

DAI DIRITTI ESIGIBILI DEL SERVIZIO SANITARIO ALLA DISCREZIONALITÀ DELL'ASSISTENZA. INDICAZIONI PER FERMARE LA DERIVA

In Piemonte sono oltre 30mila gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile confinati dalle Asl in illegittime e crudeli liste di attesa, nonostante si tratti di infermi aventi esigenze sanitarie e socio-sanitarie assolutamente indifferibili. Le leggi vigenti (n. 833/1978 e 289/2002) garantiscono anche a questi infermi diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili. Non solo sono carenti le informazioni sulle norme in vigore, ma molto, troppo spesso, gli operatori socio-sanitari forniscono notizie false secondo cui le persone non autosufficienti non avrebbero diritto alle prestazioni del Servizio sanitario.

Preso atto che in Piemonte sono oltre 30mila i sopra citati infermi, si può pertanto ipotizzare che in Italia siano oltre 200mila questi malati intrappolati in liste di attesa, spesso di lunga durata al punto che una parte consistente di essi muore prima di poter accedere ai servizi.

Si tratta di una situazione che dura da anni e che ha le caratteristiche dell'eugenetica sociale.

Per poter debellare questa atroce violazione del fondamentale diritto alla salute (articolo 32 della Costituzione)

Come più volte è stato evidenziato su questa rivista, il Servizio sanitario nazionale, com'è stabilito dall'articolo 2 della legge 833/1978, deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*». Dunque tutte le persone colpite da patologie o da loro esiti hanno il pieno e, se necessario, immediato diritto alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie (1). Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge, 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*» sanitario.

L'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 è intervenuto in modo puntuale sulla condizione degli anziani malati cronici non autosufficienti ai quali illegitti-

mamente vengono negate dalle Asl le fondamentali cure sanitarie e socio-sanitarie. Il documento ha precisato la condizione di grave malattia e di necessità immediata di intervento, non rinviabile, per questi pazienti con queste parole: «*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 delle loro autosufficienze e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*» (2). In più, il documento, riconoscendo quindi l'esistenza di una questione problematica per gli stessi professionisti medici, chiedeva agli organi istituzionale della Regione Piemonte «*di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa,*

(1) Sulla base di questo principio finora son stati oltre 10 mila gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile che hanno ottenuto la continuità delle cure sanitarie per i loro congiunti malati. Questo risultato è stato possibile grazie alla consulenza fornita gratuitamente dal 1978 dal Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, e dal 2003 dalla Fondazione promozione sociale onlus e l'invio da parte degli utenti di 3/4 raccomandate A/R per opporsi alle dimissioni illegittimamente richieste da ospedali e da case di cura private. Cfr. il sito web www.fondazionepromozionesociale.it.

(2) Il testo completo è riportato sul n. 191, 2015.

senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg» e di «riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi».

Ferma restando l'assoluta necessità che tutti i cittadini siano curati nel pieno rispetto della loro dignità anche nei casi di inguaribilità delle patologie, le prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali (centri diurni) e residenziali (comunità alloggio e gruppi appartamento) devono essere fornite anche alle persone con disabilità e limitatissima o nulla autonomia. Parte integrante delle cure sanitarie e socio-sanitarie deve sempre essere la componente socio-relazionale che ogni operatore (medico, infermiere, riabilitatore, operatore amministrativo) deve assumere direttamente (3).

La prima discriminazione a danno delle persone malate più deboli

Mentre in base all'articolo 1 della legge 833/1978 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», una prima discriminazione è stata disposta dai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, che pure sono utilizzati per rivendicare l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche da parte delle organizzazioni facenti parte del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e della Fondazione promozione sociale onlus. I Lea hanno forza di legge in base all'articolo 54 della legge 289/2002. Prevedono che, mentre gli interventi sono gratuiti (salvo ticket) per gli altri utenti:

(3) Anche con riferimento alla corretta e indifferibile professionalità di tutti gli operatori sanitari, non è accettabile l'attribuzione al settore socio-assistenziale e al relativo personale l'esclusiva assunzione delle valenze relazionali. Inoltre è noto che adeguati rapporti degli addetti alle prestazioni sanitarie con gli infermi e con i loro familiari hanno rilevanti e positivi effetti anche terapeutici.

