente e non affine. Si ricorda che la Sezione II della Corte di Cassazione nella sentenza 89/182005 ha stabilito che «*al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa*». Al riguardo si veda l'articolo di E. Brugnone "Abbandono di anziani malati cronici non autosufficienti e minacce contro i familiari, profili penali" pubblicato sul n. 124, 1998 di "Prospettive assistenziali".
- ✓ **Nota 8 (Maltrattamenti, abusi)** – Nei casi in cui i congiunti di un infermo non autosufficiente accertino comportamenti negativi da parte del personale della struttura di ricovero (ad esempio omesso imboccamento, igiene personale inadeguata, attività riabilitativa insufficiente, ecc.) per ottenere risultati positivi occorre che le relative segnalazioni vengano presentate per iscritto allegando la testimonianza di una terza persona maggiorenne non parente e non affine del malato.
- ✓ **Nota 9 (Consulti)** – Molto utile è la richiesta di un consulto. Il paziente e/o un suo familiare sceglie un medico di sua fiducia che, presi gli opportuni accordi con il responsabile del reparto di degenza, ha il diritto di visitare l'infermo e di esaminare la cartella clinica. Al termine del consulto, i cui oneri sono a carico di chi l'ha richiesto, il medico scelto rilascia un certificato in cui vengono motivate le esigenze del malato. Il documento può essere utilizzato per eventuali richieste da inviare per iscritto al responsabile del reparto di degenza e, se necessario, al Direttore generale dell'Asl in cui la struttura ha sede o ad altre Autorità competenti. È opportuno che copia della documentazione di cui sopra sia inviata anche al Difensore civico regionale, nonché all'organizzazione che opera a tutela delle esigenze e dei diritti degli infermi.

RICHIEDERE RISPOSTE SCRITTE.
L'ACCETTAZIONE DI RISPOSTE VERBALI O TELEFONICHE CREA COMPLICAZIONI E RITARDI ASSOLUTAMENTE DA EVITARE

Sul sito **www.fondazionepromozionesociale.it** e su **www.tutori.it** vi sono altre notizie utili

**** DI SEGUITO IN ORDINE GLI INDIRIZZI RELATIVI ALL'AREA DI TORINO:**

- Egr. Direttore generale Asl Torino, Via San Secondo 29 – 10128 Torino
- Egr. Direttore generale Asl …… [*Vedere Nota 1*]
- Egr. Direttore sanitario ……. [*indirizzo da inserire in base alla struttura di ricovero*]
- Egr. Assessore alle politiche sociali, Comune di Torino [*al posto del Sindaco di Torino*], Via Carlo Ignazio Giulio 22 - 10122 Torino
- Egr. Difensore civico della Regione Piemonte, P.za Solferino 22 - 10121 Torino
- Egr. Presidente della Regione Piemonte, P.zza Castello 165 - 10121 Torino
- Egr. Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino, Corso Francia 8 - 10143 Torino
- Spett.le Spi Cgil, Via Pedrotti 5 - 10155 Torino
- Spett.le Fnp Cisl, Via Sant'Anselmo 11 - 10125 Torino
- Spett.le Uilp-Uil, Via Bologna 11 - 10152 Torino
- Rev. Titolare della Diocesi di Torino, Via Val della Torre 3 - 10149 Torino
- Spett.le Fondazione Promozione sociale onlus - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti - Via Artisti, 36 - 10124 Torino

Indice

Introduzione ..... pag. 5

Parte Prima

Tiro al bersaglio ..... » 15
I nulla ..... » 30
La deriva eugenetica: chi deve essere curato e chi no » 44

Parte Seconda

Difendersi, si può ..... » 67
Come cambiare il sistema: la proposta ..... » 91

Parte Terza

I soldi ci sono (e dove recuperarli) ..... » 103

Appendice

Fac-simile della lettera per opporsi alle dimissioni .... » 127