

PROSPETTIVE

I nostri diritti sanitari e sociali

225

gennaio
marzo
2024

Legge non autosufficienza

I PERICOLI del Decreto

Legge 33, tutte le insidie del decreto attuativo. Vittoria del Cdsa, il Ministero della salute (e non le Politiche sociali) titolare su programmazione, valutazione e standard



RICOVERI

100 per 100 Sanità

Le sentenze che impongono il pagamento delle spese di ricovero a totale carico sanitario per i malati non autosufficienti

TASSE

Più evasione, meno servizi

Sgravi contributivi, bonus per i ricchi, incentivi ed evasione: fisco prosciugato e meno risorse per la sanità

RICOVERI

Rsa, la corsa dei privati

Negli ultimi vent'anni arretra la gestione pubblica diretta del Servizio sanitario e avanzano i gestori privati (profit e no-profit)

COMUNI

Non cure, ma politica

Le norme impongono ai Municipi di far emergere i bisogni e verificare il lavoro delle Asl, non di sostituirle nelle cure

MINORI

Adozione aperta a giudizio

Giudizio della Corte costituzionale sul mantenimento delle relazioni tra minorenni adottati e famiglia di origine



5X1000

c.f. 97638290011

cinquepermille

Anche quest'anno puoi destinare alla **Fondazione promozione sociale** il **5 per mille**

dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi.

PERCHÉ SOSTENERCI

La Fondazione promozione sociale onlus/ets non riceve contributi da enti pubblici e il tuo 5x1000 contribuisce a permetterci di essere liberi di agire nei riguardi delle istituzioni (Regioni, Asl, Comuni...) quando non rispettano i diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente.

I costi per la gestione della sede e per i dipendenti (assunti a tempo pieno proprio per garantire l'attività di consulenza che non può essere retta solo con volontari) sono coperti solo in parte con il patrimonio della Fondazione.

Con il tuo contributo ci aiuterai a portare avanti le iniziative

per tutelare i diritti delle persone malate non autosufficienti e/o con gravi disabilità e per garantire il loro e il tuo diritto alla salute: ciascuno di noi può diventare un malato cronico non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

Relazione attività su:

www.fondazionepromozionesociale.it

CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ

Per ulteriori contributi (deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi):

Fondazione promozione sociale onlus/ets

Iban: **IT 66L 02008 01058 000020079613**

Segui la nostra attività: www.fondazionepromozionesociale.it
sulla pagina Facebook  **Fondazione promozione sociale onlus**

I soldi ci sono basta scuse sulla sanità

Andrea Ciattaglia

L'evasione fiscale in Italia è pari ogni anno ad un ammontare di risorse che basterebbe a coprire tutte le spese sanitarie annuali, più un'altra cinquantina di miliardi per incrementarle e coprire la domanda nei settori più carenti. Eppure, il contrasto all'evasione sembra essere diventato tema «non di moda» e gli ammonimenti di chi lo ricorda, discorsi da bacchettoni o da ingenui e illusi. Noi non ne siamo convinti, per nulla. E, pare, anche autorevoli osservatori come l'economista e banchiere Ignazio Visco. Nel bel libro che recensiamo in questo numero – *La guerra delle tasse*, Laterza – l'ex Governatore della Banca d'Italia non usa giri di parole: «L'evasione fiscale di massa è il problema principale del sistema fiscale italiano, ampiamente studiato e discusso, ma poco contrastato in pratica, salvo brevi intervalli temporali subito dimenticati o esorcizzati. Dell'evasione fiscale si sa tutto: a quanto ammonta, tra i 7 e gli 8 punti di Pil, poco meno del 20% del gettito fiscale e del 30% del gettito tributario, chi evade, chi evade di più e chi di meno, come l'evasione si distribuisce sul territorio, quanto gettito viene meno per le principali imposte. Se non si riesce ad affrontare in modo diretto e radicale il problema è per evidenti ragioni politiche e di consenso».

Ecco perché quando i servizi sanitari e sociali – gli operatori che in essi operano – rispondono alle istanze di famiglie di malati non autosufficienti o persone con grave disabilità che «non ci sono i soldi» non possono essere presi seriamente. Ed è, anzi, dovere di tutte le organizzazioni di promozione sociale contrastare questa cultura dei pretesti per non erogare servizi.

La magistratura, nella sua logica analisi delle norme e delle loro conseguenze, ci è arrivata con solide pronunce. Come quelle della Corte costituzionale n. 62 del 2020: «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. (...) È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Sommario

«Continuo a preferire la severa giustizia alla generosa solidarietà».

Norberto Bobbio



6

LEGGE 33

Tutti i pericoli del decreto attuativo

Le osservazioni del Coordinamento per il diritto alle cure dei malati non autosufficienti sul primo provvedimento attuativo della legge non autosufficienza

10

DOCUMENTO

Appello al governo: salvaguardare i Lea per i non autosufficienti

In otto punti le proposte fondamentali per gli atti successivi alla legge 33: cure domiciliari, Centri diurni, Residenze sanitarie assistenziali

16

SANITÀ

In vent'anni è cresciuta a dismisura la sanità privata

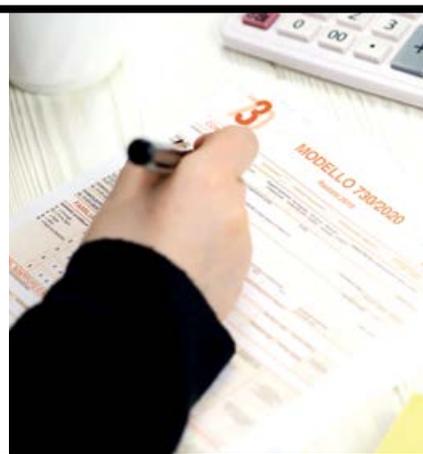
I dati Istat rivelano l'aumento dei gestori privati (profit o no-profit) di Rsa e Case di riposo: gli effetti sul diritto alle cure e sulla spesa sanitaria delle famiglie

24

LIBRO

I soldi non mancano, dove andarli a cercare

L'evasione fiscale e le decontribuzioni tolgono risorse al Servizio sanitario nazionale, in particolare per le cure di lunga durata. Quali soluzioni?



32

COMUNI

Sanità e Sociale, perchè devono rimanere distinti

Le Aziende sanitarie negano le cure, i Comuni si sostituiscono (male) alla sanità: perchè sarebbe meglio e più giusto che ognuno si limitasse alle sue competenze

39

DIRITTO

Legge 833 del 1978, agli albori del Servizio sanitario nazionale

I comitati per il diritto alle cure rivendicano la tutela della salute come diritto fondamentale e non benevola concessione delle istituzioni

40

MINORI

Dilemma «adozione aperta»: la pronuncia della Consulta

La Corte costituzionale sul mantenimento dei rapporti affettivi tra il minore adottato e la famiglia d'origine. Quali rischi, quali opportunità?



46

CAUSE LEGALI

Ricoveri pagati al 100 per 100 dalla Sanità

La più esaustiva panoramica delle norme e delle sentenze della giustizia ordinaria, amministrativa e costituzionale sui ricoveri coperti totalmente dalle Asl

Rubriche

4

Notizie

Violenza sugli operatori; Cure palliative; Suicidio assistito e Consigli regionali

56

Dejà Vu

Così le associazioni di persone con disabilità hanno ottenuto una comunità alloggio

62

Scripta Manent

Geriatrici contro l'ageismo in sanità: i dodici punti della Carta di Firenze

66

Diritti & Rovesci

Veneto, l'opposizione alle dimissioni funziona: ottenute le cure di lungo termine dopo il ricovero in ospedale

68

Libri

Associazione Tutori Volontari, vent'anni dopo l'introduzione dell'Amministrazione di sostegno

Direttore responsabile

Andrea Ciattaglia

Redazione

Vincenzo Bozza, Alessandro Bravetti, Maria Grazia Breda, Emanuela Buffa, Antonio Colonna, Giuseppe D'Angelo, Marisa Faloppa, Mauro Perino, Frida Tonizzo.

Gli articoli non firmati sono dovuti al lavoro collettivo di redazione. La riproduzione totale o parziale degli articoli è autorizzata, con citazione della fonte.

Direzione e Redazione

Via Artisti 36, 10124 Torino Tel. 345.6749838
info@prospettiverivista.it - www.prospettiverivista.it

Amministrazione

Unione per la promozione sociale OdV
Via Artisti 36, 10124 Torino
Autorizzazione del Tribunale di Torino
n. 1844 del 13 novembre 1967

Crediti fotografici

Si ringrazia per la concessione delle immagini pubblicate su questo numero di *Prospettive*: Shutterstock.com; Alamy.it
Rispetto alle foto prive di attribuzione riscontrabile l'editore resta a disposizione per l'eventuale precisazione dei riferimenti.

Progetto e realizzazione grafica

Cinzia Pedace - La Bella Grafica



Stampa

SAN - Stamperia Artistica Nazionale, Trofarello (To)

Chiuso in tipografia: 19 ottobre 2024

Quote abbonamento annuale

4 numeri (+ copia digitale in omaggio) con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre:

Ordinario 50 euro

Sostenitore 70 euro
Promozionale 100 euro.
Per i Soci Csa - Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base 40 euro. Prezzo singola copia 15 euro, arretrati 30 euro.

I modi per abbonarsi

Comunicazione dei dati e pagamento online su www.prospettiverivista.it

(Pagamenti accettati: bonifici bancari e bollettini postali, carte di debito e di credito, PayPal)

Versamento sul conto corrente postale

n. 25454109 intestato a: Unione per la promozione sociale OdV, via Artisti 36, 10124 Torino. Indicare nella causale nome, cognome, indirizzo e indirizzo mail.

Bonifico bancario sul conto corrente

Iban IT 39 Y 02008 01058 00000228088 intestato a: Unione per la promozione sociale OdV, via Artisti 36, 10124 Torino. Indicare nella causale nome, cognome, indirizzo e indirizzo mail.

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. i dati raccolti sono trattati esclusivamente per la gestione degli abbonamenti, con le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

Notizie

VIOLENZA SUGLI OPERATORI: «LA RABBIA NON AIUTA AD OTTENERE UNA BUONA CURA»

Mettere in atto di strategie organizzative e strutturali volte a mitigare i rischi, applicare pene adeguate per le aggressioni, formare gli operatori all'auto-protezione e alla relazione, incentivare a segnalare prontamente gli episodi subiti attraverso un migliore coordinamento con le forze dell'ordine, sostenere gli operatori vittime di violenza. Sono queste alcune delle proposte contenute nel documento di analisi, proposte e sostegno che alcuni degli Ordini territoriali delle professioni sanitarie e socio-sanitarie di Piemonte e Valle D'Aosta - medici e odontoiatri, assistenti sociali, farmacisti, ostetriche, infermieri e infermieri pediatrici, psicologi, professioni sanitarie tecniche, fisioterapisti, biologi e veterinari – hanno stilato e diramato in occasione della Giornata nazionale di contrasto alla violenza contro gli operatori sanitari e socio sanitari. Il testo è stato preparato da un gruppo di lavoro che si è costituito nel 2022 tra gli Ordini delle professioni sanitarie e sociali su "Benessere degli operatori sanitari e contrasto allo stress lavoro correlato e al burn-out". Il gruppo di lavoro ha il compito di studiare il disagio degli operatori sanitari e sociali e proporre soluzioni sia sul versante del supporto psicologico personale sia in termini di riorganizzazione complessiva dell'attività. L'obiettivo è sostenere i professionisti delle cure proteggendoli dalla demotivazione e dai fattori che possono spingerli ad abbandonare il lavoro, elaborando delle Linee guida rivolte a istituzioni e organizzazioni sanitarie e sensibilizzandole a prendersi adeguatamente cura degli operatori. Con lo scopo, alla fine, di tutelare il sistema sanitario nel suo insieme.



CORTE DEI CONTI, NEGATIVA «SVALUTAZIONE» DEL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

L'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024 della Corte dei conti, il 13 febbraio, è stata l'occasione per la Magistratura contabile di stigmatizzare l'intervenuta «svalutazione» del diritto alla tutela della salute, sancito dalla Costituzione. Ciò perché «assicurato» da sistemi sanitari diversamente (in)capaci di renderlo esigibile universalmente, molti dei quali avvezzi a favorire, tra l'altro, una crescita abnorme - ben oltre le regole e la ragionevolezza - della erogazione affidata a privati. Il tutto, a discapito di quella pubblica che riesce appena a difendersi attraverso l'esigibilità dei Livelli essenziali delle prestazioni. Una censura che riguarda anche i sistemi regionali che non funzionano perché «de-finanziati per centinaia di milioni di euro all'anno, impedendo loro – unitamente alla incapacità di formulare un progetto di ristrutturazione efficiente della loro assistenza socio-sanitaria – di assicurare una cura adeguata alla persona».

Sanità, l'aumento di giro d'affari del privato vale dodici miliardi

Secondo i dati della Ragioneria dello Stato, negli ultimi 20 anni la spesa per acquisto di prestazioni dal privato da parte del Ssn è passata dai 14 miliardi del 2002 ai 26,2 miliardi del 2022 ben 12 in più rispetto a 20 anni prima con una quota che è passata dal 17,8% al 20,3%. Certamente i provvedimenti come la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di budget hanno calmato la spesa ma la dinamica di crescita (a parte il 2020) è costante nel tempo. Nel 2021, infatti, l'allentamento di alcune misure restrittive, anche in relazione alla progressiva attuazione della campagna vaccinale Covid, oltre che alcuni interventi normativi, tra cui quelli volti al recupero delle liste d'attesa, hanno determinato una ripresa delle attività assistenziali degli erogatori privati accreditati evidenziando un incremento della spesa del 7,2%. Nel 2022 sono state la Lombardia (27%), il Lazio (29,3) e il Molise (27,7) a spendere di più. Di contro la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano non raggiungono il 10% di spesa destinata all'acquisto di prestazioni da privati.

Aspettativa vita: in dieci anni, 3 anni di aumento in Europa

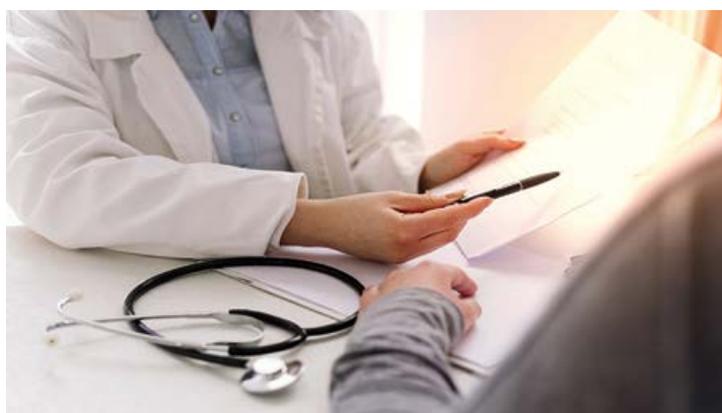
Secondo gli ultimi dati Eurostat, nel 2022, la speranza di vita alla nascita dell'Unione è stata di 80,6 anni, in aumento di 0,5 anni rispetto al 2021. Nell'arco di due decenni, dal 2002, il valore più alto è stato registrato nel 2019, quando la speranza di vita alla nascita ha raggiunto gli 81,3 anni (con un aumento di 3,7 anni rispetto al 2002). Tuttavia, dopo lo scoppio della pandemia Covid, questo indicatore è sceso a 80,4 anni nel 2020 e a 80,1 anni nel 2021. Nel 2022, la speranza di vita alla nascita nell'UE è aumentata ma non ha raggiunto il valore del 2019. La regione dell'UE con la più alta aspettativa di vita alla nascita è stata la regione spagnola della Comunidad de Madrid (85,2 anni), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento in Italia (84,4 anni), dall'Ile de France in Francia (84,1 anni), da Stoccolma in Svezia (84,0 anni) e dalla Comunidad Foral de Navarra in Spagna (83,9 anni). Nel 2022 la speranza di vita alla nascita delle donne nell'UE era di 83,3 anni (in aumento di 0,4 anni rispetto al 2021, ma in calo di -0,7 anni rispetto al 2019) e quella degli uomini di 77,9 anni (in aumento di 0,7 anni rispetto al 2021, ma in calo di -0,6 anni rispetto al 2019).

CURE PALLIATIVE: MEDICI A DOMICILIO A METÀ DELL'OPERA, INFERMIERI UNO SU TRE

Ogni anno, nel nostro Paese, tra le 450 e le 540 mila persone hanno bisogno di cure palliative nel loro ultimo periodo di vita; oltre un terzo di queste persone presentano bisogni di complessità elevata, che richiedono l'intervento di equipe specialistiche di cure palliative nei diversi luoghi di cura (casa, hospice, ospedale, strutture residenziali). È un numero consistente e che si prevede in crescita costante nei prossimi anni. Sono alcuni dati emersi dal Documento di raccomandazioni pubblicato dalla Società Italiana di Cure Palliative (Sicp).

Al bisogno di cure palliative specialistiche a domicilio fanno fronte in Italia circa 750 medici palliativisti, quando ne servirebbero 1.600 (con un deficit quindi di oltre il 50% rispetto alle necessità), e circa 1.500 infermieri (contro un bisogno stimato di 4.550 e una carenza, dunque, di 3.050 unità, pari al 66%).

Rispetto all'assistenza domiciliare, la situazione degli hospice appare meno critica; secondo le stime della Sicp, oggi negli hospice lavorano circa 500 medici palliativisti e oltre 2.100 infermieri per 3.199 posti, uno standard non così distante con quanto previsto dal Dm. 43 del 2007, che tuttavia era riferito al solo bisogno di cure palliative nei pazienti oncologici, ma insufficiente rispetto ai nuovi obiettivi fissati dal Dm. 77 del 2022 secondo i quali mancherebbero oltre 100 medici palliativisti e oltre 600 infermieri per far fronte al bisogno anche dei malati di altre patologie.



SUICIDIO ASSISTITO, REGIONI IN ORDINE SPARSO

Sulle norme positive per l'aiuto al suicidio del consenziente, le Regioni stanno andando in ordine sparso. L'Emilia-Romagna ha approvato una delibera sul suicidio medicalmente assistito, ma senza discussione in Consiglio regionale e scavalcando il parere dell'Avvocatura dello Stato, che rimandava alla legislazione nazionale l'ambito pertinente per la definizione dei criteri. «Per l'Avvocatura dello Stato – ha dichiarato il presidente della Conferenza unificata e presidente della Regione Friuli Venezia Giulia, Massimiliano Fedriga, in un'intervista a *La Stampa* –, le Regioni non possono legiferare su un tema che è di competenza nazionale, addirittura aumentando i Livelli essenziali di assistenza. Il rischio, poi, è quello di una disomogeneità. Per questo in Friuli Venezia Giulia abbiamo fatto la scelta di non entrare nemmeno nel merito della proposta di legge dell'Associazione Luca Coscioni, che personalmente non condivido, ma di operare in un senso di trasparenza verso i cittadini».



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA



SERIE GENERALE
AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI
Anno 161° - Numero 310

art. 1, comma 1
2-2004, n. 46 - Filiale di Roma

UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 78 - 00186 ROMA
CENTRALINO 06-45001 - LIBRERIA DELLO STATO

AMMINISTRAZIONI

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI
VIA ARENULA, 78 - 00186 ROMA
LIBRERIA DELLO STATO

Le associazioni di tutela commentano il primo documento attuativo della norma

Legge 33, tutti i PERICOLI del Decreto

Legge sulla non autosufficienza, tutte le insidie del decreto attuativo. Vittoria del Cdsa, il Ministero della salute (e non le Politiche sociali) titolare su programmazione, valutazione e standard

L'

Il marzo il Governo ha approvato il Decreto Legislativo 29/2024 attuativo della Legge Delega 33/2023, cosiddetta riforma della non autosufficienza.

La pubblicazione del documento ha registrato una notevole serie di critiche, provenienti anche dai promotori della legge sulla non autosufficienza. Alcuni esempi: critici si sono dimostrati il “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza” raggruppamento di organizzazioni che avevano concretamente lavorato all’elaborazione del testo di legge, l’associazione Salute diritto fondamentale (presidente Nerina Dirindin), fino alle prese di posizione più estreme – e scomposte – ben riassunte dal corsivo di Linda Laura Sabbadini su *la Repubblica* (25 marzo), con il consueto armamentario di non corretti argomenti: la riforma che mancava da 25 anni, mentre gli altri paesi europei hanno già affrontato il tema; la sburocratizzazione; la casa come primo luogo di cura; il rispetto del diritto di autodeterminazione degli anziani... Peccato che non uno di questi elementi sia davvero presente nella legge 33 e, quindi, era impossibile che fosse presente nel relativo primo decreto attuativo.

Va, più seriamente, preso atto che il decreto è il “figlio” con i piedi per terra di una legge sbagliata (ne abbiamo ampiamente scritto negli scorsi numeri

Il decreto è stato accolto dalle polemiche di quanti avevano lavorato al testo della legge sulla non autosufficienza, ma i contenuti non sono distanti da quelli della norma

di *Prospettive*) che molto aveva illuso, non tanto per il testo normativo, ma per la grancassa propagandistica che l’aveva accompagnato. Allo stesso modo, va precisato che alcuni aspetti negativi della legge sono mitigati dal decreto, che cita normative sanitarie e previdenziali a tutela dei malati non autosufficienti nelle premesse (permettendo così un inquadramento del provvedimento in una cornice giuridica più precisa) e che – per presa d’atto della mancata fondatezza di numerosi passaggi della norma, o per più contingenti calcoli di budget – ridimensiona alcune “rivoluzioni annunciate” (e, a nostro parere, molto negative) della norma: dalla riforma, cioè annullamento, della indennità di accompagnamento, alla prestazione tutt’altro che «universale» per le cure domiciliari.