a) gli infermi anziani malati cronici/persone con disabilità intellettiva grave curati a domicilio (Adi - Assistenza domiciliare integrata e Apd - Assistenza domiciliare programmata) devono contribuire nella misura del 50% per le «prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» fornite dal Servizio sanitario (4);

b) le persone con disabilità grave devono contribuire nella misura del 70% alle «prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative» fornite in regime semiresidenziale (centri diurni, ecc.);

c) le persone non autosufficienti devono versare il 50% dei costi sostenuti dal Servizio sanitario per le «prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità» in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

d) le persone con problemi psichiatrici devono corrispondere il 60% del costo delle «prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture [residenziali, ndr.] a bassa intensità assistenziale»;

e) alle persone con grave disabilità fisica, psichica, sensoriale è imposta la contribuzione nella misura di 30% dei costi relativi alle «prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale». Se si tratta di soggetti con disabilità grave «privi di sostegno familiare» l'onere è del 60%;

f) gli anziani non autosufficienti devono corrispondere il 50% del costo delle «prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo» (5);

(4) Nella sentenza n. 5538/2015 il Consiglio di Stato ha stabilito, in netto contrasto con la realtà dei fatti, che i familiari e le altre persone che, volontariamente e con gravi sacrifici assicurano la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti, non svolgono attività sanitaria, per cui non avrebbero nemmeno diritto al rimborso delle spese vive sostenute. Cfr. l'editoriale del n. 192, 2015 di "Prospettive assistenziali", "Non arrendersi alle assurde sentenze del Consiglio di Stato e continuare ad intervenire contro l'eugenetica sociale". Tenuto conto che la magistratura ordinaria è quasi sempre molto più sensibile ai problemi dei soggetti deboli rispetto ai giudici amministrativi, è auspicabile la presentazione di ricorsi volti ad ottenere il diritto al rimborso delle spese vive sostenute dalle persone (congiunti o altro) che assicurano la permanenza a domicilio di infermi non autosufficienti.

(5) Di loro iniziativa (illegittima?) le Regioni e le Asl intervengono nei confronti delle persone con Alzheimer o altre analoghe forme di demenza senile con le stesse modalità previste dai Lea per gli anziani malati cronici non autosufficienti. Al riguardo si segnala che vi sono sentenze (ad esempio la n. 339/2015 del

g) le persone affette da Aids devono versare il 30% dei costi relativi alle «prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici sulla base di lungo assistenza in regime residenziale».

Di fatto, quindi, i Lea hanno introdotto una percentuale di pagamento delle prestazioni a carico solo degli utenti non autosufficienti, cioè delle persone con più marcata carenza di salute fra i malati. In proposito non è vero, come spesso sostenuto ma senza rispondenza nelle leggi e nelle condizioni cliniche reali di tali utenti, che la compartecipazione degli utenti sia da riferirsi al pagamento di fantomatiche prestazioni socio-assistenziali. Lo esplicita il testo stesso dei Lea in apertura delle tabelle di ripartizione economica, per ciascun percorso clinico, tra Servizio sanitario e utente/Comune (6): «Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale».

La seconda discriminazione

Il Patto per la salute 2014-2016 (7) stabiliva che le prestazioni socio-sanitarie dovevano essere «effettuate nei limiti delle risorse previste» e che «le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e

Consiglio di Stato, la n. 689/2016 del Tribunale di Verona e la n. 617/2017 del Tribunale di Monza) che pongono a carico del Servizio sanitario l'intero importo delle rette di ricovero presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, dei sopra citati infermi.

(6) I Lea stabiliscono che la parte di contribuzione al costo delle prestazioni non fornita dall'utente (nel caso non ne abbia la capacità economica) sia necessariamente coperta dal Comune di residenza del malato/persona con disabilità non autosufficiente.

(7) Cfr. l'editoriale del n. 187, 2014 "Patto per la salute 2014-2016' discrimina i malati: solo per le persone non autosufficienti, cure vincolate alle risorse stanziare". Il ricorso contro il Patto per la salute 2014-2015, presentato dall'Associazione promozione sociale e altre organizzazioni, non è stato volutamente esaminato dal Tar del Lazio, che lo ha archiviato dopo la scadenza temporale del 2016.

dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori, delle dipendenze e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del Sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Servizio sanitario regionale e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze». Dunque le Regioni avevano la possibilità/arbitrio di limitare le risorse per non fornire le prestazioni. Al riguardo si ricorda che nella sentenza n. 509/2010 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».**

Nonostante questa sentenza, la Giunta della Regione Piemonte ha dirottato ad altri settori la rilevante somma di 7 miliardi e 258 milioni di euro versata dallo Stato al Fondo sanitario della stessa Regione (8). A seguito dell'illegittimo dirottamento migliaia di infermi non hanno ricevuto le cure, comprese le 30mila persone non autosufficienti confinate in disumani liste di attesa nonostante l'assoluta indifferibilità delle loro esigenze socio-sanitarie.