Qui e nelle pagine che seguono riportiamo alcuni punti fondamentali, ancora oggi validi, come appello al Governo per gli ulteriori decreti attuativi della norma. Parte dei contenuti erano stati prodotti per l’audizione della Fondazione promozione sociale presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato (15 febbraio 2024) in vista dell’approvazione del decreto; gli altri – nelle pagine che seguono – costituivano il corpo del messaggio inviato a Governo e Parlamento subito dopo l’approvazione della legge 33, come promemoria degli aspetti cruciali sui quali la norma prospettava soluzioni non in linea con la normativa vigente, e sui quali i decreti avrebbero potuto “correggere il tiro”. Le osservazioni sono state condivise con il Coordinamento per il diritto alla sanità dei malati non autosufficienti, il raggruppamento interregionale di associazioni che ha promosso diverse iniziative di tutela dei malati non autosufficienti e di promozione del loro diritto universalistico alle cure, anche quelle di lunga durata, sia a domicilio, sia in adeguate soluzioni residenziali.

Un passo indietro. Il 15 febbraio 2024, la decima Commissione del Senato ha audito, insieme ad altre organizzazioni, la Fondazione promozione sociale (interventata anche a nome del Cdsa – il coordinamento nazionale per il diritto alla sanità degli anziani malati cronici non autosufficienti) in merito al recente “Schema di decreto” attuativo della legge 33/2023 sulla “Non autosufficienza” - legge di cui a più riprese abbiamo evidenziato

le preoccupanti criticità e il carattere generale di provvedimento che nega ai malati non autosufficienti anziani gli stessi diritti e le stesse prestazioni di cura degli altri malati.

In audizione sono state manifestate ai senatori indicazioni per la modifica del decreto, con l’intento – almeno – di mitigare gli effetti più negativi del provvedimento di partenza. La Conferenza unificata delle Regioni ha espresso la mancata intesa con il Governo sullo schema di decreto legislativo esprimendo «preoccupazione in relazione alla possibilità di dare concreta attuazione alle disposizioni contenute nel provvedimento» per «la mancata previsione di risorse economiche aggiuntive e strutturali» e per la criticità della definizione della persona anziana contenuta

nell'articolo 2 del decreto. Fondazione promozione sociale e Cdsa sono intervenute sugli aspetti qui di seguito illustrati nel dettaglio.

Osservazioni fondamentali. 1) Definizione di anziano non autosufficiente. Sono state messe in evidenza preoccupazioni significative sulla «definizione di anziano non autosufficiente» così come proposta nello “Schema di decreto” (articolo 2), che rischia di uniformare le condizioni degli anziani non autosufficienti con quelle delle persone con disabilità.

Questa assimilazione non tiene conto delle differenze sostanziali tra le due condizioni, ovvero tra lo stato di malattia e quello di disabilità, soprattutto perché la non autosufficienza negli anziani deriva spesso da malattie croniche e progressive, a differenza della disabilità che può non essere correlata a patologie in atto.

Questa critica si è unita a quella rivolta alla mancata considerazione degli anziani non autosufficienti come «malati» all'interno del testo del decreto, con una potenziale discriminazione e pertanto un'inadeguata presa in carico sanitaria di tali soggetti.

Per tali ragioni è stata chiesta la revisione della terminologia usata nel decreto, sostituendo «persona anziana non autosufficiente» con «anziani malati cronici non autosufficienti», per dare evidenza esplicita alla loro condizione di malattia e pertanto confermare il loro relativo diritto di cura in ambito sanitario, con la presa in carico che ne consegue.

2) La valutazione. Nello Schema di decreto un altro punto molto critico riguarda la “Valutazione multidimensionale unificata” (articolo 27), che non garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie necessarie per gli anziani non autosufficienti, ponendo le prestazioni di lungo termine di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale previste dai Lea (Livelli essenziali di assistenza), su un piano di valutazione comparabile a quello di prestazioni socio-assistenziali, legate pertanto a criteri non clinici, con il rischio di esclusione della presa in carico dei malati non autosufficienti per motivi socio-economici (Isee o altri regolamenti).

3) Strutture socio-assistenziali. È stata inoltre evidenziata la grave conseguenza che avrebbe l'inserimento degli anziani malati cronici non autosufficienti in strutture residenziali «NON sanitarie», come prevede l'articolo 30 dello Schema di

decreto. Netta in merito la richiesta di cancellare tale possibilità, evidenziando invece la necessità di garantire standard sanitari più elevati.

4) Rsa, quale riforma? In merito all'articolo 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari), è stato chiesto di enfatizzare il ruolo delle strutture Rsa nel sistema di offerta di cura del Servizio sanitario nazionale, suggerendo l'aggiunta di un incipit specifico per chiarire che tali strutture sono «sanitarie» ed erogano prestazioni socio-sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In quest'ottica è inoltre stata sollevata l'esigenza di incrementare la quota a carico del Servizio sanitario (dal 50% della retta fino al 60% o 70%).

5) L'inganno delle cure domiciliari. Altro punto ha riguardato la “Prestazione universale” (articoli 34 e seguenti), dove il numero di beneficiari previsti è limitatissimo (meno di 25mila) rispetto all'ampia fascia di necessitanti (almeno 1,5 milioni di malati non autosufficienti). La sperimentazione avviata dal decreto a partire da gennaio 2025 vale per gli anziani non autosufficienti over 80, qualificati come «gravissimi» e con meno di 6mila euro di Isee, per i quali all'indennità di accompagnamento Inps che percepiscono si aggiungono 850 euro (denominati assegno di assistenza), che devono essere interamente spesi per l'assunzione di personale.

La Fondazione promozione sociale ha manifestato alla X Commissione del Senato l'esigenza – per la quale sta lavorando con il Cdsa sul piano nazionale – di una modifica legislativa per garantire vere cure domiciliari davvero universalistiche, senza valutazioni socio-economiche, introducendo nell'articolo 22 dei Lea un'«Adi potenziata» per la prestazione di cura domiciliare non professionale (ne abbiamo trattato nell'articolo “Adi potenziata, proposta del Cdsa: «Solo così vere cure domiciliari per i malati non autosufficienti», pubblicato sull'ultimo numero di Controcittà, novembre-dicembre 2023).

Sul sito fondazionepromozionesociale.it è riportata integralmente la memoria presentata all'audizione.

Gli aspetti più discriminanti della legge non sono apparsi nel primo decreto attuativo: bene, però, tenere alta la guardia. Riproponiamo l'appello del Cdsa per i contenuti dei prossimi decreti legislativi

Salvaguardare il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie nei decreti attuativi della legge 33

La pubblicazione del primo decreto attuativo della legge 33 sulla non autosufficienza non elimina i problemi di fondo della norma, anche se recepisce le indicazioni del Coordinamento per il diritto alla sanità degli anziani malati cronici non autosufficienti (Cdsa) in merito alle competenze sanitarie e alle prescrizioni Lea. Riproponiamo, perché ancora validi per gli ulteriori decreti, le raccomandazioni del Coordinamento inviate al Governo e al Parlamento subito dopo l'approvazione della legge.

Le proposte che seguono, in otto punti che si concentrano su temi specifici, hanno l'obiettivo di fornire suggestioni argomentate perché i decreti attuativi della legge 33 siano scritti in modo da assicurare agli anziani malati cronici non autosufficienti il loro diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già garantite dalla legge 833/1978 e dai Lea. La partenza è in salita, perché la legge delega 33/2023 (che riguarda le prestazioni sociali Leps, non i Lea) non esplicita adeguatamente la valenza sanitaria dell'intervento in favore dei malati non autosufficienti. La predisposizione dei decreti legislativi deve essere l'occasione perché sia introdotto nei Lea, un contributo della Sanità per riconoscere concretamente le cure domiciliari (con risparmi per il Servizio sanitario nazionale e sostegno ai malati e alle famiglie) e perché si avvii la riorganizzazione radicale delle Rsa, interventi che, al di là dei decreti legislativi in oggetto, rientrano nella programmazione e organizzazione sanitaria ordinaria del Ministero della salute.

1. Definizione di «anziano non autosufficiente». L'istanza del Cdsa, vista la delega al Governo che prevede la definizione della popolazione anziana non autosufficiente, è quella di assumere nei provvedimenti attuativi la dicitura «anziani malati cronici non autosufficienti» invece di «anziani non autosufficienti» e di, comunque, di

esplicitare la condizione di «malati cronici» ogni volta che nel testo della legge delega il riferimento è agli anziani «non autosufficienti».

La non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. La precisazione di «malato cronico» è dirimente per rientrare a pieno titolo nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea, di cui all'articolo 1 della legge delega in esame. Le prestazioni Leps della legge 33/2023 sono aggiuntive e non sostitutive delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea).

2. Risorse. Nella legge 33/2023 il «diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure al proprio domicilio» può essere condizionato «entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione socio-assistenziale», perché le prestazioni rientrano nei Leps. Invece, non devono essere previsti limiti al finanziamento delle prestazioni di tutela della salute per i malati non autosufficienti, ma ciò può avvenire solo se le prestazioni stesse sono inserite nell'ambito di quelle socio-sanitarie rientranti nei Lea e, quindi, sotto la competenza del Servizio sanitario.

In proposito, è ormai noto come caso di scuola l'intervento della Corte costituzionale che, con la sentenza 62/2020, ha precisato che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale, ndr] 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 [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ndr], la cui necessaria

compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa». L'ambito non solo "più giusto" per le loro condizioni, ma anche "più sicuro" e "più finanziato" per la tutela della loro compromessa salute è, per gli anziani malati cronici non autosufficienti, il Servizio sanitario nazionale. A chi conviene "non farli entrare" di lì per le cure di lunga durata?

3. Rischio ageismo. La legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, non indica limitazioni d'età per l'accesso al Servizio. Anzi, di più. Lo Stato è esplicitamente tenuto, dall'articolo 1 di quella norma, a fornire le prestazioni «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Per coerenza con la legge fondamentale del Servizio sanitario (e, di rimando, con la Costituzione), il Cdsa chiede che in sede di decreti attuativi della legge si cancelli (o, meglio, si eviti esplicitamente che possa essere introdotto) il criterio dell'età anagrafica come condizione di accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riferite agli anziani malati cronici non autosufficienti. Perché solo per gli anziani non autosufficienti deve essere istituito un Sistema "a parte" come quello nominato dalla legge come "Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente?" Perché un percorso separato dagli altri malati, per gli anziani? Perché cure diverse – vincolate a valutazioni che comprendono condizioni sociali ed economiche – per i non autosufficienti? Il Cdsa chiede in proposito la salvaguardia della tutela della salute degli anziani (anche per la prevenzione e le cure di lunga durata) nell'ambito della competenza del Servizio sanitario nazionale «anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2, lettera f, legge 833/1978). A proposito di una discriminazione basata sull'età, i Geriatri piemontesi hanno

messo in guardia dall'ageismo istituzionale, cioè dalla pratica che discrimina gli anziani, nello specifico malati cronici non autosufficienti, nel documento "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute", pubblicato anche su questa rivista (n. 217, pp. 34-35). Al riguardo, i clinici evidenziano che «da questo punto di vista l'impiego di termini come 'anziano con perdita di autonomia' o 'anziano non autosufficiente' per il paziente anziano affetto da demenza rientra appieno nel concetto di 'ageismo' (l'insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto sulla base dell'età anagrafica, cfr. Busca M. T., Nave E., *Le parole della bioetica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo, che viene definita 'ageismo istituzionale', quando si mettono in atto discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico».

«Rientra inoltre nell'ageismo istituzionale – aggiungono i geriatri – anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce a vedere nell'anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale».

4. «Snaa», non intacchi i Lea. Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente, malamente istituito dalla legge 33, anche se è sempre possibile – e in questo caso augurabile – una mancata attuazione delle deleghe, dovrebbe limitarsi alla programmazione degli interventi aggiuntivi (non sostitutivi e non vinco-

Questione risorse: il riferimento alle limitazioni di bilancio è contrario all'esigibilità del diritto e alle recenti pronunce della Corte costituzionale: «I diritti e le prestazioni di livello essenziale prevalgono sulle risorse»

lanti di quelli sanitari anche sul lungo periodo) delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i Leps con riferimento alla «Missione 5» del Piano nazionale di ripresa e resilienza - Pnrr. Il Servizio sanitario nazionale, nelle sue articolazioni regionali, deve continuare, invece, a garantire il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea), nonché come previsto dall'articolo 1 della legge 833/1978, assicurare «il collegamento e 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». Il "Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente" (Snaa) non ha e non deve avere competenze in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria. È il Servizio sanitario nazionale e regionale che ha l'obbligo di assicurare le indifferibili cure sanitarie e socio-sanitarie ai malati cronici anziani non autosufficienti, comprese le persone con demenza e i malati di Alzheimer.

5. Assegni domiciliari Lea. Nei decreti attuativi va richiamato il diritto soggettivo ed esigibile all'accesso a carattere universalistico, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lungo termine (Ltc) previste dalla legislazione vigente per l'anziano malato cronico non autosufficiente, nel rispetto degli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 e previste dal Dpcm 12 gennaio 2017. Va altresì ribadito il diritto soggettivo ed esigibile all'accesso alle cure palliative e alle terapie di contrasto al dolore, ai sensi della legge 38/2010, con diritto esigibile e a carattere universalistico alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in ogni luogo di cura: ospedale, case di cura, lungodegenze, Rsa, abitazioni. . . .

In parallelo, occorrerebbe l'introduzione di un contributo economico (o assegno di cura) come Lea (con integrazione dell'articolo 22, "Prestazioni e servizi

sanitari domiciliari", di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017), a carico del Servizio sanitario e quindi a carattere universalistico. Il contributo dovrebbe essere finalizzato a garantire le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, dipendente in tutto dall'aiuto di terzi. La richiesta è di prevedere nei decreti legislativi che il piano di assistenza domiciliare comprenda l'attività tutelare, cioè tutte quelle prestazioni di tutela della salute oggi svolte a domicilio, per esempio, dai famigliari che si prendono cura di un malato non autosufficiente, o dall'assistente personale dello stesso.

Il riconoscimento della valenza sanitaria – di tutela della salute, appunto – di queste prestazioni deve obbligatoriamente potersi articolare in più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con supporti per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il piano di cura e di assistenza ha un relativo budget, che dovrebbe essere graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, ed è composto per il 50% da risorse del Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell'utente, o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti. Tale budget deve poter essere trasformato, senza soluzione di continuità, nella retta

La non autosufficienza è causata dall'aggravarsi di malattie croniche irreversibili. È quindi un errore di valutazione della condizione dei malati spostarli nel comparto socio-assistenziale; il Servizio sanitario deve restare titolare delle competenze in materia

per l'inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana. Così si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle Rsa, dove questo budget di cura è appunto la retta.

In un eccellente contributo del Prof. Maurizio Motta, Università di Torino, pubblicato sulla rivista online *welforum.it* e sul notiziario del Csa, *Controcittà* (numero gennaio-febbraio 2023, con il titolo: "Non autosufficienza, cosa non c'è nella legge per le cure domiciliari") sono argomentate le ragioni a sostegno della richiesta di includere nei Lea titolarità e spese del Servizio sanitario nazionale per le cure domiciliari di lunga durata, comprese le prestazioni di tipo tutelare (quelle che nella precedente dicitura dei Lea, 2001, venivano chiamate prestazioni di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona»).

Così Motta: «Qualunque famiglia, od operatore sanitario, sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del malato non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto la titolarità del Ssn e con una sua compartecipazione finanziaria, per più ragioni:

- Perché già succede: i Lea già prevedono che il costo in Rsa sia metà a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn); costo che copre non solo le spese sanitarie o di professioni sanitarie, ma tutte le prestazioni di tutela della vita in Rsa (inclusi pasti, pulizie, etc). Dunque, perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo che, se la stessa persona è assistita a casa, la tutela sia in parte a carico del Ssn? Ma entro i Lea (e non con risorse "extra Lea"). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non auto-

sufficienti il Ssn di fatto incentiva solo il ricovero.

- Perché il Ssn oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per degenze che spesso sono solo "posteggi" in attesa di un posto in Rsa o in assistenza domiciliare). E il Ssn spende intorno ai 40/50 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in Rsa (il 50% del costo totale).

Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso Ssn?

- Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra Asl, col concorso finanziario Asl negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente.

- Perché i malati non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del Ssn, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte, e non basta invocare una generica "integrazione sociosanitaria" (come purtroppo fanno anche i vigenti Lea)»

Nel già citato documento dei geriatri piemontesi, "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute", i rappresentanti delle Società scientifiche di geriatria piemontesi precisano che «non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un 'paziente' e diventa un 'problema socio-assistenziale', a qualsiasi età. Tutt'al più si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute».

«Va considerato quindi che, in questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igie-

Il piano di cura e assistenza dovrebbe essere graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza e composto per il 50% da risorse del Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dall'Isee del beneficiario

ne personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze».

Tutto ciò premesso, si rammenta che i familiari non hanno obblighi di cura, posti dalla legge 833/1978 in capo al Servizio sanitario. È l'anziano malato cronico non autosufficiente titolare del diritto a ricevere una quota sanitaria (così come è prevista nei Lea per il ricovero in Rsa) a copertura degli oneri sostenuti a domicilio per assicurare le stesse prestazioni che riceverebbe in Rsa, ospedale o casa di cura.

6. Centri diurni e Rsa: confermare la titolarità del Ssn. Vi è la necessità di prevedere prestazioni semiresidenziali (Centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di anziani malati cronici non autosufficienti, in particolare malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile, possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali, che devono essere potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi finalizzati al mantenimento delle autonomie. Da prevedere altresì il diritto a 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. Andrà inoltre rivisto il criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio del "minutaggio";

- 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 nelle strutture sanitarie;

- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010;

- l'esclusione dal ricovero nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;

- il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico;

- la previsione di Comitati di partecipazione dei familiari, che potranno avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti e operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

I maggiori oneri che deriverebbero da una tale riqualificazione delle prestazioni in Rsa andrebbero imputati al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dagli utenti, tenuti ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti privi di mezzi propri. In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenzanti, si ritiene per questo indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con

I decreti attuativi in materia di strutture residenziali dovrebbero prevedere la costituzione di Comitati di controllo delle strutture: organi di partecipazione dei familiari dei ricoverati o di associazioni indipendenti a garanzia del rispetto degli standard

prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Cassazione.

La legge 33/2023 affronta il tema delle strutture semiresidenziali e residenziali per gli anziani con autonomia limitata, parzialmente non autonomi, con riferimento al Piano nazionale di ripresa e resilienza - Pnrr, «Missione 5». Al Ministro della Salute, si chiede di predisporre un provvedimento di riordino complessivo delle riforme necessarie in materia di Prestazioni domiciliari e assegni di cura, Centri diurni e Rsa per la tutela della salute degli anziani malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani malati di Alzheimer o con altre demenze, la cui titolarità ricade nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in quanto sono prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea.

7. Indennità di accompagnamento: mantenere il diritto. L'indennità di accompagnamento, che la legge 33 punta ad abolire, sostituendola con una «misura universale per la non autosufficienza» con esigue tutele, deve restare un diritto esigibile nell'ambito della previdenza e pertanto la legge 18/1980, che l'ha istituita, non va modificata o abrogata. Il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento è un risarcimento per la perdita della condizione di autosufficienza e la conseguente dipendenza per le funzioni vitali dall'aiuto di altri.

Le legge 33 prevede il paventato trasferimento della competenza sul provvedimento alternativo all'indennità (la «misura universale per la non autosufficienza») in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 della Costituzione, Dpcm 159/2013 e s.m.i. relativo all'Indicatore della situazione economica equivalente, Isee). Una tale riforma porterebbe all'esclusione di almeno un milione di

malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento. In questo modo la condizione di malattia (specie in caso di demenza o Alzheimer) continuerebbe ad essere causa di impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) oltre di quello medio basso, già più volte segnalato da numerose ricerche. È necessario contrastare la povertà a causa di carenza di salute e non incentivarla.

L'indennità (che ammonta oggi a circa 0,73 centesimi di euro all'ora!) deve aggiungersi al contributo economico dell'Asl per le motivazioni indicate in precedenza, per tutti i malati cronici non autosufficienti che, tra l'altro, concorrono con il versamento delle imposte al finanziamento delle prestazioni di diritto soggettivo, esigibile e universalistico del Servizio sanitario nazionale.

8. Nessun Isee per accedere ai Lea. Nei decreti legislativi della legge 33 è fondamentale che la valutazione della condizione economica non sia utilizzata (meglio, che ne sia esplicitato il divieto) per determinare l'accesso alle prestazioni Lea, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi a carico del cittadino in base all'Isee.

La valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare se si può o meno accedere alle prestazioni. L'accesso va previsto soltanto in base alle condizioni di malattia e non autosufficienza. L'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è a carattere universalistico. Il malato non autosufficiente ha diritto alla prestazione Lea e concorre al pagamento in base alla percentuale stabilita dalla normativa nazionale (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017). La valutazione della condizione economica deve essere usata unicamente per identificare la successiva eventuale contribuzione al costo della prestazione, che è a carico del cittadino in base all'Isee.

L'indennità di accompagnamento non può costituire un «tesoretto» che fa gola a cooperative e gestori privati, che spesso non rispondono alle esigenze del malato. Deve rimanere un diritto esigibile, non condizionato dal reddito

La privatizzazione delle Rsa: quali obiettivi di cura?

Negli ultimi vent'anni è cresciuta a dismisura la gestione privata delle Rsa e delle Case di riposo da parte di organizzazioni private, profit e no-profit. I risultati sulle cure sono quasi sempre molto deludenti: tagli, personale meno tutelato, malati poco seguiti o del tutto abbandonati e spesso caricati di costi insostenibili. Un'analisi di lungo periodo del processo che stiamo vivendo, per trovarne i punti deboli e invertire la rotta

Aldo Gazzetti

Pubblichiamo il contributo di Aldo Gazzetti, già uscito sulla rivista *Medicina Democratica* 257-258 del 2024, con l'avvertenza che, rispetto al linguaggio della rivista *Prospettive*, vi sono alcune differenze che non si sono volute eliminare, ma che vanno segnalate. Quando l'autore utilizza il termine «assistenza» intende qui sempre una presa in carico sanitaria, al limite compartecipata dall'utente, mai relativa ai servizi socio-assistenziali. Quando tratta di «case di cura», si riferisce in prima battuta alle Residenze sanitarie assistenziali, quindi a strutture deputate – secondo la classificazione *Lea* – a cure di lungoassistenza. Con queste precisazioni dovute, la pubblicazione del testo ci pare di fondamentale importanza per la ricchezza dei contenuti. (a.c.)

In Europa la crisi del Covid-19 ha riaperto il dibattito sull'efficienza e sulla qualità del settore delle case di cura a lungo termine, in quasi tutti gli Stati fortemente privatizzato. A sua volta il settore privato viene distinto tra profit e non profit. Nei vari paesi la proporzione tra questi tipi di proprietà e controllo è differente e si passa dalla realtà della Norvegia, quasi interamente con offerta pubblica, a quella dell'Inghilterra, quasi completamente privata profit. Mentre in Olanda si evidenzia

una stragrande maggioranza dei servizi offerti dalle istituzioni no-profit. Estendendo i concetti dell'economia classica (e del neoliberismo) è ormai diffusa la convinzione che la privatizzazione porti a una maggiore efficienza economica, a migliorare la qualità dei prodotti e dei servizi, a generare meno rifiuti e a migliorare le scelte dei clienti e dei pazienti. Questi presunti effetti positivi della privatizzazione sono attribuiti al fatto che, quando operano sui mercati liberi, si presuppone che gli attori economici allochino le risorse scarse (più) razionalmente e in un modo più ottimale di quanto si possa ottenere in un ambiente pubblico (1).

Questi concetti è indubbio che abbiano ispirato le politiche in Europa e dell'Europa. È evidente la pressione che l'Unione europea ha esercitato su molti dei suoi Stati membri affinché si orientassero verso la privatizzazione e la mercatizzazione di vari settori della vita socioeconomica, in particolare il settore sanitario e quello della cura a lungo termine. Ciò si è applicato in particolare agli Stati membri dell'Unione europea che hanno avuto problemi finanziari – ad esempio, all'indomani della crisi finanziaria del 2008 – che li hanno resi più vulnerabili alle misure di austerità di vasta

portata dell'Unione europea, come il sostegno monetario o finanziario europeo da parte della Banca centrale europea o del Fondo di stabilità. Il patto è stato spesso reso dipendente dalle condizioni di liberalizzazione (ad esempio, attraverso la privatizzazione o tecniche simili) del settore sanitario e/o infermieristico a lungo termine. In questi settori la «privatizzazione» è in ogni caso un processo «a più livelli» che può essere realizzato attraverso diversi canali e ricorrendo ad un'ampia varietà di strumenti giuridici:

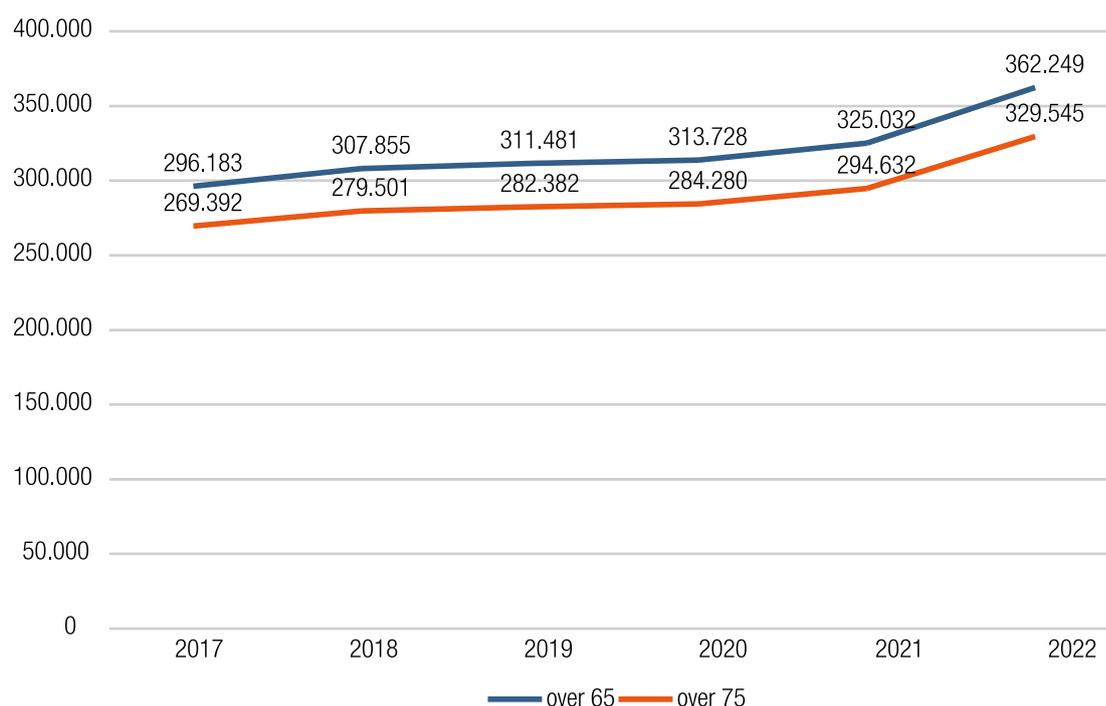
- proprietà (ad esempio, quando beni pubblici, come la proprietà di case di cura e/o la proprietà di azioni di società che gestiscono case di cura, vengono trasferiti a privati);
- finanziamento (ad esempio, quando le fonti di finanziamento di beni e/o servizi pubblici diventano private, sostituendo così i finanziamenti pubblici);
- gestione (quando, ad esempio, sulla base di concessioni governative o strumenti giuridici simili, soggetti privati iniziano a gestire e gestire beni pubblici).
- produzione (ad esempio, quando le imprese pri-

vate iniziano a fornire un bene o un servizio, spesso dopo l'esternalizzazione da parte del settore pubblico).

Cos'è la privatizzazione. Suggestisco questa definizione per dare un significato ampio, politico ecc., alla privatizzazione: «La privatizzazione è la ristrutturazione, trasformazione, vendita, gestione, fornitura privata, sia a scopo di lucro, sia senza scopo di lucro, di beni e servizi pubblici; funzioni di governo; terreni e proprietà. (...) È intrecciata e co-dipendente dalla finanziarizzazione, dalla commercializzazione, dall'individualizzazione». La privatizzazione procede insieme alla depoliticizzazione, che si verifica «quando le decisioni sono una questione di scelta individualizzata, che presenta alcuni vantaggi, ma sono rimosse dall'agenda del bisogno sociale collettivo e quindi dall'azione collettiva; vengono definite come questioni di preferenza personale. Le scelte sono svincolate dalla partecipazione della comunità e soggette a crescente segretezza ai sensi delle normative sulla riservatezza commerciale e sulla privacy personale. I rappresentanti eletti, gli utenti dei servizi e i

RICOVERATI IN RSA SERIE STORICA 2017-2022

Fonte: Ministero della Salute (2023).
Elaborazione di Italia Longeva



Posti letto, gestiti da: cooperative no profit 23%, enti religiosi 36%, privati profit 23% e infine direttamente dallo Stato o da sue emanazioni 18%

dipendenti pubblici sono privi di potere perché il loro potere di effettuare il cambiamento è significativamente ridotto o da una cultura del contratto o dalla vendita di beni che diventano proprietà del settore privato. Gli utenti dei servizi e i dipendenti pubblici affrontano una significativa perdita di potere di influenzare la politica pubblica e opportunità ridotte attraverso la partecipazione della

comunità e del posto di lavoro». (Whitfield, Dexter, *Public Alternative to the Privatisation of Life*, 2019, Spokesman Books)

La privatizzazione quindi si afferma nel settore sanitario come individualizzazione del soddisfacimento dei bisogni di cura. Un processo di trasformazione sociale nascosto sotto la bandiera della libertà di scelta che è, invece, l'induzione ad occuparsi in proprio delle proprie necessità sollevando l'assistenza collettiva (e lo Stato) dagli oneri. In sostanza, e in generale per quanto riguarda la residenzialità sanitaria assistenziale, è il trasferimento dei costi da una fonte pubblica (statale ecc.) a quella familiare o personale, in parte proporzionale al reddito familiare o personale o no.

CHI GESTISCE RSA E CASE DI RIPOSO?

Fonte: Istat

	Società cooperativa	Ente pubblico	Associazione di volontariato, Ente religioso	Società privata	Società cooperativa	Ente pubblico	Associazione di volontariato, Ente religioso	Società privata
	Valori assoluti				Valore percentuale sul totale			
ITALIA	96.065	74.544	146.395	94.984	23,3%	18,1%	35,5%	23,1%
PIEMONTE	14.940	6.457	13.463	15.095	29,9%	12,9%	26,9%	30,2%
VALLE D'AOSTA	394	539	216	213	28,9%	39,6%	15,9%	15,6%
LIGURIA	4.640	1.881	5.978	4.605	27,1%	11,0%	35,0%	26,9%
LOMBARDIA	14.692	7.538	48.346	14.030	17,4%	8,9%	57,1%	16,6%
PROV. TRENTO	1.150	4.911	1.333	574	14,4%	61,6%	16,7%	7,2%
VENETO	6.279	19.379	13.433	5.579	14,1%	43,4%	30,1%	12,5%
F. V. GIULIA	1.898	6.472	2.606	3.187	13,4%	45,7%	18,4%	22,5%
E. ROMAGNA	14.947	8.100	8.886	9.834	35,8%	19,4%	21,3%	23,5%
TOSCANA	7.087	2.980	7.862	4.713	31,3%	13,2%	34,7%	20,8%
UMBRIA	1.684	779	1.729	1.537	29,4%	13,6%	30,2%	26,8%
MARCHE	3.733	3.475	3.330	1.615	30,7%	28,6%	27,4%	13,3%
LAZIO	4.139	1.501	8.554	11.456	16,1%	5,9%	33,3%	44,7%
ABRUZZO	987	1.036	1.454	2.048	17,9%	18,8%	26,3%	37,1%
MOLISE	753	87	601	472	39,4%	4,6%	31,4%	24,7%
CAMPANIA	2.154	1.142	2.820	4.481	20,3%	10,8%	26,6%	42,3%
PUGLIA	3.195	854	6.308	5.325	20,4%	5,444%	40,2%	34,0%
BASILICATA	2.097	108	1.037	853	51,2%	2,6%	25,3%	20,8%
CALABRIA	1.177	417	3.275	2.522	15,9%	5,6%	,3%	34,1%
SICILIA	7.393	2.553	9.137	5.756	29,8%	10,3%	36,8%	23,2%
SARDEGNA	2.429	442	4.013	1.090	30,5%	5,5%	50,3%	13,7%

Composizione proprietaria della residenzialità in Italia (focus Lombardia).

Le fonti per esaminare la struttura giuridica della residenzialità sanitaria assistenziale e socio-assistenziale sono diverse ma con criteri differenti: ho esaminato le statistiche Istat 2020 del Ministero degli interni, della Salute e gli elenchi della Regione Lombardia. In quest'ultima la denominazione del gestore non è distinta da quella della proprietà o dal controllo finanziario di questa. Anche le altre citate non hanno questo dettaglio.

Scegliendo tra le fonti disponibili e non standardizzate quella dell'Istat 2020 sulla residenzialità (pubblicata nel 2022). Il controllo «privato» percentuale della residenzialità italiana è del 75%. La composizione nei seguenti raggruppamenti: cooperative no profit, associazioni ed enti religiosi o assistenziali no profit, privati profit e pubblici (Stato, Ssn, Regioni, Comuni) varia di molto tra regione e regione.

Considerando l'intero Paese le percentuali della gestione diretta dei posti letto sono rispettivamente: cooperative no profit 23%, enti religiosi 36%, privati profit 23% e infine gestione diretta dello Stato o di sue emanazioni 18%. Il confronto tra la situazione del 2006 (sempre Istat) e 2020 tra i raggruppamenti profit, no profit e pubblico disegna, per il primo, un aumento del 66% (da 57.147 a 94.984 posti letto), per il secondo del 57% (da 154.721 a 242.460 posti) mentre per il terzo si riscontra un trend negativo del 34% (da 113.336 a 74.544 posti) pur considerando che il numero complessivo nel 2020 aumenta del 25% (da 330.898 a 411.988). La depubblicizzazione (smantellamento o riduzione delle strutture pubbliche) ha riguardato in misura varia tutte le regioni con l'eccezione della Provincia di Trento e della Calabria. Nel primo caso anzi vi è stato un aumento da 5.144 a 8.807 posti gestiti dal pubblico. Diminuzioni significative superiori al 60% in Piemonte, Lazio, Basilicata e Sardegna. Mentre il privato ha notevoli balzi in avanti in Lombardia (209%, da 4.538 a 14.030), nel Sud, in particolare in Puglia.

Riguardo la gestione effettiva, sempre l'Istat, accerta che nell'88% delle residenze sono i titolari a gestire direttamente il presidio, mentre nel 10% i titolari danno in gestione le loro strutture ad altri enti; nei restanti casi (2%) il presidio viene gestito in forma mista. La gestione dei presidi residenzia-

li è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi), soprattutto di tipo non profit (51%); il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico. I comportamenti dei titolari sono diversificati sul territorio, soprattutto per quanto concerne la gestione delle strutture pubbliche. Infatti, al Nord sette strutture pubbliche su 10 sono gestite direttamente o indirettamente da enti pubblici, il 26% da enti non profit. La percentuale di strutture

La privatizzazione riduce il servizio al contratto e alla vendita di beni, mentre gli utenti dei servizi e i dipendenti pubblici perdono potere di influenzare la politica pubblica

pubbliche gestite da enti non profit è molto più alta sia al Centro (41%) che nel Mezzogiorno (36%). Riguardo le strutture che hanno un altro ente titolare si riscontra una preferenza, su tutto il territorio, verso una gestione diretta o affidata a enti con la stessa natura giuridica. Nel 4% dei casi le strutture profit del Nord affidano la gestione a imprese non profit, quota che scende a meno dell'1% nelle altre ripartizioni. Ulteriori ricerche dovrebbero evidenziare il differente dimensionamento delle Rsa, della composizione del personale e il numero degli utenti.

La privatizzazione delle Ipab in Lombardia.

La fase della depubblicizzazione avvenne, come è noto, a seguito della legge varata dal Governo Amato nel 2001. La Lombardia, fu tra le prime, nel periodo successivo a procedere alla trasformazione delle Ipab (2) con la legge regionale 1/2003. La trasformazione riguardò la quasi totalità di questi soggetti di diritto pubblico in Enti di diritto privato, mentre solo una ventina di Ipab optò per la mutazione in Azienda di Servizi alla Persona (Asp) di diritto pubblico. Dall'inizio della legislatura (2001) al 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si ridusse dal 59,1% al 15,9%. Al marzo del 2010 si assistette ad un'ulteriore riduzione dei gestori pubblici, che si ridussero solo all'11,5% del totale; all'opposto aumentò in modo significativo il numero di Rsa gestite da cooperative sociali (che raddoppiò percentualmente, dal 7,1% al 14,7% dal 2001 al 2010) e soprattutto incrementarono la loro presenza le società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo (dal 5,2% al 16,3% del totale). Al 30 settembre 2019 i

posti letto accreditati (62.500 su 65.000) nelle 710 Rsa lombarde vedevano 504 gestori no profit, 153 profit e 53 pubblici, corrispondenti, questi ultimi, al 7,5 delle strutture e l'8,5 dei posti letto. Sempre dalla stessa fonte (3) la ripartizione del settore no profit dettaglia: 305 Rsa gestite da una Fondazione, 103 da cooperativa, 54 da Ente religioso e 14 da associazione.

Tipi di privato profit (finanziarizzazione). L'aumento delle strutture residenziali è avvenuto in tutta Europa. Dal 2008 ad oggi l'incremento è stato originato da iniziative private con finalità d'investimento a fine di generare profitti. In sostanza, il funzionamento di tali case di cura organizzate sotto la forma giuridica di una società privata (di capitale) non differisce da quello di altre società private: da un lato, il profitto viene massimizzato realizzando il massimo fatturato possibile (in altre parole, vendendo il proprio prodotto o servizio il più e più caro possibile) e, dall'altro, riducendo al minimo i costi. Per raggiungere quest'ultimo obiettivo è possibile applicare un'ampia varietà di metodi, tra cui: mantenere basso il numero del personale; mantenere i salari più bassi possibile; cercare i fornitori più economici (es. di materiale, di cibo, ecc.); esternalizzare attività secondarie; rinvio degli investimenti; risparmio su spese non immediatamente redditizie (come materiale di prevenzione ecc.)...

Crescente, se non galoppante, è stata l'attrazione degli investimenti di società finanziarie verso l'impiego nell'assistenza continuativa degli anziani e degli non autosufficienti. A livello europeo

(come in precedenza negli Stati Uniti e in Canada) in questi ultimi 15 anni sono avvenuti numerosi processi di compravendita di intere catene di servizi sanitari, diagnostici e ospedalieri. Nel settore delle Rsa la concentrazione proprietaria è evidente e visibile con la creazione di multinazionali dell'assistenza proprietarie e gestrici di decine di migliaia di posti letto con crescente presenza in più stati. Multinazionali della cura come Orpea, Kos, Domus, Korian hanno in poco tempo costruito o acquistato decine di Rsa in quasi tutti gli stati europei (4).

A sloro volta queste società operatrici nel settore sono state acquisite e controllate da Società Finanziarie e loro Fondi controllati a loro volta da Banche o società di raccolta fondi istituzionali o privati (Private Equity o simili). L'Unione europea neoliberista ha, più precisamente, emanato un'impressionante quantità di normative che stabiliscono norme minime di qualità e protezione in alcuni «settori critici dell'economia» (ad esempio, bancario, finanziario e assicurativo), ma ciò sarebbe in netto contrasto con la scarsa regolamentazione e interesse per il settore dell'assistenza in generale, e per il settore delle residenze per anziani in particolare. Di conseguenza, è basso anche l'interesse degli stessi governi nazionali degli Stati membri dell'Unione europea ad adottare misure normative forti nel settore delle case di cura.

Gradualmente, anche a seguito di inchieste giornalistiche, alcuni stati, per esempio la Francia, hanno proceduto ad una revisione normativa e organizzativa delle Rsa, metà delle quali sono

NOTE

(1) A livello tecnico-giuridico, la privatizzazione è stata qualificata come un «concetto piuttosto vago». Una possibile definizione potrebbe essere quella che si faccia riferimento alla vendita diretta ad un soggetto privato, ovvero alla quotazione sul mercato privato, dell'intera, o di una parte sostanziale, di un'impresa statale o di un ente pubblico. Secondo la teoria neoliberista, tali imprese statali, o altre istituzioni pubbliche che forniscono servizi, dovrebbero essere smantellate e consegnate al settore privato, a causa dei loro presunti effetti restrittivi sulla libertà degli individui di condurre affari, mentre altri filoni della teoria neoliberista sostengono che i meccanismi di mercato, tra cui la libera concorrenza, offrono maggiori garanzie per garantire prezzi corretti ed efficienza economica. Qualunque sia l'approccio, il neoliberismo spinge affinché tali imprese o istituzioni pubbliche siano affidate agli attori del libero mercato.

(2) Istituti pubblici di assistenza e beneficenza. sono organismi di diritto pubblico istituiti con legge n.6790/1890 (detta anche legge Crispi) che hanno subito numerosi interventi di riforma, non da ultimo con il D. Lgs. 4 maggio 2001, n. 207.

(3) Osservatorio RSA presso Università Privata LIUC Varese Dott. Sebastiano

(4) <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075244>.

(5) Mercille J. (2017) *Neoliberalism and healthcare: the case of the Irish nursing home sector*. Critical Public Health September 2017.

(6) Una delle principali critiche rivolte al settore privato è che, poiché i servizi infermieristici sono, per definizione, ad alta intensità di manodopera, poiché "assistenza infermieristica" o "assistenza" deve essere fornita da un essere

pubbliche. La Svezia e l'Australia hanno un programma nazionale di verifica della qualità mediante una serie d'indicatori. Numerose ricerche (negli Stati Uniti e in Gran Bretagna) hanno mostrato generalmente che i sistemi sanitari privati a scopo di lucro sono generalmente meno efficienti, più costosi e meno egualitari e che portano alla fornitura di cure di qualità inferiore (5) (6) (7). Una ulteriore ricerca (8) distingue ancor più in dettaglio le società proprietarie di catene delle Rsa (Nursing Homes) in tre sottogruppi: (i) proprietà concatenata, finanziata da private equity; (ii) proprietà concatenata, non finanziata da private equity e (iii) proprietà indipendente. Il primo gruppo e il terzo segnalano i risultati peggiori in termini di qualità delle cure e di condizioni di lavoro degli addetti alla cura.

Questo studio è stato possibile perché in Inghilterra sono accessibili i dati forniti dalla Care Quality Commission (CQC), il regolatore e ispettore indipendente dell'assistenza sanitaria e sociale per adulti. (9)

Esempi di concentrazione proprietaria e finanziarizzazione in Italia e in Europa. Nell'insieme del settore europeo, secondo il database Pflegemarkt.com e la ricerca IE, i 28 principali operatori di case di cura private gestiscono 5.388 case di cura con 455.559 posti letto. Ci sono 75 mila posti letto in più rispetto a quattro anni fa. Orpea è il più grande operatore in Europa, con più di 110.000 posti. Tra il 2015 e il 2020 ha aumentato la sua capacità del 65%. La società è quotata in borsa e il suo maggiore azionista è il Canada Public Pension Fund (CPP-PIB, con il 14,5%). Il prezzo delle azioni è più che

L'obiettivo del privato è fare profitto ed è raggiunto con diversi metodi: assumere poco personale; mantenere i salari più bassi possibile; cercare fornitori più economici...

raddoppiato dal 2015, mentre il valore di mercato è triplicato. Ma i dati dicono altro: l'indebitamento finanziario netto della società sfiora il 200% del capitale. Il pagamento agli azionisti (attraverso la distribuzione dei dividendi) e ai creditori (attraverso il pagamento degli interessi sui prestiti) è costato a Orpea nel 2019 244 milioni di euro.

Secondo i dati dell'OCSE, gli stati dell'Unione europea, la Gran Bretagna, la Norvegia e la Svizzera contribuiscono con oltre 220 miliardi di euro all'anno ai costi di questi servizi. I beneficiari contribuiscono di tasca propria con altri 60 miliardi di euro. Ed è una cifra che aumenta ogni anno. «Il rapido invecchiamento della popolazione in tutta Europa sarà il principale motore della crescita del mercato delle case di cura a lungo termine».

Secondo le stime della Commissione europea, il costo dell'assistenza a lungo termine in Europa sarà più che raddoppiato, passando dall'attuale 1,7% del Pil al 3,9% nel 2070. Secondo l'esperienza dell'esperto del settore Heinz Rothgang, le case di cura ben gestite spendono circa il 70% del loro reddito per il personale. D'altra parte, le aziende leader del mercato, come Orpea e Korian, stanziavano solo tra il 50% e il 55% in questa voce, secon-

umano a un altro, il profitto su tali servizi infermieristici o assistenziali può, in sostanza, può essere migliorata solo riducendo salari e personale. Le prove raccolte dalla "Rete di corrispondenti europei" di Eurofound e citate nello studio di Eurofound, hanno infatti dimostrato che il numero di dipendenti per residente era in generale inferiore nel settore privato in molti dei paesi analizzati in detto studio. Negli Stati Uniti Nel Regno Unito in particolare, lo studio IPPR sopra citato del settembre 2019 ha sollevato enormi preoccupazioni sul rapporto personale/residenti nelle case di cura di proprietà di grandi aziende. Vi erano prove evidenti del fatto che i fornitori privati avevano livelli di personale più bassi, un turnover più elevato del personale, tassi di retribuzione più bassi e livelli di formazione più bassi. Pertanto, uno dei maggiori problemi che le strutture sanitarie in tutta Europa hanno dovuto affrontare allo scoppio della pandemia di Covid-19 è stata la mancanza di personale (qualificato), non solo nelle case di cura per lungodegenti, ma anche negli ospedali generali. Per una combinazione di ragioni – tra cui l'austerità nel settore pubblico e nel settore delle istituzioni private che operano secondo il principio della «massimizzazione dei profitti e minimizzazione dei costi» che generalmente determina il funzionamento delle imprese capitaliste – strutture infermieristiche e assistenziali in tutta Europa, hanno dovuto affrontare una carenza di infermieri qualificati. Secondo Eurofound, avere un rapporto gestibile tra personale e utenti del servizio, generalmente, aumenta la potenziale attenzione personale prestata agli utenti del servizio; si evita inoltre di avere un elevato turnover del personale dovuto all'eccessivo carico di lavoro. Secondo lo studio, quest'ultima situazione si è verificata ad esempio in Francia, dove il carico di lavoro eccessivo è diventato il motivo principale per cui infermieri e assistenti infermieri hanno lasciato il

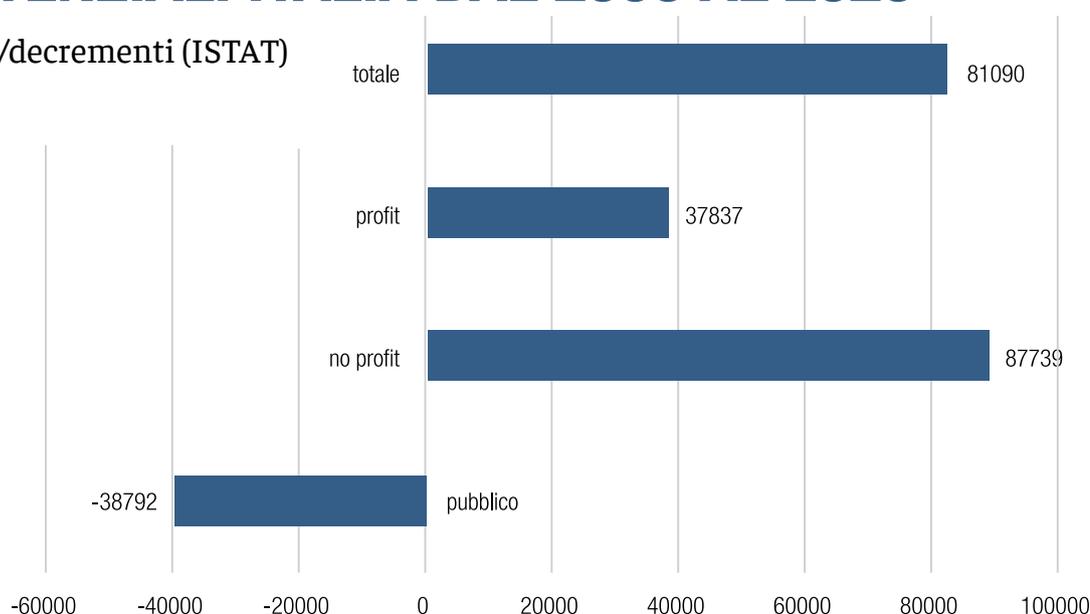
do i loro ultimi conti annuali. Una debolezza di cui approfittano anche gli investitori finanziari anonimi che entrano nel settore dell'assistenza. I fondi di private equity acquistano aziende con l'obiettivo di aumentarne il valore tagliando le spese e attuando piani di espansione per poterle rivendere dopo pochi anni con un profitto elevato. Il capitale necessario viene raccolto da investitori privati e istituzionali, come le compagnie di assicurazione, insieme alla promessa di un'elevata redditività a due cifre. Il caso più eclatante è quello

della società francese DomusVi, che è già la terza del settore in Europa, con 354 residenze in cinque Stati dell'Unione Europea. Già nel 2014, quando non era nemmeno la metà delle sue dimensioni, il fondo francese PAI Partners aveva acquisito la catena per 639 milioni di euro. Solo tre anni dopo lo ha trasferito al fondo britannico Intermediate Capital Group (ICG), ma a quel punto per un valore quasi quattro volte superiore, 2,4 miliardi di euro.

Dietro il miracoloso aumento del denaro c'è un

GESTIONE DEI POSTI SOCIO SANITARI E ASSISTENZIALI ITALIA DAL 2006 AL 2020

Incrementi/decrementi (ISTAT)



NOTE

lavoro. Anche le strutture infermieristiche che si trovano ad affrontare carenza di manodopera (qualificata) dovranno far fronte a tassi di turnover del personale più elevati. Uno studio qualitativo del 2016 (con 51 interviste e osservazione partecipativa) condotto dalla «Sezione della Camera del lavoro dell'Alta Austria» e citato nello stesso studio di Eurofound, ha rilevato che i bassi rapporti personale/residente hanno peggiorato le condizioni di lavoro del personale sia nelle case di cura che in quelle residenziali. Ciò è avvenuto anche in diversi altri territori nei quali la Camera del Lavoro ha condotto studi simili (Vienna, Bassa Austria, Stiria e Tirolo). Numerosi studi, incluso uno della Care Quality Commission, hanno evidenziato il legame tra la quantità e la qualità della forza lavoro e la qualità dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza stessa

(7) Da Roit, Barbara & Le Bihan, Blanche (2011), *Cash-for-Care Schemes and the Changing Role of Elderly People's Informal Caregivers in France and Italy*, 10.1057/9780230307612_10; Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M. & Bruch, J.D. *Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review*. *BMJ* 382, e075244 (2023).

(8) Sharvari Patwardhan, Matthew Sutton, Marcello Morciano, *Effects of chain ownership and private equity financing on quality in the English care home sector: retrospective observational study, Age and Ageing*, Volume 51, Issue 12, December 2022, afac222, <https://doi.org/10.1093/ageing/afac.222>.

(9) La valutazione complessiva è un riepilogo della qualità in cinque ambiti:

- Sicuro: i residenti sono stati protetti da abusi e danni evitabili e sono stati coinvolti nelle decisioni sulla loro sicurezza

sistema che i manager chiamano nobilmente «ingegneria finanziaria». In realtà, è un gioco rischioso con un debito elevato. Affinché ciò funzioni, la società acquisita deve disporre di entrate affidabili con cui far fronte ai prestiti. E questo è esattamente ciò che forniscono i pagamenti governativi per l'assistenza nelle case di cura (le cosiddette «convenzioni»). Mentre il reddito proviene dalle casse dello Stato, gli investitori di private equity di solito incanalano i loro profitti verso i paradisi fiscali attraverso schemi societari contorti. DomusVi ne è un esempio paradigmatico. Come ha rivelato il sito di informazione indipendente *infolibre*, tra le 138 residenze gestite dalla multinazionale in Spagna e dalla società madre del fondo ICG nel paradiso fiscale dell'isola di Jersey, ci sono fino a dieci livelli con società intermedie sparse tra Spagna, Francia, Lussemburgo e Jersey. Tutta questa struttura ha un duplice obiettivo: ridurre al minimo il carico fiscale delle società e trasferire gli utili esentasse agli azionisti. E per raggiungere questo obiettivo sono essenziali le operazioni di debito tra le società del gruppo. La società madre di DomusVi in Francia – denominata Kervita – sta pagando a due società lussemburghesi del suo principale azionista interessi esorbitanti per i 640,5 milioni che le hanno prestato. Esorbitante significa tra il 9,2 e l'11%, in due operazioni di debito firmate nel luglio 2017, quando il tasso di interesse di mercato non superava il 4% (ed era quindi molto più conveniente prendere i soldi a prestito a questo tasso dalle banche). Tra luglio 2017 e marzo 2019, Kervita ha pagato alle due società lussemburghesi 105,5 milioni di euro di interessi. Poiché Kervita è anche la società DomusVi

La privatizzazione delle cure a lungo termine è parallela alla finanziarizzazione: i grandi gruppi finanziari utilizzano il settore sanitario per aumentare gli utili finanziari

che consolida i conti di tutte le sue residenze in Europa, questo pagamento di interessi le fa subire perdite, evitando così di pagare l'imposta sulle società. Un ulteriore problema è la mancanza di controllo sui servizi effettivamente forniti da queste multinazionali. Un panorama che si ripete in tutta Europa: gli ispettori sono pochissimi e sono sovraccarichi. In Spagna, ad esempio, alla fine del 2019 c'erano poco più di 200 ispettori per controllare più di 5.200 centri.

La situazione è ancora peggiore nel Nord Italia. «Sono responsabile di 400 residenze. Ciò significa che dovrei ispezionare due strutture ogni giorno», confessa l'ispettore capo di un'Azienda sanitaria del torinese a Investigate Europe. «Come farò?». La Francia ha addirittura ridotto il numero degli ispettori, mentre il numero dei centri è in aumento, riferisce un ex ispettore delle residenze. In tutta la Francia, dice, ci sono ormai solo 200 ispettori, troppo pochi per le migliaia di centri del Paese. «La logica della politica si riduce all'autoregolamentazione degli operatori nazionali». Massimizzazione dei profitti per gli investitori finanziari e, allo stesso tempo, carenza di operatori sanitari e supervisione inadeguata: questo riflette il modo in cui i governi europei stanno trascurando l'assistenza agli anziani bisognosi di cure (10).

per massimizzare il controllo sulle loro vite. Il personale era ben addestrato a salvaguardare le politiche e a maneggiare correttamente le attrezzature. Il servizio disponeva di sistemi di tutela efficaci per i residenti e il personale, gestiti tempestivamente e migliorati regolarmente.

- Efficace: i residenti sono stati coinvolti nelle decisioni relative alla loro cura e al loro trattamento. I loro bisogni sono stati valutati in modo esaustivo e l'assistenza è stata regolarmente rivista e aggiornata in base ai risultati attesi identificati.

La formazione e lo sviluppo del personale sono stati incentrati sulle esigenze individuali.

- Cura: i residenti sono stati trattati con compassione, gentilezza, dignità e rispetto. Il personale ha dimostrato una vera empatia per i residenti ed è stato sensibile ai bisogni e ai desideri dei residenti. Il servizio aveva una cultura forte, trasparente e incentrata sulla persona.

- Responsive: la pianificazione dell'assistenza era focalizzata sui residenti, compresi i loro obiettivi, competenze, abilità e come preferivano gestire la propria salute. Le preoccupazioni possono essere sollevate in una serie di modi accessibili. Il personale ha fornito assistenza in modo da soddisfare i bisogni delle persone e promuovere l'uguaglianza.

- Ben guidato: il personale ha riscontrato alti livelli di soddisfazione. Erano disponibili supporto e risorse per consentire al team del personale di svilupparsi ed essere ascoltato. Il servizio aveva una cultura aperta, giusta, inclusiva e responsabilizzante con un quadro forte per la responsabilità e una governance efficace.

(10) <https://www.investigate-europe.eu/es/posts/elder-care-for-profit>

Il Fisco dei condoni e dell'evasione prosciuga le risorse per la sanità

Negli ultimi 50 anni, una serie di condoni fiscali e di manovre di defiscalizzazione e decontribuzione – spesso a favore della sanità privata – ha impoverito le disponibilità economiche del Servizio sanitario pubblico. Intanto, l'imperativo di ogni governo e amministrazione è «tagliare le tasse» senza interventi sull'evasione e sui ceti più alti

Alessandro Bravetti

Dal 1973 almeno una decina di grandi condoni fiscali – cioè di rinunce dello Stato a incassare quanto dovuto, il recupero di una minima parte del non versato e l'annullamento delle pene per gli evasori – ha caratterizzato le alterne vicende politico economiche d'Italia, con conseguenze evidenti sul gettito delle imposte e sulla cultura (dell'impunità) instillata dalla politica nella società.

Recentemente, l'editorialista Isaia Sales ha ripercorso su *la Repubblica* (15 marzo 2024) la cronistoria di massima di queste controverse iniziative politiche: «È nel 1973 con il governo Rumor che viene introdotto per la prima volta in Italia il condono in campo fiscale. Nel 1982 viene varato un secondo condono fiscale dal governo Spadolini. Il terzo nel 1991 con il governo Andreotti. Nel 1995 condono edilizio e fiscale, con il governo Dini, anche se il primo condono edilizio lo vara nel 1984 il governo Craxi. Nel nuovo secolo si comincia (2003) con un condono fiscale ed edilizio ad

opera del governo Berlusconi, a cui poi (sempre con Berlusconi) si aggiunge lo scudo fiscale nel 2009, la possibilità, cioè, in cambio di una sanzione pecuniaria, di riportare i capitali esportati all'estero. Poi ci sarà il governo Renzi a decidere la rottamazione delle cartelle esattoriali e una nuova sanatoria dei capitali esteri».

No tasse, no servizi. L'effetto generale dell'ininterrotto filone dei condoni – cui non è immune l'attuale governo Meloni – ha avuto conseguenze gravissime. Ancora Sales: «Dalla riduzione del gettito fiscale (perché l'aspettativa di nuovi condoni provoca una infedeltà fiscale "preventiva") alla perdita di fiducia da parte dei contribuenti onesti,

Nel 1971 la tassazione prevedeva un sistema di 32 scaglioni, tra i due e i cinquecento milioni di lire di reddito annuale con aliquote crescenti dal 10 al 72%



dall'effetto diseducativo alla perdita di competitività delle imprese». Di più: «Il modo in cui viene trattato il tema delle tasse (come “pizzo di Stato” nella versione meridionale e come impedimento alla crescita delle imprese nella versione settentrionale) rappresenta il passaggio più significativo tra una destra statalista (lo Stato e i suoi interessi prima di ogni altra cosa) e una destra lassista (le tasse come nemiche delle forze produttive)». Al netto del poco convincente schema destra-sinistra, lo slittamento si può imputare al potere esecutivo di tutti i livelli di governo, nazionale, regionale, locale di qualsiasi colore, propensi a indicare nella detassazione e decontribuzione lo strumento principe in materia di fiscalità e di incentivo alla produttività. Le sanzioni certe «sono sacrosante – conclude il fondo di *Repubblica* – per evitare che la logica dell'interesse individuale sopravanzi qualsiasi considerazione del bene pubblico». Fenomeno che, in effetti, è avvenuto in massa.

Più tasse per i ricchi. Ricorda Francesco Pallante, ordinario di diritto costituzionale all'Università di Torino, nel suo *Elogio delle tasse* (Edizioni Gruppo Abele, 2021): il fulcro

della stagione delle riforme e della conquista di vette oggi lontane di diritti sociali e sostanziali degli anni Settanta (Statuto dei lavoratori, legge 833 d'istituzione del Servi-

«Le imposte sono un elemento costitutivo della vita sociale perché la verità è che senza tasse non può esistere una società organizzata. Un 'sacrificio individuale' per un fine collettivo»

zio sanitario, legge Urbanistica, riforma del Diritto di famiglia) è stata «la cosiddetta legge Preti, n. 825 del 1971, che, tramite lo strumento della delega legislativa, dà mandato al governo, in collaborazione con un'apposita commissione bicamerale, di emanare le 'disposizioni occorrenti per le riforme del sistema tributario secondo i principi costituzionali del concorso di ognuno secondo la sua capacità contributiva e della progressività'. Il risultato fu una grande operazione di riordino tributario che portò a un circoscritto pacchetto di tributi, tra i quali l'Irpef (imposta sul reddito delle persone fisiche) che – orrore! – era strutturata in «un sistema di 32 scaglioni, tra i due e i cinquecento milioni di lire di reddito annuale con aliquote crescenti dal 10 al 72 (settantadue) per cento».



Pochi pagano per molti. Gli ultimi dati del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali (2023) indicano peraltro, ulteriore questione critica nel sistema della tassazione, un forte

Le cosiddette «flat tax», con pochi scaglioni assicurano sgravi ai ceti abbienti e penalizzano implicitamente il ceto medio, erodendo anche i servizi pubblici, sempre meno finanziabili

sbilanciamento nel gettito: il 14% degli italiani si fa carico di quasi i due terzi dell'intera Irpef, mentre quasi la metà degli italiani (il 47%) non dichiara redditi. Pesa sulle casse dello stato una strisciante economia sommersa (valore stimato 190 miliardi l'anno, 70 in più del costo della spesa pubblica sanitaria annuale) e un'elusione fiscale soprattutto delle grandi aziende. Il report fotografa poi un divario territoriale: il Nord contribuisce per 100,6 miliardi, pari al 57,43% del totale, il Centro con 38,2 miliardi pari al 21,83% del totale, mentre il Sud porta in dote 36,3 miliardi, pari al 20,74% del gettito complessivo».

Alla luce dei dati economici, occorre considerare che l'assistenza sanitaria nel 2021 è costata 2.144 euro pro capite e che il tema del finanziamento dei servizi è fondamentale per dare ai diritti esigibili sanitari e socio-sanitari un contenuto concreto.

Tasse. Tra i tabù della politica, si distingue quello sulle tasse (e il loro corrispondente impiego per servizi) e il collegato dell'ignorata evasione fiscale. Ne tratta in modo esauriente e con spunti interessanti anche per l'attività di promozione e difesa dei diritti il libro *La guerra delle tasse*, di Vincenzo Visco e Giovanna Faggionato (Laterza, 2023).