I nuovi Lea, la sanità di serie B

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei

(8) Cfr. l'articolo di Giorgio Cavallero dell'Associazione Prospettive Comuni, e di Rosella Zerbi della Segreteria dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del Piano di rientro", *TorinoMedica*, n. 1, 2017.

Ministri del 12 gennaio 2017 sono entrati in vigore i nuovi Lea, nonostante che questo provvedimento, essendo di natura amministrativa, non possa modificare le norme di legge, il già richiamato articolo 54 della legge 289/2002 (9).

Di fatto il Governo ha inteso istituire una Sanità di serie B (10), avente caratteristiche assai diverse dal Servizio sanitario nazionale. Infatti viene previsto quanto segue:

- tutte le persone non autosufficienti (anche gli adolescenti!?) cessano di avere come riferimento il Servizio sanitario nazionale e rientrano nel settore socio-sanitario, salvo i casi di riaccettazione delle loro patologie;

- una quota del costo delle relative prestazioni è posta a carico degli infermi e, tenuto conto delle norme del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013, anche dei loro congiunti;

- l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali è condizionato dalle decisioni delle Unità valutative (11).

Il Piano Cronicità: ancora emarginazione per i malati non autosufficienti

In data 15 settembre 2016 è intervenuto uno sconcertante accordo Stato-Regioni concernente il Piano nazionale cronicità, in attuazione del quale la Giunta regionale del Piemonte ha predisposto una proposta attualmente in esame del Consiglio regionale.

Con il fuorviante pretesto dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali, la Giunta della Regione

(9) L'Associazione promozione sociale, editrice di questa rivista, e altre organizzazioni (Utlim – Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Associazione “In nome dei diritti”, Associazione “Senza limiti onlus”, Mtd – Movimento per la tutela dei diritti delle persone diversamente abili e quelle non autosufficienti, Associazione Adina – Associazione per la difesa dei diritti delle persone non autosufficienti, Associazione Umana – Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani non autosufficienti, Gva – Gruppo volontariato assistenza handicappati) hanno presentato al Tar del Lazio ricorso contro il decreto del 12 gennaio 2017. Cfr. anche l'editoriale del n. 197, 2017 “Nuovi Lea, sanità di serie B e a pagamento: per tutte le persone malate croniche non autosufficienti discriminazioni e vincoli all'accesso”.

(10) Cfr. “Nuovi Lea, sanità di serie B e a pagamento: per tutte le persone malate croniche e non autosufficienti discriminazioni e vincoli all'accesso”, *Prospettive assistenziali*, 197, 2017.

(11) Ricordiamo che attualmente le Unità valutative geriatriche (o con altre denominazioni), mettono praticamente sempre in lista di attesa, generalmente di lunga durata, gli anziani malati cronici non autosufficienti, le cui esigenze sono indifferibili, come previsto dal sopra citato documento dell'Ordine dei Medici di Torino.

Piemonte intende scaricare tutti gli infermi colpiti da patologie croniche, siano essi autosufficienti o non autosufficienti, dal Servizio sanitario ad un nuovo settore socio-sanitario, diverso da quello attuale in cui la componente dell'assistenza sociale non ha alcuna competenza istituzionale. Invece per il nuovo comparto, evidentemente di serie B, è prevista «l'attribuzione agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali piemontesi di un ruolo attivo e diretto nella presa in carico dei pazienti cronici, specie di quelli caratterizzati da maggiore fragilità».

Com'è evidente, si tratta di un nuovo e importante trasferimento di competenze dalla Sanità, caratterizzata – lo ripetiamo – da diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili, al settore dell'assistenza sociale ancora fondato non solo sulla discrezionalità delle prestazioni, ma altresì su obblighi economici dei congiunti conviventi e a volte anche di quelli non conviventi, com'è previsto dalle norme del Codice civile sugli alimenti.

Va notato che, com'è precisato nel documento della Giunta regionale del Piemonte, gli infermi malati cronici sono «il 70-75% dei degenti ospedalieri». Pertanto tutti questi nostri concittadini malati (e magari domani anche noi) verrebbero considerati come “poveri” o “casi sociali” da assistere soprattutto da parte dei loro congiunti (12).

Finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Le considerazioni critiche fin qui espresse non possono non tenere conto di una seria valutazione sulle risorse economiche messe a disposizione del Fondo sanitario nazionale per la garanzia delle prestazioni obbligatorie per legge. Ammessa e non concessa la necessità di ridurre le spese a carico del Servizio sanitario nazionale (è posizione pubblicamente sostenuta, da noi avversata anche perché la percentuale italiana sul Pil è attualmente inferiore a quel-

(12) Mentre il primo comma dell'articolo 32 della Costituzione stabilisce che «la Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti», il primo comma dell'articolo 38 della stessa nostra Costituzione recita: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al **mantenimento e all'assistenza sociale**». L'attuale importo del «mantenimento» delle persone con disabilità dal 74 al 100%, prive di altre risorse è di euro 282, 55 al mese per 13 mesi!

la della stragrande maggioranza dei Paesi europei), ammesso e non concesso che l'eliminazione degli sprechi e le azioni di rivalsa delle spese sostenute a causa di comportamenti colpevoli di aziende e persone non risolvano le esigenze economiche del Servizio sanitario, le carenze economiche dello stesso non possono essere scaricate solo sui pazienti non autosufficienti.

Nel panorama attuale, si propone allora – invece della separazione delle competenze e cioè la costituzione di un Servizio socio-sanitario di serie B parallelo a quello sanitario – che l'imposizione di contributi economici non punitivi in tutti i casi in cui le degenze di adulti presso ospedali, case di cura private convenzionate, Residenze sanitarie assistenziali, superi un prefissato periodo (ad esempio 30-60 giorni) sia estesa a tutti i pazienti. Beninteso, si tratta della peggiore delle ipotesi possibile per l'utente singolo, ma una soluzione che salvaguarderebbe la oggi negata uguaglianza di trattamento di cittadini malati, cioè nella medesima condizione di bisogno. L'importo richiesto dovrebbe essere esclusivamente a carico dell'infermo e non conteggiato in base al nucleo familiare né ai suoi parenti, tenendo conto delle sue personali esigenze, dei suoi redditi e beni mobili e immobili, dei suoi obblighi familiari e degli impegni economici assunti prima della degenza.

Operando secondo queste modalità non solo verrebbe rispettato il principio contenuto nell'articolo 32 della Costituzione (garanzia delle cure gratuite agli indigenti), ma verrebbe eliminata l'attuale discriminazione in base alla quale le contribuzioni sono imposte solamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, nonché delle persone con disabilità e a nessun altro paziente nelle medesime condizioni di necessità di interventi sanitari indifferibili da assicurare 24 ore su 24.

Postilla conclusiva: quali competenze per il settore dell'assistenza sociale?

Lo scivolamento dei malati/persone con disabilità intellettiva grave dal settore sanitario a quello socio-assistenziale non solo punta illegittimamente a scaricare sulle famiglie l'onere della cura dei loro congiunti che hanno necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ma

carica i servizi assistenziali e gli assistenti sociali di funzioni per le quali non sono competenti – né hanno gli strumenti per assolverle.

Gli assistenti sociali dovrebbero invece operare – in base a quanto stabilisce la Costituzione rispetto alla ripartizione delle competenze tra livelli istituzionali e alle prerogative dello Stato – all'interno di tutti i settori dell'amministrazione in cui le esigenze personali e le relazioni comunitarie sono componenti essenziali unitamente alle specifiche prestazioni "tecniche" (sanità, casa, lavoro, cultura, ecc.). Oggi i servizi sono molto spesso articolati diversamente, riducendo il settore dell'assistenza sociale al luogo in cui vengono convogliati i fallimenti di tutti gli altri o i loro aspetti considerati meno "di prestigio".

In conclusione appare allora utile riaffermare quali attività devono a rigor di legge riguardare esclusivamente il settore dell'assistenza, che avrebbe tutto da guadagnare da una riaffermazione delle competenze sanitarie di tutti gli aspetti della cura delle persone non autosufficienti, evitando così di farsi scaricare i casi considerati meno appetibili per il settore sanitario. Ne guadagnerebbero, a nostro avviso, oltre agli utenti, anche gli assistenti sociali che lavorano in sanità: potrebbero rivendicare con forza la loro dignità di professionisti all'interno di un Servizio attento anche alle esigenze sociali di tutti i pazienti.

Le attività di pertinenza esclusiva del settore assistenziale dovrebbero riguardare in particolare:

- il mantenimento delle persone inabili al lavoro (adeguamento degli importi alle esigenze di detti soggetti; azione di sostegno ai soggetti interessati e ai loro nuclei familiari di origine e, occorrendo, di quelli successivi; rapporti con gli altri settori tenuti ad intervenire, quali prescuola, scuola, formazione professionale, lavoro, cultura, ecc.);

- sostegno economico alle persone e ai nuclei familiari in gravi difficoltà socio-economiche e sociali, nonché attività promozionali nei confronti dei settori di intervento coinvolti o da coinvolgere (sanità, casa, scuola, ecc.);