Gli autori sostengono che «le imposte sono un elemento costitutivo della vita sociale perché la verità è che senza tasse non può esistere una società organizzata. Le tasse rappresentano “un sacrificio individuale” per il raggiungimento di un fine collettivo» e che «questo schema, insieme ai contributi sociali sui redditi di lavoro, è stato la base per la creazione del sistema di welfare del nostro Paese e in generale della maggioranza delle democrazie liberali occidentali: cioè amministrazione pubblica, infra-

strutture, scuola pubblica e, in Europa, anche servizi sanitari nazionali».

Nell'opinione pubblica, osservano però gli autori «si è diffusa la convinzione che le tasse sono sempre eccessive e che se vengono ridotte ci saranno solo benefici per tutti. Su queste posizioni si ottiene un consenso di massa: oggi tutti sono anti-tasse. Ma in realtà dietro queste posizioni emerge il vero conflitto, la guerra delle tasse

appunto, che è di natura distributiva: le destre sono contrarie soprattutto ai sistemi di welfare, al finanziamento da parte dello Stato di sanità, istruzione, assistenza, e favoriscono una previdenza privata sui fondi pensione, un'assistenza caritatevole, e detrazioni fiscali per le spese private per istruzione e sanità», per cui sono a favore di una politica di riduzione delle tasse che di fatto taglia i servizi e le prestazioni dello Stato sociale. Le cosiddette sinistre (i “riformisti” come molti dei loro rappresentanti preferiscono chiamarsi) inseguono nella stessa direzione, con evidenti contraddizioni storiche ma, non di rado, superiori effetti distruttivi sulle conquiste sociali in termini di diritti e benessere collettivo.

Da un punto di vista politico-sociologico, Visco e Faggionato osservano che le imposte «piatte», le cosiddette «flat tax», «con pochi scaglioni – garantendo o aumentando la salvaguardia dei redditi bassi, assicurando gli sgravi ai ceti abbienti e penalizzando implicitamente il ceto medio – corrispondono anche al perseguimento di una particolare alleanza politica: quella tra “ricchi” e poveri, un'alleanza “populista” rispetto a quella socialdemocratica keynesiana, tra poveri e ceto medio, che era stata prevalente fino agli anni Ottanta del secolo scorso».

L'evasione, ovvero perché mancano i servizi. L'Italia si conferma anche nell'ultimo rapporto della Commissione europea pubblicato a dicembre 2021 (relativo ai dati del 2019, cioè l'anno prima della crisi pandemica) come il Paese che in termini assoluti perde più denaro per evasione dell'imposta sui consumi per un ammontare di 30,1 miliardi di euro, fondi sottratti a servizi pubblici e investimenti per mancato introito Iva. «Questo – osservano Visco e Faggionato – non significa che non ci sia evasione

anche sull'Irpef, anzi, l'evasione dell'Iva è propeutica a quella delle imposte sul reddito. La redazione del NadeF, la Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza che ogni anno fissa i saldi del bilancio pubblico, stima un'evasione pari al 3% dovuta al lavoro dipendente irregolare, ma del 67% per il reddito di impresa e di lavoro autonomo. Tra il 2015 e il 2017 questa evasione vale 32 miliardi, mentre negli stessi anni quella dell'Iva è stimata a 36 miliardi».

Va qui ricordato che l'Irap è stata istituita come fondamentale fonte di finanziamento per la sanità regionale. «L'operazione Irap fu uno straordinario esempio di razionalizzazione semplificazione del sistema fiscale italiano – scrivono gli autori –. Con un'aliquota di solo il 4,25% su tutto il valore aggiunto prodotto dalle imprese, salari compresi, l'Irap sostituì l'Ilor, che tassava i profitti al 16,2%, cancellò i contributi sanitari pari al 10,6%, assorbì la tassa sulla salute che gravava sui lavoratori autonomi, l'imposta patrimoniale sulle imprese dello 0,75% introdotta dal governo Amato e altri tributi minori. (...) Confindustria ha continuato a chiedere di togliere il costo del lavoro dall'Irap, riuscendoci con Renzi. In questo modo la lobby degli industriali ha fatto finanziare la sanità solo ai redditi da capitale, un autolesionismo di cui nemmeno si sono resi conto».

«Per quanto riguarda le imprese minori, il problema di fondo è sempre stata l'evasione, una evasione sistematica e massiccia. Con la riforma del 1996-1997 – ricorda Visco – provammo ad intervenire con gli studi di settore (...) dovevano rappresentare un indicatore per l'accertamento fiscale alle piccole imprese (...) Nella pratica vennero interpretati come una minimum tax, cioè le dichiarazioni che superavano il reddito presunto minimo erano pochissime (...) La riforma portò ad un incremento di gettito (cioè a minore evasione), così come anche la correzione introdotta nel 2007, ma gli studi di settore sono stati tutt'altro che un successo (...). Purtroppo, «con la legge di bilancio del 2004 si arrivò persino ad avere la garanzia di poter dichiarare un reddito inferiore fino al 50% a quello reale, ottenendo in cambio l'impegno che l'amministrazione fiscale non avrebbe portato avanti accertamenti. Si trattava di un

“liberi tutti”: gli evasori avevano stravinto. Erano legittimati e gli era stato garantito di passare nel campo di battaglia del fisco senza nemmeno essere sfiorati dalla guerra». Come se non bastasse, nel gennaio 2015, nella stessa seduta in cui venivano varati i decreti del Jobs Act, «il governo approvò un decreto che conteneva un breve comma che cancellava la frode fiscale, o meglio la sua punibilità, se le imposte evase erano uguali o minori del 3% del reddito dichiarato».

L'Imu e la patrimoniale. Ancora Visco: «Invano la Commissione europea chiede regolarmente la reintroduzione dell'imposta sulla prima casa per riequilibrare un sistema fiscale iniquo, tutto sbilanciato sulla tassazione del lavoro e che non tocca il patrimonio, un sistema fiscale che disincentiva la crescita e incentiva la rendita. Oggi in Italia 4 cittadini su 5 sono proprietari di un'abitazione. (...) Anche le seconde case sono tassate sulla base di valori catastali che non fotografano la realtà. Il catasto attuale si basa su classamenti effettuati negli anni Trenta del secolo scorso, rendite determinate in base ai valori prevalenti nel 1988-1989, rivalutate del 5% nel 1996. I valori attuali, quindi non hanno nulla a che vedere con la realtà: sono arbitrari e discrezionali. (...) oggi il valore del patrimonio immobiliare abitativo dei romani è pari al doppio di quello catastale».

Secondo la ricostruzione del volume, una proposta di riforma organica del catasto fabbricati era stata presentata in Parlamento dal governo Monti nel 2013 e decaduta per la fine della legislatura. Durante il governo Letta era stata recuperata, ma la delega contenuta nella legge, però, non fu esercitata dal governo Renzi, che preferì indirizzarla su un binario morto. Visco nota come «l'imposta sul patrimonio inoltre contribuisce alla progressività del sistema fiscale» perché «chi è privo, o quasi, di patrimonio, i “poveri”, i lavoratori, i giovani, non la pagherebbero. In più, poiché la distribuzione

Nel 2018 l'entrata in vigore di un regime forfettario favorevole per le partite Iva con l'aliquota al 15 per cento, ma dannoso per il fisco

Fai la tua scelta *diventa tutore*



L'Associazione tutori volontari OdV forma Tutori e Amministratori di sostegno di persone che non sono in grado di rappresentarsi da sé. Corsi di formazione dedicati, incontri periodici e supporto continuo aiutano i Soci a svolgere il loro incarico, soprattutto a favore di persone con disabilità intellettiva grave o malati cronici non autosufficienti, ricoverati, non abbienti e senza familiari.

Informati sui corsi, sulle iniziative dei Soci e sulle riunioni

info@tutori.it – 011.8124469

Fai una donazione o diventa socio versando la quota annuale di 30 euro sul conto corrente
Iban IT 06 D 02008 01058 000002422625 intestato ad Associazione Tutori Volontari OdV,
Unicredit banca - Agenzia Torino S. Maurizio.

ASSOCIAZIONE TUTORI VOLONTARI ODV

via Artisti 36 – 10124 Torino – www.tutori.it

del patrimonio è più concentrata (diseguale) di quella del reddito, anche un semplice prelievo proporzionale sul patrimonio risulterebbe progressivo rispetto al reddito, accentuando l'effetto redistributivo del sistema».

Quasi dieci anni fa, commentando le proposte dell'Alleanza contro la povertà (nell'articolo "Considerazioni in merito alle proposte dell'alleanza contro la povertà in Italia", pubblicato su Prospettive assistenziali n. 189, gennaio-marzo 2015), scrivemmo: «Soprattutto in questi ultimi anni della crisi economica, si scrive e si parla molto della povertà. Tuttavia – incredibile ma vero – non c'è alcuna definizione in merito, per cui sono state assunte e sono in atto iniziative, a nostro avviso, assolutamente inaccettabili. Infatti l'Istat si limita a considerare la persona come assolutamente povera se 'ha una spesa mensile per consumi pari o inferiore' a determinati importi, «ma non fornisce alcun elemento in merito al possesso di patrimoni immobiliari e mobiliari. Ad esempio le persone e i nuclei familiari possono avere redditi molto esigui, per cui sono considerati assolutamente poveri dall'Istat, mentre possono possedere una o più abitazioni non affittate e consistenti beni mobiliari (azioni, obbligazioni, ecc.)». Nello stesso articolo si tornava sulla fondamentale questione della corretta definizione della condizione economica dei cittadini. Per la tassazione, ma anche per circoscrivere ai veri bisognosi gli interventi socio-assistenziali. Si ricordava allora che «sul supplemento del Bollettino statistico della Banca d'Italia del 16 dicembre 2014 risultava che la ricchezza netta delle famiglie italiane nell'anno 2013 e cioè 'la somma di attività reali (abitazioni, terreni, ecc.) e di attività finanziarie (depositi, titoli, azioni, ecc.) al netto delle passività finanziarie (mutui, prestiti personali, ecc.) è risultata pari a 8.728,5 miliardi di euro».

Chi è «premiato» dalla politica. L'intervento più discutibile introdotto in materia fiscale negli ultimi anni è quello varato dal governo Conte 1 nel 2018: «Un regime forfettario molto favorevole che permette alle partite Iva di pagare un'aliquota fissa del 15% per chi ha un giro d'affari fino a 65mila euro e al 5% per i primi anni di attività. Il tutto sostituendo con un forfait in un colpo solo Iva, Irpef, Irap e anche

L'evasione fiscale di massa è il problema principale del sistema fiscale italiano, ampiamente studiato e discusso, ma poco contrastato in pratica

le addizionali comunali e regionali, senza fare differenza tra chi ha redditi netti molto diversi. (...) Il forfait, inoltre, discrimina anche all'interno della categoria degli autonomi (...) incentiva anche la trasformazione del lavoro dipendente in lavoro autonomo e la mancata fatturazione, cioè nuova evasione. Inoltre, deforma la concorrenza e, applicandosi al di sotto dei 65mila euro di ricavi, incentiva ancora le aziende a non crescere».

Gli autori osservano poi che le politiche fiscali rispondono – e in un sistema di "buona politica" non dovrebbe essere così – alle istanze e agli interessi di una singola categoria, per garantirsi il consenso: «Seppure il valore aggiunto dell'agricoltura raggiunge solo il 2% del totale – spiegano gli autori – gli agricoltori risultano circa 420mila, l'11% delle persone fisiche titolari di partita Iva, che insieme ai familiari rappresentano un consistente bacino elettorale che la politica tutta ritiene di dover privilegiare senza alcun motivo valido. (...) Le imprese agricole, oltre a contributi extratributari (...), beneficiano di un regime speciale di detrazione dell'Iva (...), nonché di un'accisa ridotta sul gasolio agricolo o dell'imposta di registro in misura fissa, solo per citare alcuni dei sostegni. Le nuove agevolazioni hanno determinato una riduzione della pressione tributaria sul settore di oltre un quarto e delle imposte sui redditi di impresa del 44%».

Infine, l'elefante nella stanza, che tutti fanno finta di non vedere: «L'evasione fiscale di massa è il problema principale del sistema fiscale italiano, ampiamente studiato e discusso, ma poco contrastato in pratica, salvo brevi intervalli temporali subito dimenticati o esorcizzati. Dell'evasione fiscale si sa tutto: a quanto ammonta, tra i 7 e gli 8 punti di Pil, poco meno del 20% del gettito fiscale e del 30% del gettito tributario, chi evade, chi evade di più e chi di meno, come l'evasione si distribuisce sul territorio, quanto gettito viene meno per le principali imposte. Se non si riesce ad affrontare in modo diretto e radicale il problema è per evidenti ragioni politiche e di consenso».

Legge non autosufficienza

I PERICOLI del Decreto

Legge 33, tutte le insidie del decreto attuativo. Vittoria del Cdsa, il Ministero della salute (e non le Politiche sociali) titolare su programmazione, valutazione e standard



Sped. in a.p., art. 2, comma 20/c, legge 662/96, filiale di Torino, n. 1, 2024, ISSN 1827-5257

RICOVERI

100 per 100 Sanità

Le sentenze che impongono il pagamento delle spese di ricovero a totale carico sanitario per i malati non autosufficienti

TASSE

Più evasione, meno servizi

Sgravi contributivi, bonus per i ricchi, incentivi ed evasione: fisco prosciugato e meno risorse per la sanità

AUTISMO

Aba, sentenza positiva al Tar

Per la prima volta in Piemonte, Asl costretta a finanziare le cure con il metodo dell'Analisi applicata del comportamento (Aba)

COMUNI

Non cure, ma politica

Le norme impongono ai Municipi di far emergere i bisogni e verificare il lavoro delle Asl, non di sostituirle (male)

MINORI

Adozione aperta a giudizio

Giudizio della Corte costituzionale sul mantenimento delle relazioni tra minorenni adottati e famiglia di origine

Dal 1968, ininterrottamente, Prospettive è impegnata contro l'esclusione sociale di tutte le persone non in grado di rappresentarsi e difendersi da sè. Pubblica i documenti più significativi sui servizi sociali e sanitari e sulla formazione del personale, commenta leggi e normative, riferisce sulle iniziative del volontariato, del sindacato, degli operatori, delle associazioni e dei famigliari dei malati e delle persone con disabilità.

Abbonati ora

PROSPETTIVE

PROSPETTIVE

I nostri diritti sanitari e sociali

222
giugno
aprile 2022



Appello

Legge 33, c'è chi dice NO

Giuristi e medici critici sulla legge non autosufficienza: «Non abbandonare il terreno sicuro dei Lea e del Ssn per le cure di lunga durata agli anziani malati». Si alla difesa dell'indennità di accompagnamento e al riconoscimento sanitario delle cure domiciliari di lunga durata prestate da familiari e assistenti personali

DIRITTI Garanzie nei Lea, non nei LepS	SANITÀ Sono malati, vanno curati	CURE A CASA Nessuna tutela della legge 33	STRUMENTI Botte e risposta con i fan della legge	INTERVISTA «Come ho avuto le cure»
--	--	---	--	--

PROSPETTIVE

I nostri diritti sanitari e sociali

224
giugno
dicembre 2022



Non autosufficienti

Non sono VITE di SCARTO

Incontro nazionale del Coordinamento per il diritto alla sanità dei malati non autosufficienti: «Diritto alle cure e qualità nelle Rsa, una battaglia di dignità». Cure domiciliari, prosegue l'impegno a salvare i Lea dalla legge 33 sulla non autosufficienza

DOMICILIO Adf potenziata, proposta CdaS	SENTENZE Difesa del Ssn per tutti i malati	OSPEDALE Allarme Pronto soccorso	DIRITTI Suicidio assistito, prime crepe	ADOZIONE Quarant'anni dalla legge 184
---	--	--	---	---

PROSPETTIVE

I nostri diritti sanitari e sociali

223
giugno
settembre 2022



Disabilità

«Così ho garantito un FUTURO a mio figlio»

La storia di Attilio che oggi vive in comunità alloggio, e di sua mamma Mina. La vita fuori casa per le persone con disabilità, senza aspettare il «dopo di noi»

LEGGE 33 Decreti: l'allarme dei Comuni	PNRR La bufalda delle Cure di comunità	DIRITTI Cure neglate, come difendersi	ISEE Dieci anni di violazioni	ANNIVERSARIO FPS: 20 anni di tutela dei deboli
--	--	---	---	--

Abbonamenti

Annuale (4 numeri + copia digitale in omaggio): **50 euro** (sostenitore 70 euro; promozionale 100 euro; per i Soci delle organizzazioni aderenti al Csa 40 euro).

Abbonati subito su www.prospettiverivista.it alla pagina abbonamenti inserendo il tuo recapito e la tua mail in pochi click.
Copia singola 15 euro

Per informazioni e indicazioni scrivere a info@prospettiverivista.it o chiamare il numero 345.6749838

Puoi effettuare il pagamento:

Con carta di debito/credito o PayPal   

Sul conto corrente postale n. 25454109 intestato a:
Unione per la promozione sociale - via Artisti, 36 - 10124 Torino
Iban: IT49S076010100000025454109

Con bonifico bancario, intestato a:
Unione per la promozione sociale
Iban: IT39Y0200801058000002228088
(Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).

Indicare SEMPRE nella causale nome, cognome indirizzo e mail.

Quale ruolo dei Comuni nella cura dei malati cronici non autosufficienti

La divisione delle competenze tra ambito socio-assistenziale (comunale) e sanitario (statale e regionale) è chiara nelle norme fondamentali dei rispettivi settori. Molto meno nelle delibere e nei regolamenti dei singoli enti, con gravi effetti di negazione dei diritti ai malati cronici non autosufficienti. E se i Comuni tornassero a «fare il loro», anziché supplire – male – alle ingiustizie della sanità?

Antonio Colonna

Con questo articolo si intende approfondire il dibattito sul ruolo della Sanità e su quello del Sociale nell'ambito dei servizi socio sanitari rivolti ai malati cronici non autosufficienti, con particolare attenzione al ruolo dei Comuni e dei Sindaci.

L'intento è di valutare i provvedimenti normativi che hanno introdotto gli interventi socio sanitari nell'ambito della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, facendo attenzione alle motivazioni che li hanno promossi. La tesi che si propone vede il prevalere di motivazioni economiche e di risparmio sulla spesa sanitaria rispetto a quelle volte a migliorare la qualità dei servizi a favore dei cittadini. Ma oltre alle motivazioni si ritiene importante considerare come questi sono stati attuati per quanto concerne

gli strumenti della programmazione e del governo dei servizi, con particolare riferimento al ruolo degli enti locali e dei Sindaci.

Per quanti hanno seguito la storia dei servizi è noto il processo di trasferimento delle competenze dalla Sanità al Sociale e quindi ai Comuni.

Per un maggiore approfondimento vediamo il ruolo che hanno nella nostra normativa i servizi sociali e quindi i Comuni e quello attribuito al Servizio sanitario.

Se leggiamo le norme che definiscono le funzioni in capo ai Comuni, queste sono rivolte soprattutto alla promozione della qualità della vita dei cittadini, puntando sulla rimozione di cause personali che rischiano di determinare condizioni di isolamento, emarginazione ed esclusione dalla vita sociale. Gli strumenti che vengono maggiormente utilizzati sono relativi alla promozione di attività di inclusione sociale, favorendo processi di socializzazione, d'incontro e di superamento di barriere oggettive, quali quelle economiche, architettoniche e di mobilità, e barriere soggettive di chiusura ed isolamento per dif-

Assistiamo da anni ad un trasferimento di competenze dalla Sanità al Sociale, e quindi ai Comuni, motivato dai vincoli di spesa e non in linea con la Costituzione

ficoltà di socializzazione e relazione.

Se leggiamo le norme che definiscono le funzioni del Servizio Sanitario si ribadisce che la Sanità è un servizio che deriva essenzialmente dal concetto di salute.

I cittadini hanno diritto alle cure e alla tutela della salute a prescindere dalle loro condizioni sociali ed economiche. Le prestazioni sanitarie di cura, sia di base che specialistiche, sono lo strumento che assicura il diritto alla salute per i cittadini.

Vediamo in dettaglio le normative che definiscono il Sociale e il Sanitario.

Le norme. L'articolo 38 del titolo III della Costituzione relativo alle norme dei rapporti economici recita che: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria».

L'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 afferma che: «Ai sensi del presente decreto legislativo, per 'servizi sociali' si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni 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».

L'articolo 1 della legge 328/2000 stabilisce che: «1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e con-

dizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le

Le norme che regolano il Servizio sanitario sanciscono che i cittadini hanno diritto alle cure e alla tutela della salute a prescindere dalle loro condizioni sociali ed economiche

attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali».

L'articolo 32 del titolo II della Costituzione relativo alle norme etico-sociali afferma che: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

L'articolo 1 della legge 833/78 recita che: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. 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».

Dalla lettura di queste norme fondamentali si evince che vi è una chiara distinzione tra

sociale e sanitario, tant'è che la legge 328 cita l'articolo 38 della Costituzione ma non l'articolo 32. Sono anche chiare le suddivisioni delle funzioni tra quelle sanitarie in capo al servizio sanitario nazionale e quelle sociali in capo ai Comuni.

Titolo V e socio-sanitario. Questo impianto è rimasto confermato anche a seguito della modifica del titolo V della Costituzione con il decentramento delle funzioni dallo Stato alle Regioni. I provvedimenti che hanno determi-

all'articolo 30, recita testualmente: «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».

I Comuni devono svolgere prestazioni di promozione di attività di inclusione sociale, d'incontro e di superamento di barriere oggettive, quali quelle economiche e di isolamento

nato una sovrapposizione dei concetti, delle relative funzioni e competenze sono quelli che hanno introdotto l'area del socio-sanitario. Con questi provvedimenti si è avallata la tesi che negli interventi di tutela della salute non sono solo presenti prestazioni sanitarie ma anche sociali e quindi vanno evidenziate per una corretta suddivisione della spesa tra i titolari delle funzioni.

Per un maggiore approfondimento dell'argomento si richiama l'articolo di Mauro Perino: "Il diritto all'assistenza sociale e socio-sanitaria a vent'anni dall'approvazione della legge quadro n. 328/2000 (seconda parte)" pubblicato sul n. 212, ottobre-dicembre 2020 della rivista *Prospettive assistenziali*.

Nell'articolo si critica la legge 328, ritenendo che sia suo obiettivo «strumentalizzare il concetto dell'integrazione socio-sanitaria, utilizzando il comparto socio-assistenziale come 'cavallo di Troia' per ridimensionare il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale».

È dirimente leggere che pochi anni dopo l'approvazione della legge 833 si era già provveduto al ridimensionamento del sistema universalistico di protezione della salute con la legge n. 730/1983 (legge finanziaria 1984) che,

A definire la nuova tipologia di attività interviene il cosiddetto decreto Craxi del 1985: «Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27

dicembre 1983, n. 730 sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi e produrre effetti» queste attività vengono fatte gravare sul Fondo sanitario nazionale, mentre viene stabilito che «non rientrano tra attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino».

In questo modo salta il principio di unitarietà della cura e di conseguenza di integrità della persona e si introduce quello dove vengono spezzettate nelle singole prestazioni sanitarie o assistenziali.

A partire da questa impostazione sono stati assunti provvedimenti successivi quali: la legge Bindi o «riforma sanitaria ter» del 1999; la legge 328 del 2000, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"; il decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre

2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” e la successiva modifica del 2017. Per i malati cronici non autosufficienti quali anziani, disabili, affetti da patologie psichiatriche, degli affetti da Hiv, con questi provvedimenti si è sempre più teso a promuovere l’uscita dalle prestazioni sanitarie di interventi di cura che verranno individuati di competenza socio assistenziale. Si veda la partita della retta alberghiera nelle strutture e dell’assistenza domiciliare.

Come scrive chiaramente Mauro Perino nel suo articolo: «Il problema non è la (impossibile) distinzione tra ciò che è assistenza e ciò che è sanità sul piano della praticità operativa, ma il costo delle prestazioni, e che il Governo ha adottato la scelta – tutta politica – di non porre gli oneri delle stesse ad intero carico della sanità, ma solamente per una percentuale convenzionalmente determinata».

In questo modo: «Si realizza una tripartizione della spesa: una quota a carico della sanità; una a carico dell’utente e/o a carico dei servizi socio-assistenziali dei comuni ad integrazione o a totale copertura della spesa per gli indigenti. Il tutto a beneficio dei bilanci sanitari sui quali, precedentemente, gravava la totalità della spesa e a danno degli utenti poiché la qualità delle prestazioni sanitarie è inferiore nell’ambito socio-sanitario e pressoché in tutti i casi, l’intervento socio-assistenziale è esclusivamente di ordine economico (integrazione della quota di retta corrisposta dall’utente) e mai di prestazioni o di professionalità, che peraltro sarebbero quasi sempre inutili, avendo gli utenti bisogni sanitari e non assistenziali, ovvero necessità di cure e non di interventi di mantenimento o assistenza sociale in quanto sprovvisti dei mezzi per vivere». Il problema è che negli anni è aumentata la forbice della quota a carico degli utenti o dei Comuni mentre si è ridotta quella a carico della sanità.

La conseguenza è la forte riduzione dei servizi per la popolazione la quale è costretta a spendere di tasca propria per accedere alle prestazioni di cura e al ricovero nelle strutture residenziali. Sono situazioni insostenibili, nelle quali il ricoverato non è riconosciuto come malato e che provocano

impoverimento diffuso e, spesso, casi di vera e propria miseria.

Il ruolo dei Comuni. Per uscire da questa situazione di profonda crisi occorre interrogarsi sulle cause reali che hanno portato a questa realtà. Una causa che rimane sempre in ombra nel dibattito riguarda il ruolo della politica e dei partiti, delle pubbliche amministrazioni e dei Sindaci.

Se proviamo ad esaminare più da vicino come si sono mossi gli attori sopra citati nel determinare le scelte politiche e di programmazione e l’assunzione dei provvedimenti normativi relativi al settore sanitario in particolare e anche a quello sociale, possiamo osservare una insufficiente attenzione e coinvolgimento della politica nel farsi carico pienamente e con la dovuta responsabilità di provvedimenti fondamentali per la vita dei propri cittadini e dell’attuazione dei principi fondamentali contenuti nella nostra Costituzione.

Sicuramente possiamo affermare che la priorità della politica è sempre stata quella del contenimento della spesa pubblica e della salvaguardia dei bilanci. Ma non si spiega come siano stati coinvolti anche in questa prospettiva gli amministratori locali e i sindaci i quali non hanno posto degli argini alla continua erosione di risorse dagli Enti locali

Il Programma delle attività territoriali del distretto, comprese quelle socio-sanitarie, deve passare dal parere del Comitato dei Sindaci di distretto

a favore della Sanità, come se con il gioco delle tre carte e con il nascondere la sabbia sotto il tappeto si potesse garantire un reale contenimento della spesa pubblica. Sia che parliamo di Sanità, di enti locali o di altre amministrazioni pubbliche sempre ci riferiamo al bilancio statale e non paga certamente la logica della concorrenza fra le diverse articolazioni dello Stato. Questo fenomeno lo si può ben comprendere leggendo i provvedimenti normativi sopra citati.

Prendiamo ad esempio la cosiddetta legge

Bindi o «riforma sanitaria ter» del 1999. Questa legge oltre a definire le attività sociosanitarie conferma il ruolo dei distretti quali articolazioni delle Asl che devono garantire l'assistenza territoriale e che devono essere governati dal Comitato dei Sindaci dei comuni che compongono quel distretto.

La legge assegna al comitato dei Sindaci queste funzioni:

«Art.3-quater (Distretto).

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite

I Comuni devono dare parere obbligatorio sulla proposta di attività territoriali-distrettuali dell'Asl e diffusione dell'informazione sui servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

ite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. **Il Programma delle attività territoriali**, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinquies*;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è

approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali».

La storia dei servizi ci dice che si è preso seriamente in considerazione l'applicazione della legge relativamente agli articoli riguardanti l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e dell'integrazione sociosanitaria, con particolare attenzione alla divisione della spesa tra Asl e Comuni. Non hanno invece avuto sostanziale applicazione gli articoli relativi al funzionamento dei distretti e all'attuazione dei programmi delle attività territoriali con il coinvolgimento dei comitati dei Sindaci.

La domanda che sorge spontanea è il perché di questa rimozione da parte degli amministratori e dei tecnici che avevano e hanno tutt'ora la responsabilità di attuarla, tenuto conto che le Regioni hanno anche provveduto ad adottare le normative per la sua applicazione. Ad esempio la Regione Piemonte ha provveduto con la legge regionale 18 del 2007, con l'adozione del programma delle attività territoriali nel 2015 e con il Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale nel 2022.

In questi provvedimenti leggiamo che il programma di attività territoriale (PAT) nella definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, rappresenta l'ambito d'integrazione fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali gestiti dai Comuni singoli o associati.

In particolare, sulla base dell'art. 3-quater citato, stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le Amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del **parere obbligatorio** sulla proposta, formulata dai Direttori del Distret-

to, relativa al Programma delle **attività territoriali-distrettuali**;

- l'espressione del **parere obbligatorio**, limitatamente alle **attività socio-sanitarie**, sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;

- la **diffusione dell'informazione** sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

In sostanza le autonomie locali dovrebbero concretamente concorrere alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla valutazione dei risultati conseguiti.

D'altronde, quanto prescritto dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, la 833 del 1978, è cioè che in esso «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», vale sia in un senso che nell'altro. Come obbligo della sanità di fare da riferimento indiscutibile e primo attore chiamato in causa dalle condizioni di bisogno per malattia, ma anche come dovere dei Comuni di sollecitare e pretendere collegamento e coordinamento con il Servizio sanitario

Delega in bianco. È fondamentale fare chiarezza sui poteri e sul ruolo dei Sindaci, della Regione e dei Direttori generali delle Asl sul funzionamento dei servizi sanitari, della loro programmazione e gestione, per potere garantire effettivamente il diritto alla salute ai cittadini.

Occorre interrogarsi sul perché non sia stato esercitato questo ruolo e sul perché vi sia stata una sostanziale delega in bianco sulla programmazione e gestione delle aziende sanitarie ai direttori generali e alle regioni.

È evidente che una ragione sia da ricercare nello scarso interesse della politica a livello territoriale su questi temi. Una sorta di pacata accettazione della necessità di adottare il modello aziendale per le unità sanitarie

locali e di sentirsi subalterni al ruolo del direttore generale, dimenticandosi che il loro compito era ed è quello di tutelare la salute dei propri cittadini.

La conseguenza del venire meno al ruolo dei Sindaci ha concorso a determinare la mancanza di certezza per i cittadini nell'avere i servizi essenziali garantiti per legge.

Ad esempio le persone vengono poste in lista

I Comuni dovrebbero concretamente concorrere alla programmazione sanitaria, non allontanare le persone dalle prestazioni sanitarie che spettano loro per diritto

di attesa senza una data certa per l'attivazione degli interventi, determinando il mancato rispetto degli obblighi amministrativi volti ad assicurare l'esigibilità del diritto stesso. Liste di attesa che negano il diritto alla cura di persone malate croniche non autosufficienti dichiarate tali dalle commissioni di valutazione. In realtà le liste di attesa sono il principale strumento di contenimento della spesa sanitaria e del rispetto del budget previsto nel bilancio dell'Asl. Il medico responsabile e il direttore di Distretto in questo modo operano nel rispetto delle indicazioni dell'Amministrazione ma non nel rispetto del diritto alla salute dei propri pazienti.

Inoltre se analizziamo i criteri con i quali la programmazione sanitaria stabilisce la distribuzione dei posti letto nelle aziende ospedaliere, nelle Case di cura o nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), se guardiamo al come vengono distribuiti i servizi territoriali nei distretti, scopriamo che la priorità non viene data alla necessità della popolazione di avere servizi nel proprio territorio di residenza e facilmente accessibili, ma a criteri di gestione finanziaria, di redditività ed economicità che muovono gli interessi in particolare dell'impresa privata.

Quanto sopra pone in evidenza l'importanza che i Sindaci intervengano sulla programmazione sanitaria, sul controllo della spesa e su come vengono garantiti i servizi ai cittadini.

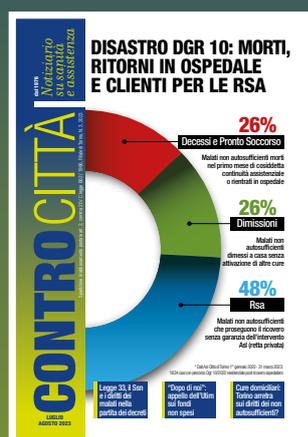
Il loro intervento dovrebbe essere una richiesta di tutte le associazioni e realtà sociali che si occupano dei malati cronici non autosufficienti. In questo modo si avrebbero reali condizioni per tutelare il loro diritto alla salute.

Abbonati a CONTRO CITTÀ

Notiziario su sanità e assistenza

Abbonamento annuale **20 euro**
(sostenitore 50)

decorrenza 1° gennaio – 31 dicembre



Abbonati sul nuovo sito www.controcitta.it
info@controcitta.it - 389.4352479

Pagamento digitale
Carta di credito, PayPal

Bonifico Bancario

Iban IT 39 Y 02008 01058 000002228088
intestato a **Unione per la promozione sociale**

Oppure paga ora con bollettino postale conto corrente
n. **25454109**

intestato a **Unione per la promozione sociale**

Gli insegnamenti della legge 833 del 1978 e la partecipazione dei cittadini ai percorsi di cura

L'aziendalizzazione e l'apertura ai privati nel Servizio sanitario risalgono agli anni Novanta del Novecento; l'alternativa dei comitati per il diritto alla salute, che rivendicano la tutela della salute come diritto fondamentale e non benevola concessione dell'istituzione

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale il 23 dicembre 1978, n. 833 definiva l'avvio di un'organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale che affrontava il tema della salute della popolazione e delle risposte programmate da parte del Ssn in modo universale e quindi adeguato ai bisogni di tutti/e i/le cittadini/e. La legge sanciva che la cura sanitaria doveva essere gratuita per tutti/e i/le cittadini/e e basata sulla fiscalità generale.

Principi ed obiettivi della Legge 833. Questi alcuni principi previsti dalla legge di riforma sanitaria del 1978:

-La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

-La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

-L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Tra gli obiettivi che riguardano la salute individuale e collettiva (educazione sanitaria, prevenzione delle malattie e degli infortuni in ambito di vita e di lavoro, il superamento delle differenze nelle condizioni socio-sanitarie tra le varie regioni, tutela della maternità e infanzia, promozioni di scelte responsabili e consapevoli di procreazione, tutela della salute mentale, ecc.) la legge prevedeva la tutela della salute degli anziani, «anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Negli anni tutto questo è stato drasticamente eliminato per dare spazio ad una organizzazione che si basa sul privato, che ha generato una forte disegualianza tra chi può curarsi, pagando le cure e chi non può. Come scrive Ivan Cavicchi: «Le leggi di controriforma sono due: quella che ha istituito le aziende sostituendo le USL (D. Lgs. 502/1992) e quella che ha istituito la "seconda gamba" cioè la possibilità di affiancare alla sanità pubblica forme private di tutele (D. Lgs. 229/1999) per surrogare anche se in parte la sanità pubblica. Entrambi esprimono una scelta politica di fondo: trasformare

il diritto alla salute come diritto fondamentale quindi diritto assoluto non negoziabile facendolo diventare un diritto potestativo (cioè un diritto comunque subordinato alla volontà e alla disponibilità di qualcuno)».

La rinascita dei comitati dei cittadini attraverso gli sportelli salute.

La partecipazione delle persone, dei cittadini, delle associazioni degli utenti e dei familiari, dei comitati è basilare in sanità e per la difesa delle condizioni di salute. Come cittadini/e, dobbiamo partecipare attivamente alla definizione delle politiche sanitarie, tenendo conto delle esigenze della popolazione. In Lombardia e in alcune altre Regioni, sono nati durante la pandemia dei Coordinamenti in difesa della salute. Coordinamenti costituiti da Associazioni come Medicina Democratica e da comitati nati spontaneamente nel territorio che oltre a denunciare la grave carenza di risposte sanitarie sia a livello ospedaliero che territoriale (chiusura di reparti, riduzione della Guardia Medica, gestione esternalizzata di alcuni Pronto Soccorsi, riduzione del personale, medici e infermieri a gettone, turni inadeguati, ecc.) hanno costituito degli sportelli informativi e di aiuto a cittadini/e contro i tempi di attesa inaccettabili, per ricoveri e prestazioni ambulatoriali, per far valere i propri diritti alle cure in tempi adeguati. Infine il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha previsto 18,5 miliardi per interventi nel settore della salute, che riguardano l'attuazione di reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Tra gli interventi per l'assistenza sanitaria territoriale è prevista l'apertura di almeno 1350 Case della Comunità entro il 2026 che a tutt'oggi stentano a partire, manca il personale e le risorse necessarie, molti Consultori sono stati chiusi, così come altri Servizi per la salute mentale, per le tossicodipendenze.

Le Case della Comunità così come le Case della Salute (Patto per la Salute, 2016) sono una buona prospettiva perché possono rappresentare quel punto di riferimento nel territorio dove il cittadino trova le risposte sanitarie e socio sanitarie, con la presa in carico globale della persona.

Corte Costituzionale e adozione aperta. Opportunità e rischi

Giudizio delicatissimo della Corte costituzionale sul caso del mantenimento delle relazioni tra minorenni adottati e componenti della famiglia di origine. Va comunque preservato «il preminente interesse» del minore adottato e il benessere della famiglia adottante

Dante Ghezzi
psicologo e psicoterapeuta, Centro Tiama - Milano

Con la sentenza n. 183/2023, la Corte Costituzionale ha respinto le eccezioni di costituzionalità che aveva sollevato la Corte di Cassazione sull'art. 27 della Legge n. 184/1983 che dispone: «con l'adozione cessano i rapporti dell'adottato verso la famiglia d'origine, salvo i divieti matrimoniali». Con una sentenza interpretativa, la Corte Costituzionale ha affermato la legittimità dell'adozione «piena» quando sussiste lo stato di adottabilità del minore, ritenendo possibile, in casi eccezionali, che il giudice accerti che «la prosecuzione di significative, positive e consolidate relazioni socioaffettive con componenti della famiglia di origine realizzi il migliore interesse del minore e, per converso, la loro interruzione sia tale da poter cagionare allo stesso un pregiudizio». Con il termine adozioni «aperte» ci riferiamo a quelle «piene» che producono l'effetto indicato dall'articolo 27 della legge n. 184 del 1983 di cessazione dei rapporti giuridici tra il minore e la famiglia d'origine, ma che possono prevedere il mantenimento di un legame di fatto con una o più persone della famiglia biologica.

Le adozioni aperte non sono una novità: il Tribunale per i minorenni di Roma già nel 1988 si era pronunciato in merito, poi negli anni 2000 ci sono state alcune sentenze dei Tribunali per i minorenni di Bologna, di Milano e poi anche in anni più recenti: le adozioni aperte si facevano, seppur con orientamenti diversificati secondo ciascun tribunale e secondo alcune interpretazioni giurisprudenziali contrarie alla fattibilità di queste adozioni.

La Corte Costituzionale in più punti della sentenza, sostiene però la presunzione - nell'interesse dei minori adottati - che ci sia una rottura dei rapporti con la famiglia d'origine: essi sono stati dichiarati in stato di adottabilità in quanto è stata accertata la sua «situazione di abbandono perché privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio». Le adozioni «piene», che producono l'inserimento del bambino all'interno della famiglia adottiva come figlio, nella maggioranza dei casi, richiedono nell'interesse dei minori non solo la rottura dei rapporti giuridici, ma anche di quelli di fatto; questo è importante sottolinearlo, ancora una volta e viene sostenuto espressamente nella sentenza.

Sul tema pubblichiamo l'articolo di Dante Ghezzi.

La sentenza 183 del 2023 della Corte costituzionale, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 4 ottobre 2023, valida il terzo comma dell'articolo 27 della legge 184 del 1983 sulla cessazione dei rapporti con la famiglia originaria

che recita: «Con l'adozione cessano i rapporti dell'adottato verso la famiglia di origine, salvo i divieti matrimoniali». La pronuncia è stata determinata dall'impugnazione di una decisione della Corte d'Appello di Milano che, mentre dichiara l'adottabilità di due mi-

norì fratelli per stato di abbandono, sancisce la possibilità per i due minori di conservare relazioni con la nonna materna e con alcuni familiari del ramo paterno. La ragione di una simile apertura sorgerebbe dal ritenere il preminente interesse del minore ormai divenuto, dopo prese di posizione della Corte Europea dei diritti dell'uomo, «il metodo di valutazione delle scelte più adeguate per il suo sviluppo psicofisico».

Nel caso specifico, la Corte costituzionale, pur respingendo la tesi di incostituzionalità del terzo comma dell'articolo 27 esaminato, e quindi confermandone il senso e il valore, ha ritenuto che il mantenimento di alcune delle relazioni con la parentela di origine possa costituire, in certe circostanze, beneficio per il minore adottato. Spaziando nel diritto internazionale e in riferimento agli orientamenti della Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu), la Corte Costituzionale sostiene il diritto alla identità del soggetto adottivo, il diritto al riconoscimento della sua storia e all'accesso alla stessa, il diritto alla continuità degli affetti valutandone gli eventuali benefici.

Seppure in termini generali, questi pronunciamenti introducono riflessioni nuove e aprono orizzonti inesplorati, sempre da fondare sul concetto di «preminente interesse del minore». Ciò suscita interrogativi in quanto la riaffermazione della correttezza del “taglio” con le relazioni precedenti all'adozione, di cui tratta appunto l'articolo 27 della legge, si deve oggi misurare con l'opportunità del mantenimento, in certi casi, di alcune delle relazioni stesse; eventualmente sul livello affettivo e certamente non su quello giuridico.

Alcune considerazioni. Oggi, correttamente, l'adozione non è più vista con l'enfasi di una seconda nascita. Si nasce una volta sola, ce lo dice il nostro corpo con la sua crescita fisica, ce lo conferma il nostro irripetibile sviluppo psichico, mentre ugualmente lo attesta la continuità del nostro sé. L'adozione dei minori in situazione di «privazione di cure materiali e morali» è uno svincolo fondamentale, un evento necessario che ripristina condizioni di sicurezza e protezione e

La sentenza 183 dell'ottobre 2023 considera legittimo il mantenimento di rapporti affettivi e di frequentazione regolata dai servizi tra minorenne adottato e componenti della famiglia di origine. Un caso su cui riflettere

garantisce reali basi di salute. È il passaggio per riaprire alla vita e alla prospettiva di un nuovo benessere.