- accertamenti relativi ai minori privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori e dei parenti tenuti a provvedere e relative segnalazioni alla competente autorità giudiziaria;

- azioni promozionali e valutazioni sociali degli aspiranti adottanti e delle persone disponibili all'affidamento familiare a scopo educativo;
- esercizio delle tutele, delle curatele e delle amministrazioni di sostegno, nei casi in cui dette funzioni non vengano esercitate dai congiunti o da altre persone idonee e disponibili a provvedervi a titolo gratuito;
- supervisione, previo accordi con i Giudici tutelari, delle tutele, delle curatele e delle amministrazioni di sostegno di cui al punto precedente;
- collaborazione con gli altri sopra citati settori di intervento, in particolare con i relativi servizi sociali;
- accompagnamento delle persone in difficoltà per l'ottenimento delle prestazioni disponibili da parte dei settori della sanità, casa, scuola, ecc.
- gestione diretta o indiretta delle attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali (comunità

alloggio, gruppi appartamento) dei soggetti aventi esigenze di competenza dell'assistenza sociale e quindi non aventi diritto alle prestazioni della legge 833/1978 e dei Lea;

- attività di vigilanza sulle attività assegnate a organizzazioni private;
- rapporti con le associazioni di volontariato operanti nel settore dell'assistenza sociale, con i gruppi di tutela dei soggetti deboli e con quelli di promozione sociale;
- redazione di relazioni almeno annuali sulle attività svolte e sui problemi aperti.

Tutte le attività elencate hanno lo scopo di garantire condizioni di vita accettabili alle persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere, nonché di prevenire in tutta la misura del possibile che i soggetti più deboli cadano nella condizione nell'inabilità lavorativa volontaria o indotta dalle circostanze sociali e nella conseguente insufficienza dei mezzi indispensabili per vivere con dignità.

Tutti gli altri Alfie *(segue dalla pag. 1)*

detto per inciso, è quella che consente di ottenere ciò di cui gli utenti hanno bisogno –? Non crediamo che la questione si possa così assolutizzare. Gli esempi di alcuni grandi della chiesa cattolica contemporanea dimostrano il contrario: il Cardinale Carlo Maria Martini, mons. Giovanni Nervo, Coordinatore della Conferenza episcopale italiana per i rapporti Chiesa-Territorio e Presidente della Fondazione Zancan (1), padre Giacomo Perico, Redattore di "Aggiornamenti sociali" (2).

(1) Su "Prospettive assistenziali" sono stati pubblicati, in particolare, i seguenti articoli di Mons. Nervo: "Diritti degli anziani cronici non autosufficienti e ruolo del volontariato", n. 78, 1987; "Interventi domiciliari per gli anziani cronici non autosufficienti: una priorità per utenti, familiari, amministratori, operatori e volontari" n. 87, 1989; "Le Residenze sanitarie assistenziali: aspetti etico-sociali", n. 99, 1991 e "Anziani: etica ed economia", n. 110, 1995.

(2) Si vedano gli articoli di Padre Giacomo Perico "Anziani cronici non autosufficienti: Rilevi giuridico-legislativi e note etico-sociali", "Una proposta di legge regionale per gli anziani cronici non autosufficienti" e "Tutela degli anziani malati il Progetto obiettivo 1992", pubblicati su "Aggiornamenti sociali" n. 7-8/1988, n. 6/1992 e n. 5/1993, nonché l'articolo di Giannino Piana "Diritto alle cure sanitarie: l'alternativa all'eutanasia da abbandono", "Prospettive assistenziali", n. 123, 1998.

Esempi che però si allontanano nel tempo. Dove sono oggi, da parte di autorevoli personalità religiose, iniziative a difesa dei diritti alle cure sanitarie delle persone non autosufficienti e non guaribili – non interventi di supplenza rispetto a carenze/negazioni da parte dello Stato – in particolare rivolte ad anziani e soggetti affetti da demenza senile?

Soprattutto fornire lo strumento per la liberazione dall'emarginazione – ben più che l'assistenza all'emarginato – significa dare dignità alla vita, anche a quella delle persone non autosufficienti.

Non solo i fatti di Liverpool – in qualsiasi modo dovessero concludersi – dimostrano il ruolo molte volte decisivo della Chiesa nella società italiana. Non si può, allora, fare a meno di sollecitarne (ancora una volta) l'azione sulla promozione dei diritti dei non autosufficienti – a partire da una corretta informazione nelle tante strutture sanitarie gestite da enti di ispirazione religiosa – perchè non sia dato per benevolenza (certamente importante, ma pur sempre accessoria e discrezionale), ciò che spetta per giustizia.