D'altra parte, se è vero che l'adozione potrà curare le ferite che gravi momenti di vita passata hanno provocato, è ormai acclarato che la storia precedente va tenuta in conto, non può essere né va cancellata: sia per permettere opportune riparazioni e cure, con una critica agli eventi negativi, sia per valorizzare gli eventuali aspetti benefici delle relazioni passate. Un figlio adottivo va accolto tutto intero, con la sua storia, anche se spesso dolorosa. Avere una storia riconosciuta è un diritto, il diritto alla propria unicità e alla propria integrità.

Pertanto, oggi va riconosciuto il diritto psicologico ai ricordi e, conseguentemente, alla possibilità per il figlio adottivo di essere ascoltato dai genitori adottivi qualora egli li rievochi, li racconti in senso positivo o negativo. L'ascolto viene prima di ogni commento o giudizio, è una esigenza umana, come ben sappiamo tutti quando soffriamo perché chi ci è vicino non sa capire e accogliere, con le nostre parole, le nostre esigenze o richieste affettive. Spesso, invece, l'ascolto non trova sufficiente spazio di realizzazione. Solo dall'ascolto paziente e accogliente può nascere poi la disponibilità ad aiutare i figli adottivi a fare i conti con il passato: perché essi possano comprendere, quando possibile, le ragioni degli accadimenti dolorosi, possano curare le ferite, attenuare i pesi, mitigare gli eventuali sensi di colpa. Se il figlio adottivo non trova disponibile e paziente ascolto egli capirà che di alcuni temi non può parlare, per non ferire la sensibilità dei genitori; ma sarà un danno. Insieme all'ascolto, a seconda dell'età e della capacità di comprensione, resta doveroso per i genitori adottivi – è il caso di ricordarlo – che loro

stessi raccontino al figlio ciò che sanno della sua storia, secondo il criterio di «verità narabile» ancora valido, che Donatella Giudi ha enunciato tempo fa.

Entriamo nel merito del pronunciamento della Corte costituzionale. Nel testo della riflessione della Corte viene affermata la possibilità o addirittura l'opportunità, in casi specifici, chiaramente non come criterio generale, che venga considerata positiva e utile la conservazione di rapporti con parti della famiglia originaria. Secondo le argomentazioni che vengono esposte e che precedono la formulazione della sentenza, questa opportunità può essere presa in considerazione esclusivamente se si ritiene benefica per il minore adottivo. Nelle argomentazioni della sentenza vengono richiamati importanti temi quali: il diritto alla continuità degli affetti, l'ascolto del minore, il rispetto della sua identità e, non ultimo, la considerazione dei compiti dei servizi sociali nell'applicazione delle decisioni del giudice.

Di questa comprensibile ma delicata scelta innovativa si possono esaminare criteri e limiti. Il ricorso all'adozione è di per sé scelta che indica la forte e sostanziale inidoneità dalla famiglia originaria ad accompagnare e tutelare il minore nella sua crescita. Nel testo del terzo comma dell'articolo 27 della legge 184/1983 si sottende che il mantenimento dei

I ricordi buoni fanno bene come tali, sono patrimonio affettivo intimo, indipendentemente dal dare origine a una ripresa o un mantenimento di rapporti.

La Corte afferma che se una nonna o uno zio, riteniamo meno credibilmente uno dei genitori, vengono visti non solo dal soggetto adottivo – che anzi va magari in certi casi protetto dal desiderio di mantenere relazioni rischiose – ma in primis da chi ne ha il compito di protezione e tutela.

Il tema va considerato. Tocca quindi al giudice, in sinergia di riflessione con i servizi socio-psico-pedagogici, la possibilità di discutere della questione. «Discutere» perché bisogna arrivare alla ragionevole certezza che, in quel singolo e determinato caso, il mantenimento di rapporti danneggi o comprometta il futuro di vita del minore; che cioè, invece, il mantenimento di specifici rapporti sia, se non necessario, credibilmente molto vantaggioso.

Non si tratta, quindi, di andare alla ricerca di connessioni affettive da conservare, ma al contrario, in situazioni dove risulta evidente che questo mantenimento possa essere utile, arrivare all'opportunità di discuterne per valutare la scelta più corretta nell'interesse del minore. La Corte individua nei servizi le competenze per gestire tempi e modi con cui monitorare il mantenimento di alcune relazioni e dà indicazioni che riguardano anche il compito di vigilanza sulla correttezza delle operazioni.

Rischi da evitare. Deve essere chiaro che in ogni situazione in cui il giudice prevede la conservazione di uno o più rapporti del minore che va in adozione con figure significativamente affettive, la

famiglia adottiva vada informata, anzi debba garantire il suo preventivo consenso. Di fronte all'opportunità di mantenere contatti con una nonna o uno zio del gruppo originario, prima di perfezionare l'abbinamento la famiglia deve sapere e accettare questo onere che non è certamente a costo zero. Non si può, cioè, rischiare di porre la famiglia adottiva di fronte a un compito impegnativo e impreveduto senza un accordo. E non si dovrebbe neppure inferire una sorta di ini-

Non si tratta di cercare a tutti i costi connessioni affettive da conservare, ma di valutare la scelta più corretta nell'interesse del minore, compreso il mantenimento di alcuni rapporti con la famiglia di origine

rapporti dopo l'adozione penalizzerebbe gravemente il futuro dell'adottato. Viene quindi riaffermata la legittimità e il senso della rescissione dei precedenti rapporti, affettivi e giuridici.

Il fatto che il minore adottivo abbia ricordi positivi di una o più figure della famiglia originaria non comporta di per sé alcuna opportunità di mantenimento dei contatti. Si tratta di una ricchezza personale, interiore.

doneità generale se una coppia genitoriale candidata onestamente segnala di non sentirsi in grado di confrontarsi con un simile impegnativo compito.

Un tema importante è quello della garanzia che la decisione del mantenimento di singoli rapporti non apra ad altre connessioni dannose. Molto grave sarebbe venisse favorita, anche involontariamente, la ripresa di contatti furtivi oppure il deleterio coinvolgimento in dinamiche passate o attuali di quelle figure della famiglia di origine che restano opportunamente e nettamente escluse dai contatti. Simili circostanze avrebbero sempre un effetto turbativo, riportando il minore proprio nelle dinamiche perniciose da cui la scelta adottiva lo ha voluto allontanare. È questo un punto dirimente. Si può dire che, se si ritiene che il mantenimento di alcune specifiche relazioni affettive dia vantaggi al minore che va in adozione, va con cura considerato il rischio che questo puntuale e contenuto mantenimento di contatti possa dare adito a impropri allargamenti. Occorre pensare, prevedere, proporre garanzie che riducano al minimo i rischi. Proviamo ad esaminare una concreta situazione verificatasi recentemente.

Il caso di Pietro e di nonna Margherita. Pietro ha otto anni quando entra nella famiglia adottiva prescelta dal Tribunale per i Minorenni, dove incontra insieme a due genitori accoglienti anche due nuove sorelle più grandi di lui di tre e cinque anni. Viene da una storia molto dolorosa, con un padre violento e per lunghi periodi latitante e con una madre che lo ha partorito giovanissima, fortemente trascurante, paziente psichiatrica non disponibile alle cure. Pietro, che ricorda i litigi e le percosse tra i genitori, come le sue conseguenti fughe verso una ospitale vicina di casa, da tre anni vive in comunità, mentre i genitori, Massimo e Marinella, non approfittano neppure degli spazi neutri per incontrare il figlio. L'unico legame affettivo stabile e rassicurante è sempre stato per Pietro quello con la nonna materna Margherita, che prima dell'ingresso in comunità lo aveva per più periodi ospitato per proteggerlo dalla situazione familiare troppo aspra. Il

Tribunale per i minorenni ha stabilito che il rapporto di Pietro con la nonna Margherita andasse preservato, come unico residuo positivo delle precedenti relazioni, in quanto certamente benefico e consono all'interesse del minore. La famiglia adottiva, dopo una iniziale titubanza, ha accolto l'indicazione del Tribunale. Concretamente, sotto la vigilanza dei servizi sociali, dopo il primo periodo di avvio dell'adozione, i nuovi genitori conoscono la nonna Margherita che Pietro incontra un pomeriggio ogni tre mesi, con

Le relazioni tra adottato e componenti della famiglia di origine vanno gestite, monitorate, controllate dai servizi a garanzia del perdurare del beneficio che deriva al minore dal mantenimento dei rapporti affettivi

la possibilità di stare con lei per qualche ora presso i servizi e di andare anche a passeggiare con lei. Per circa un anno tutto si svolge regolarmente e Pietro pare trarre beneficio da questi incontri, di cui riferisce seppure stringatamente ai genitori adottivi e soprattutto alla sorella maggiore. Il servizio sociale ha un accordo esplicito sul riserbo che va mantenuto dalla nonna verso tutto il resto della famiglia originaria, riserbo che la nonna rispetta scrupolosamente.

Purtroppo, qualcosa arriva a turbare questo positivo svolgimento. Solitamente Pietro non pone domande riguardanti i suoi genitori biologici: mai sul padre, raramente sulla madre. La nonna risponde sempre di non preoccuparsi, con un generico «va tutto bene». Ma dopo un paio d'anni dall'adozione succede un fatto che nonna Margherita non sa tenere per sé. Durante una delle visite, alla domanda di Pietro sulla salute della mamma Marinella la nonna si lascia sfuggire che la stessa ha avuto un altro bambino. Allo stupore e alla preoccupazione di Pietro la nonna risponde con un messaggio che vorrebbe essere rassicurante: la mamma Marinella sta bene, si è curata e in casa sono finiti i litigi. Pietro immediatamente commenta: «Allora oltre a due sorelle ho anche un fratello», poi si chiude in un preoccupato silenzio.

ADOZIONE E BAMBINI SENZA FAMIGLIA

*Il racconto delle iniziative dell'Anfaa
dalla fondazione ai cinquant'anni di attività*



Un volume raccoglie gli articoli di Francesco Santanera, fondatore dell'Anfaa, sulla tutela dei minori: una preziosa testimonianza sulla storia dell'adozione in Italia e la nascita di una cultura militante in opposizione ad ogni forma di emarginazione.

«La forza più potente dell'ANFAA si è manifestata a livello culturale, soprattutto come stile: la sua attività si è svolta fin da subito e continua a svolgersi a esclusivo titolo di volontariato. Un volontariato passato dall'ambito dell'erogazione dei servizi assistenziali all'ambito della promozione dei diritti. (...) Si trattava non solo di rendere effettivi i diritti dei bambini affermati dalle dichiarazioni e dai documenti internazionali, ma di concretizzare prioritariamente quello fondamentale: il diritto di vivere».
(Maria Teresa Pedrocco Biancardi)

In vendita su www.prospettiverivista.it

Per quale ragione questa nonna, così attenta a non voler turbare la vita del nipote, è uscita dal seminato e gli ha portato questa destabilizzante notizia? Perché non ha seguito la normale prudenza del riserbo a cui si era impegnata? I servizi sociali che seguono il caso se lo chiedono. Si tratta di una leggerezza o la nonna ha scientemente deciso di dare questa notizia? Nel primo caso si tratterebbe di un errore, di una deprecabile scivolata; nel secondo di un gesto di attacco, consapevole o meno, alla stabilità affettiva di Pietro e della sua nuova famiglia. Nella riflessione dopo questo incidente gli operatori del servizio sociale si interrogano e si chiedono come rimediare, dando aiuto a Pietro e alla famiglia adottiva che lo vede preoccupato riguardo alla tenuta della mamma Marinella di fronte al nuovo bambino. Devono anche decidere se mantenere le visite trimestrali della nonna a Pietro e, nell'incertezza, segnalano l'accaduto al giudice minorile.

Altri casi potremmo citare, in cui informazioni improprie o fuori tempo hanno causato danno a minori adottati. Si pensi a situazioni in cui al minore adottato giungano notizie sul presente ulteriore degrado delle condizioni della famiglia originaria. Ciò potrebbe causare dolorosi vissuti di impotenza o sensi di colpa nel paragonare il proprio benessere nella famiglia adottiva rispetto alle credibili sofferenze di chi «è rimasto là». Qualora informazioni improprie giungano casualmente o dalle facili ricerche che Internet oggi permette, potremmo solo rammaricarci senza saper porre rimedio. Ma se queste falle dipendessero da non ben ponderate previsioni o da insufficienti prudenze ci sarebbe di che preoccuparsi.

Riflessioni conclusive. Le nostre considerazioni portano ad affermare che resta valido e consolidato il criterio generale, espresso nel terzo comma dell'articolo 27 della legge sull'adozione, sul taglio dei rapporti con la famiglia originaria. Senso ha l'oculata apertura a variazioni solo nei casi, specifici e chiaramente motivati, in cui si avverte la

opportunità di discutere scelte alternative nell'interesse del minore. Ciò avverrà quando si ritenga che al minore adottivo dia benessere il mantenere specifiche relazioni di incontro, su base affettiva, con uno o alcuni determinati soggetti della sua vita preadottiva. Con dei criteri orientativi necessari. Queste relazioni perduranti vanno gestite, monitorate, controllate dai servizi a garanzia del perdurare del beneficio che deriva al minore dal mantenimento dei rapporti affettivi, assicurandosi che sia evitato ogni improprio coinvolgimento di altri soggetti. Infine, ci deve essere sicurezza che il parente della famiglia originaria assicuri il massimo riserbo ad evitare il passaggio al minore di notizie improprie o disturbanti.

Due osservazioni conclusive. In primis occorrerà un supplemento di riflessione ogni volta che non possa essere garantita la sicurezza di evitare incidenti causati da notizie perturbative. Non conviene correre il rischio che un bene si trasformi in un ostacolo a mantenere le condizioni di sufficiente serenità che la condizione adottiva permette. Sui piatti della bilancia andranno paragonati i vantaggi e i rischi, considerando che, in certe situazioni delicate della vita, a volte il meglio è nemico del bene. Secondariamente, in sviluppo di quanto ora affermato, occorrerà essere preventivamente consapevoli - giudici, operatori e la stessa famiglia adottiva informata - che la ragionevole e opportuna apertura al mantenimento di specifici rapporti con uno o più parenti biologici del minore adottivo comporta un necessario aggravio di responsabilità nei compiti di monitoraggio e vigilanza. Compiti che devono essere in questi casi maggiormente attenti e oculati, nell'intento di evitare quegli incidenti di percorso da contaminazione comunicativa a cui abbiamo precedentemente fatto riferimento.

La materia è controversa: non sono rari i casi in cui informazioni o stimoli impropri ricevuti dai componenti della famiglia di origine hanno causato sofferenze ai minorenni adottati, caricando di ulteriore pressione le famiglie adottive

Diritti

Malati non autosufficienti, tutti i casi in cui la degenza è gratuita «a vita»

Ricoveri di lunga durata a totale carico del Servizio sanitario

Avv. Maria Luisa Tezza

La più esaustiva panoramica delle norme e delle sentenze della giustizia ordinaria, amministrativa e costituzionale sui ricoveri coperti «per diritto del malato» al 100% dal Servizio sanitario, senza rette alberghiere e oneri per gli utenti non autosufficienti

1. Premessa. L'attenzione degli operatori del diritto al tema delle persone affette da malattie croniche non autosufficienti è relativamente recente. Possiamo infatti dire che a partire dalla fine degli anni '70 inizia un flusso di pronunce, dapprima da parte dei Giudici amministrativi e, successivamente, dei Giudici civili, che si interroga sulla qualificazione delle prestazioni che rispondono ai bisogni di questi malati, successivamente alla fase acuta, e ciò in funzione dell'accollo del relativo costo agli oneri dell'assistenza pubblica o privata (intendendo per tale l'utente e/o il nucleo familiare). La questione coinvolge una platea variegata di persone malate croniche, affette da patologie diverse, per lo più anziani affetti da demenza senile (accompagnate anche da altre patologie quali, ad esempio, ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie) ma anche persone che hanno un'età inferiore a 65 anni (dato anagrafico previsto anche dalla legge 33/2023) se affetti da forme di disabilità grave. I relativi bisogni – e, dunque, le prestazioni da erogare – attono all'ambito sia sanitario (cure mediche) sia sociale (es. sorveglianza, vitto, alloggio).

2. Il quadro normativo: il «vaso di Pandora» del d.P.C.M. 8 agosto 1985. La questione relativa alle cure di cui necessitano gli anziani malati cronici trova una prima risposta negli anni 50 quando il legislatore con la **L. n. 692/1955** (“Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia”) prevede (art. 3) che l'assistenza di malattia a favore dei pensionati «tuttavia spetta senza limiti di durata nei casi di malattie specifiche della vecchiaia». La prima riforma sanitaria - **L. n. 132/1968** (cd. “legge Mariotti”) - nel disciplinare l'assistenza ospedaliera prevedeva che ogni Ospedale generale provinciale avesse appositi reparti di ricovero di “geriatria e per ammalati lungodegenti” (art. 22) ed istituiva appositi «Ospedali per lungodegenti e convalescenti» (art. 25).

La successiva riforma sanitaria – **L. n. 833/1978** – (“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”) stabilisce l'erogazione gratuita delle prestazioni di carattere sanitario (definite nell'art. 1 come quelle «destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popo-

lazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali») in favore di tutti i cittadini e pone tra i propri «obiettivi» (art. 2, sub. 3), «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» con particolare attenzione alla «tutela della salute degli anziani» (art. 2, lett. f). L'art. 25 precisa, inoltre, che devono intender-

Negli Anni Ottanta inizia la distinzione tra prestazioni sanitarie e di altro genere, motivata con l'appropriatezza ma in realtà dettata dalla volontà di diminuire la spesa sanitaria

si «prestazioni di cura» le attività di assistenza non solo «medico-generica, specialistica, ospedaliera», ma anche «infermieristica e farmaceutica».

La conferma della competenza del SSN per le cure agli anziani malati cronici, è contenuta anche nell'art. 30 della **L. n. 730/1983** (“Legge finanziaria 1984”), che pone «a carico del Servizio Sanitario Nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socioassistenziali”. Senonché, se non vi era dubbio sull'accollo al SSN dei costi delle prestazioni rese nei reparti ospedalieri di lungodegenza, si poneva la questione dell'incertezza nei casi in cui dette prestazioni erano rese negli istituti di ricovero (in prevalenza IPAB). A chi competeva il relativo costo: alle neonate U.S.L. (competenti in materia sanitaria) o ai Comuni (competenti in materia di assistenza sociale)?

Ne nacque un contenzioso tra enti pubblici, alimentato dalla “legge Basaglia”, (L. n. 180/1978) che, con la chiusura dei cosiddetti «manicomi», lasciava aperto il problema dell'ente competente a far fronte agli oneri di assistenza per i «malati psichici» cronici. A risolvere l'interrogativo di finanza pubblica intervenne il **d.P.C.M. 8 agosto 1985** (“Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”).

L'articolo 1 chiariva che sono «attività di rilie-

vo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730», e perciò totalmente a carico del SSN, quelle che «richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti».

L'articolo 2 precisava che non rientrano tra queste «le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali» (e tra queste, «i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere meramente sostitutivi (...) dell'assistenza familiare») poste, pertanto, a carico dei Comuni. L'articolo 6 precisava quali attività, tra quelle svolte nel caso di «ricoveri in strutture protette (...) rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale» e, tra questi, in particolare, quelle volte «alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali», ed, altresì, quelle finalizzate «alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio» aggiun-

Eccolo qui, il vaso di Pandora, per cui praticamente ogni Regione iniziò a legiferare distinguendo fra «quota sanitaria» posta a carico del «fondo sanitario regionale» e «quota socio-alberghiera» a carico dell'utente. Per l'effetto, rimanevano gratuite (a carico del SSN) solo le prestazioni rivolte agli anziani malati cronici che erano indigenti e senza parenti obbligati agli alimenti.

Nella **Regione Veneto** venne così adottata la **L.R. n. 55/1982** che (art. 3, co. 7) delegava la Giunta a definire, per le «attività che richiedono personale e tipologie di intervento di servizi socioassistenziali e sanitari», «le quote di spesa di rilievo sanitario fornite alle persone non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali» a cui seguì, poi, l'ulteriore disciplina, sino a giungere alla recente **Delibera di giunta regionale n. 996/2022** che prevede per le «prestazioni sociali a rilevanza sanitaria», il 50% al SSR ed il «50%» (c.d. «retta alberghiera») agli assistiti e chi per loro ovvero ai Comuni nei casi di integrazione economica della retta”, rispettivamente nell'importo di 52 euro.

Nel «riordino della disciplina in materia sanitaria» interviene il **D. Lgs. 502/1992** che, dopo aver ribadito la generale gratuità delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, nell'art. 3 septies definisce la categoria generale delle «prestazioni socio sanitarie» introducendo la tripartizione («sanitarie a rilevanza socia-

le» nel co. 2, lett. a, «sociali a rilevanza sanitaria» nel co. 2, lett. b, «socioassistenziali ad elevata integrazione sanitaria» nel co. 4) in ordine alla quale il successivo **DPCM 14.02.2001** prevede la «con-partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini» solo per la seconda categoria, ribadendo, invece, l'accollo alle A.U.S.L. delle altre. Nell'aggiornare i LEA, interviene poi il **DPCM 12.01.2017** che, per quanto qui rileva, prevede per le «persone non autosufficienti» nell'art. 30 la gratuità per le prestazioni di «elevata tutela sanitaria» e l'accollo al 50% a carico del SSN di quelle di «lungoassistenza, recupero e mantenimento» con «attività di socializzazione e animazione».

Veneto, nel 1993 e nel 1998 a Mogliano le prime sentenze dei Tribunali che confermano la piena competenza del Servizio sanitario nazionale nelle cure di lunga durata per malati non autosufficienti

gendo che, «nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, **le Regioni** possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini».

La nozione di «lungo assistenza» è definita nell'art. 2, co. 4, sub c), del **DPCM 14.01.2001**, come la fase «finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi».

In questo quadro, va ricordata anche la modifica del Titolo V della Carta Costituzionale (**L. 3/2001**) che nell'art. 117, co. 2, lett. m. Cost. ha attribuito alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

3. La giurisprudenza.

A) Le prime pronunce, come già accennato, riguardano le liti tra enti (U.S.L., Comune o IPAB) in ordine all'identificazione di quello competente a sostenere i costi per l'assistenza agli ex degenti di ospedali psichiatrici e, in genere, ai «minorati psichici».

La prima a pronunciarsi fu, in particolare, la Corte di Cassazione con tre pronunce, di cui due relative all'istituto «Costante Gris» di Mogliano Veneto (**Cass. n. 1003/1993**, **Cass. n. 10150/1996** relativa ad un malato mentale cronico al quale era praticata, sotto controllo medico, una «sommministrazione continua di farmaci diretti a controllare le crisi di aggressività», **n. 8436/1998** relativa ad una persona affetta da «frenastenia cerebropatica congenita»), statuendo che: «Riguardo ai malati mentali cronici, come ha già affermato questa Corte (sent. 1003-93) si deve solo accertare se in loro favore, oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, ovvero sia prestata soltanto una attività di semplice assistenza e sorveglianza (prestazioni di tipo 'domestico'). Solo in questo secondo caso l'attività si potrà considerare di natura socio-assistenziale, e pertanto estranea al servizio sanitario, mentre nel primo si tratterà di prestazioni di rilievo sanitario di competenza del servizio sanitario nazionale», a norma dell'art. 30 della legge n. 730/1983.

La Cassazione rileva che il DPCM del 8 agosto 1985 «non ha valore normativo avendo esclusivamente una funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali e delle province autonome in

materia sanitaria». Inoltre, precisa, anche con riferimento agli «stati morbosi» degli anziani, che non può esservi trattamento giuridico differenziato fra malati acuti e malati cronici, in quanto «di tale distinzione nella legge non c'è traccia, che prende in considerazione l'attività di cura, indipendentemente dal tipo

«L'impossibilità di guarigione o miglioramento della specifica malattia non esclude che al malato possano o debbano essere prestate cure mediche di eventuali altre affezioni connesse o consequenziali»

di malattia (acuta o cronica) alla quale è diretta e pertanto se l'atto di indirizzo e di coordinamento avesse introdotto tale differenza sarebbe certamente *contra legem* e come tale disapplicabile dal giudice ordinario». E ancora: «L'impossibilità di guarigione o miglioramento della specifica malattia psichica da cui sia affetto il ricoverato, non esclude certamente che allo stesso possano o debbano essere prestate cure mediche di eventuali altre affezioni connesse o consequenziali alla malattia psichica o anche terapie palliative della stessa affezione mentale».

A questo orientamento aderiscono anche i Giudici Amministrativi e ciò anche con riferimento alla disciplina contenuta nel DPCM 14.02.2001. Ricordiamo:

- **Cons. Stato n. 3377/2003**: «Sono di carattere sanitario anche i trattamenti diretti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, non diretti alla guarigione ed alla riabilitazione del paziente».

- **Cons. Stato n. 306/2006** nel ricorso proposto dal Comune per il rimborso delle spese di assistenza prestate a ex degenti dell'Ospedale Psichiatrico San Nicolò di Siena: «Le varie forme di assistenza di cui necessitano i soggetti affetti da infermità mentale (...) non possono farsi rientrare tra le prestazioni 'sociali a rilevanza sanitaria' che il predetto D.P.C.M. del 2001 definisce 'attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la perso-

na in stato di bisogno con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute', trattandosi, a tutti gli effetti, di vere e proprie cure la cui costante somministrazione, da un lato, è necessaria per contenere i disturbi dell'infermità in atto e (...) deve essere costantemente controllata da specifico personale sanitario adatto a valutarne la posologia e le modalità di applicazione. Con la conseguenza che possono far carico solo alle aziende sanitarie gli oneri relativi alle rette di degenza in contestazione» (cfr. Cons. Stato n. 4696/2006, 461/2009 e, successivamente, nn. 790/2012, 3997/2012, 2456/2014).

- **Cons. Stato n. 339/2015** merita di essere citata con riferimento ad un caso veneto. Si tratta della sentenza che ha annullato, oltre alla determinazione impugnata, gli atti della Regione Veneto che limitavano il concorso nel pagamento della quota di degenza (c.d. quota sanitaria): tutte le volte in cui ricorre «la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a

Trent'anni fa le esperienze negative con i Giudici Civili nelle cause sui contributi economici negati agli utenti dei servizi: la "condanna" e l'azione di rivalsa prevista a favore dei Comuni

quelle assistenziali che con essa concorrono, rese in favore di malato in condizione disabile, caratterizzata da gravità e cronicità» ne deriva «esclusivo impegno economico del servizio sanitario regionale negli oneri di spesa (cfr. Cons. St., sez V, n. 2456 del 13 maggio 2014; sez. III, n. 957 del 18 febbraio 2013; n. 790 del 16 febbraio 2012; n. 3997 del 9 luglio 2012)». Ancora la sentenza: «Il presidio terapeutico e frutto di una specifica strategia medica e permane sotto il controllo di personale specializzato in costante monitoraggio sanitario dell'assistito (cfr. Cons. St., Sez. III, n. 4460 del 17 luglio 2014). Ugual concorso di personale medico e infermieristico qualificato richiedono le ulteriori prestazioni sulla funzionalità respiratoria, del catetere, di prevenzione e cura di piaghe da decubito e di verifica delle generali condizioni vitali del paziente». Il Consiglio ha, altresì precisato che non assu-

me rilievo, in senso contrario, «il richiamo in astratto alla tipologia dei servizi cui la struttura è abilitata secondo gli standard organizzativi, dovendosi avere riguardo al carattere oggettivo delle prestazioni socio/assistenziali rese» ex art. 3, co. 3, DPCM 14.02.2001. Inoltre la «qualifica di anziano non autosufficiente (...) non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile, con effetto sull'emersione di un maggior impegno dei presidi sanitari apprestati».

B) A conclusioni del tutto diverse giungono le prime pronunce dei Giudici Civili nelle cause intentate dai Comuni per ottenere dal paziente (per lo più anziani malati cronici) e/o dai congiunti, il rimborso delle spese sostenute per la «quota socio-alberghiera» anticipata all'istituto di ricovero (mentre, come sopra ricordato, la «quota sanitaria» grava a carico della Regione) e ciò per due ordini di motivazioni: l'azione di rivalsa prevista a favore del Comune dalla L. n. 1580/193 (abrogata poi nel 2008) e l'azione ex art. 438 c.c. nei confronti degli obbligati agli alimenti (che il D. Lgs. 130/2000, art. 2, co. 6, ha chiarito non essere applicabile).

Nella medesima scia si colloca il Tribunale di Treviso, con la sentenza del 01.07.1997 con la quale, appunto, viene accolta l'azione di rivalsa promossa dal Comune di Carbonera anche sulla base di un atto unilaterale d'obbligo sottoscritto dal familiare dell'assistito. La pronuncia è riformata in appello (Corte Appello Venezia n. 1775/2005) ed il caso, su ricorso del Comune, approda in Cassazione con la **sentenza n. 4558/2012** che inaugura l'orientamento approdato fino ai giorni nostri. Il caso riguardava un'anziana affetta da morbo di Alzheimer per la quale era divenuta impossibile l'assistenza a domicilio e, pertanto, era ricoverata direttamente nell'Istituto "Costante Gris" su richiesta del Comune di residenza previa sottoscrizione di un atto d'obbligo unilaterale con il quale il marito si impegnavo a rimborsare all'ente locale la «quota socio-alberghiera» versata dall'ente locale all'IPAB. Dopo un po' di tempo, il marito si era rifiutato di proseguire nel pagamento di detto rimborso e, pertanto, il Comune aveva promosso azione di rivalsa nei riguardi di tut-

ti i familiari obbligati agli alimenti. Due sono le questioni di diritto sottoposte al vaglio della Cassazione:

- i) se sussiste il diritto del Comune all'azione di rivalsa;

- ii) se è valido l'atto d'obbligo unilaterale sottoscritto dal marito.

Sulla prima questione la Cassazione, senza neppure sfiorare quanto previsto nell'art 1 L. n. 1580/1931 (all'epoca ancora vigente), riconosce all'art. 30 della L. n. 730/1983 valore dirimente tanto da costituire «diritto vivente» e ciò sulla base di una interpretazione non solo «letterale» ma, altresì, «che tenga conto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana (Corte cost. nn. 455 del 1990; 267 del 1998; 309 del 1999; 509 del 2000; 252 del 2001; 432 del 2005)». Pertanto, «gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale. In tale prospettiva si è consolidato un indirizzo interpretativo del tutto omogeneo» (è quello che ho citato sub A), «tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale».

Dunque, ove vi sia tale stretta correlazione tra i due tipi di prestazioni, tale da determinare la totale competenza del SSN, non vi è luogo per una determinazione di quote (ponendo a carico del Comune le prestazioni di carattere assistenziale), operazione che presuppone la scindibilità delle prestazioni.

Ne deriva, quanto sopra riportato (al punto ii), cioè «l'insussistenza del rapporto obbligatorio trattandosi di prestazioni totalmente a carico del Servizio Sanitario nazionale», e, pertanto, l'impegno del marito è affetto da una «totale assenza di una reale funzione economica... vale a dire da un difetto genetico della causa intesa come ragione giustificativa» e deve, quindi, ritenersi **nullo** ex art. 1418 e 1345 c.c..

L'orientamento è stato confermato da **Cass. n. 22776/2016** (relativo ad un ricoverato presso

il Gris di Mogliano Veneto affetto da grave ritardo mentale) che richiama, ai fini della ricostruzione della «connessione tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali» la nozione di salute contenuta in atti internazionali (Costituzione OMS, Carta Sociale Europea, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea) e ribadisce che «tra i casi di rilievo

Nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza e a carico del Servizio sanitario nazionale

sanitario deve farsi rientrare anche quello relativo alle spese derivanti non da una mera attività di sorveglianza e di assistenza bensì da un trattamento farmacologico somministrato».

Anche **Cass. 28321/2017** (caso di Alzheimer) ha ribadito che, nel caso di prestazione socioassistenziale «inscindibile» dalla prestazione sanitaria, l'intervento «sanitario-socio assistenziale» rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico. Parimenti **Cass. n. 14774/2019** (caso di disabile psichico) ha confermato che, nel caso di utente afflitto da una malattia mentale cronica (e non acuta) la contemporanea erogazione di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, di per sé sola, ne implica la gratuità.

Nel 2021 la Corte ha ribadito tale orientamento, dapprima con due ordinanze (**nn. 16409/21 e 16410/21**), e poi con altre tre (**nn. 19303/21, 19304/21, 19305/21**) con le quali ha rigettato alcuni ricorsi presentati da RSA per il pagamento, da parte dei parenti, delle rette di mantenimento di alcuni malati di Alzheimer cui non erano state «somministrate prestazioni di natura esclusivamente assistenziale», ma pure «trattamenti sanitari e cure mediche». **Cass. n. 21528/2021** (nel caso si trattava di una persona con disturbo neuro cognitivo grave, disabilità motoria, demenza degenerativa fronto-temporale), intervenuta poco dopo, ha ribadito che «l'attuale quadro normativo prevede che la gratuità delle prestazioni riguarda le prestazioni sanitarie a

rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria previste dall'art. 3 comma 3 del citato decreto. (...) Ciò che rileva ai fini dell'assistenza sanitaria obbligatoria è la esistenza di un «piano di cura perso-

Demenza senile e Alzheimer non “bastano”: perché sia il Servizio sanitario a coprire tutta la retta di ricovero deve risultare che «per il singolo paziente (...) siano necessarie (...) prestazioni di natura sanitaria», anche se congiunte a quelle socio-assistenziali

nalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio-assistenziale». Pertanto, «il criterio della cronicità della malattia (...) non assume rilievo decisivo». L'orientamento è stato confermato pure dalle sentenze **n. 1806/2022** (caso di «oligofrenia grave») e **n. 24423/2022**.

Nel 2023 sono poi intervenute ulteriori tre pronunce (**nn. 2038/2023, 13714/2023, 25660/2023**) tutte relative a persone ricoverate in una RSA ed affette da Alzheimer e demenza senile, che hanno ribadito l'accollo per intero a carico del SSN «laddove risulti, in base ad una valutazione in concreto, che per il singolo paziente in relazione alla patologia dalla quale è affetto, allo stato di evoluzione al momento del ricovero e alla prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia siano necessarie, per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure, prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socio-assistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, a nulla rilevando la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali».

In particolare, **Cass. n. 13714/2023** riguardava il caso di una anziana affetta, sin dal ricovero, da «demenza senile in morbo di Alzheimer, atrofia cerebrale, cardiopatia fibrillante, stenosi della valvola aortica, ipertensione arteriosa, pan-vasculopatia, poli artrosi, osteoporosi, esiti di protesi di anca destra, incontinenza urinaria, diverticolosi» per cui necessitava «di cure sanitarie continue anche da parte di personale specializzato (infermieristico e medico) senza

le quali non avrebbe potuto sopravvivere»: non rileva che fosse stato concordato o previsto un piano terapeutico personalizzato, bensì che quel piano «fosse dovuto, e che quindi sussistesse la necessità per il paziente, in relazione alla patologia della quale risultava affetto (morbo di Alzheimer), dello stato di evoluzione al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia, di un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale perché volto, at-

traverso le cure, a rallentare l'evoluzione della malattia e a contenere la sua degenerazione»; ciò che rileva è che detto piano fosse necessario per assicurare a quel singolo paziente «la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure». Per l'effetto, il contratto di ricovero è nullo per assenza di causa e/o oggetto.

L'ultima del 2023 è la n. **34590/2023** relativa ad un anziano pluripatologico (embolia polmonare, insufficienza renale cronica, ipertensione arteriosa, cardiopatia, morbo di Alzheimer di grado grave) che, nel richiamare quanto aveva rilevato la Corte d'Appello di Trieste «non limitandosi il presidio a mero ausilio nello svolgersi delle attività quotidiane e nella correlata sorveglianza, ma comportando la somministrazione di trattamenti terapeutici e farmacologici di rilievo», ha ribadito che «è l'integrazione tra le prestazioni, ovvero l'unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione, che ne produce l'integrale addossamento degli oneri economici sul Servizio Sanitario Nazionale».

Nel 2024 (il 22 febbraio) è intervenuta l'**Ordinanza n. 4752** che ha ribadito che nel «caso di un paziente parimenti affetto da morbo di Alzheimer (...), le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario vanno ricondotte a quelle a carico del SSN quando risulti, in base ad una valutazione operata in concreto, che tenga conto (...) della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura, che esse siano necessarie per assicurare all'interessato la doverosa tutela del diritto alla salute, in uno con la tutela della sua dignità personale. (...) dunque nessun con-

tributo può essere posto a carico del paziente, in via contrattuale, per siffatte prestazioni che restano tutte a carico del SSN».

Va fatta, a questo punto, una importante precisazione: non è sufficiente indicare genericamente la patologia (es. Alzheimer) o lo stato di invalido 100% per invocare la totale gratuità delle cure. È, invece, necessario che vengano dimostrati in modo preciso, in punto di fatto, lo stato di salute e le specifiche prestazioni sanitarie erogate e di cui necessita il malato cronico.

In conclusione, la Cassazione ha espressamente escluso l'applicazione del «frazionamento forfettario della spesa» previsto dai DPCM sui LEA o dalle Regioni nelle ipotesi di prestazioni terapeutiche connotate da inscindibilità e ciò, si badi bene, anche nel caso in cui le stesse siano erogate per un tempo illimitato.

Non è, dunque, legittimo predeterminare a priori (e non sulla scorta delle effettive condizioni di salute del malato) la durata temporale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (ricade sotto questa fattispecie, per esempio, l'Ospedale di Comunità) per poi scaricare il malato nell'ambito delle prestazioni sociali accollandogli il relativo costo.

4. Il limite del vincolo di bilancio e delle risorse del Fondo Sanitario Regionale. Il diritto alla salute, proprio in quanto «fondamentale» non può essere condizionato alle esigenze di bilancio. Lo ha ribadito più volte la **Corte Costituzionale: n. 275/2016** «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»; n. 169/2017 «l'effettività del diritto (...) non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto».

La giurisprudenza è granitica nel rilevare che «l'assistenza alle persone con disabilità costituisce un nucleo incompressibile», «infrazionabile», «invalidabile», «finanziariamente incondizionato», «un diritto fondamentale e deve essere integralmente finanziata»: le relative spese, pertanto, non sono suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria (**Corte Costituzionale sent. nn. 91/2020, 62/2020** «un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condi-

zione necessaria per il rispetto dei parametri costituzionali a tutela della salute», 72/2020, 83/2019, 232/2018, 258/2017, 192/2017, 169/2017, 275/2016, 406/1992, 215/1987; Cons. Stato sent. nn. 2979/2022, 1505/2020, 6926/2020, 1/2020, 6371/2018, 6708/2018, 2964/2018, 46/2017, 160/2019). «Ne deriva che devono esservi indefettibilmente la determinazione e il costante aggiornamento in termini finanziari delle risorse vincolate all'erogazione dei LEA ... proprio per evitare sperequazioni e discriminazioni» (**Cons. Stato n. 2979/2022**).

Pertanto, i malati cronici non autosufficienti che hanno bisogni sanitari e non di mera assistenza sociale, hanno il diritto costituzionale (art. 32 Cost.) di avere dal SSN le cure necessarie per tutto il tempo necessario.

5. La questione del differimento temporale della presa in carico: le «liste d'attesa», Consiglio di Stato n. 1/2020. Su ricorso dei genitori di un ragazzo con disabilità al 100% e non autosufficiente collocato in lista d'attesa per la frequenza ad un Centro Diurno, l'Azienda Ussl n. 6 del Veneto è stata condannata al pagamento sia di euro 10mila per il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale ri-

L'effettività del diritto (...) non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto: quando c'è la legge, le risorse necessarie ad applicarla devono essere stanziare

tenendo che sussistono «i profili di colpa nella gestione dei poteri organizzativi per il reperimento delle risorse atte a dare adeguata assistenza al disabile».

L'Azienda Ussl si era difesa affermando che il ritardo della frequenza del centro diurno era dovuto a difficoltà di bilancio e, in ogni caso, all'assenza di posti disponibili.

La sentenza, dopo aver precisato che il diritto alla salute è «un diritto soggettivo pieno ed incondizionato», evidenzia che «l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazio-

È ONLINE UTIM-ODV.IT

il nuovo sito dell'Utim



Associati a all'Unione per la tutela delle persone
con disabilità intellettiva – Utim OdV
Quota associativa annuale: 35 euro

Sul sito trovi il modulo obbligatorio di richiesta di ammissione

I servizi dell'Utim OdV per i suoi soci

- Abbonamento al bimestrale «ControCittà»
- Informazioni sui diritti
- Analisi della situazione e supporto nella redazione di istanze a Asl, Comuni, Gestori
- Istanze per l'interdizione e la nomina del tutore
- Istanze per l'amministratore di sostegno
- Formazione di singoli e associazioni
- Assemblee e incontri tematici
- Commissioni di controllo qualità dei servizi

La quota associativa

può essere pagata con:

- Bollettino postale sul conto corrente n. 21980107
- Bonifico bancario Iban: IT 77 T076 0101 0000 0002 1980 107
- Di presenza in sede, in via Artisti 36 a Torino, martedì, giovedì e venerdì dalle 10 alle 12

ne delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)».

«Non è sufficiente – la dichiarazione di – aver esaurito i posti». Va dimostrata concretamente «l'inesistenza di fondi di bilancio (...) e ciò anche per una forma di assistenza indiretta, presso Centri privati, mediante rimborso alla famiglia del costo necessario a consentire l'adeguato sostegno socio-educativo. I compiti programmatori ed esecutivi che le norme regionali richiamate pongono a carico della azienda sanitaria possono ritenersi assolti diligentemente solo se sia stata se sia stata tempestivamente attivata ogni forma di aggiornamento informativo circa la necessità di ulteriori risorse affinché nel riparto annuale del Fondo la Giunta Regionale possa provvedere opportunamente ad integrazioni resesi necessarie per le sopravvenienze».

In altri termini, non è sufficiente che la struttura organizzativa pubblica sia inadeguata a rispondere alle esigenze dell'utenza: l'Ente pubblico deve dimostrare che non vi sono alternative organizzative (anche indirette, in forma privata) e che si è, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie. È vero che è la Regione a ripartire le risorse al territorio, ma compete al territorio (ATS, Aulss, Asl ecc.) la tempestiva dichiarazione del numero degli utenti che necessitano di assistenza nel territorio servito, al fine di adeguare annualmente l'erogazione alle necessità dell'Azienda Sanitaria. «Ritiene il Collegio che una volta individuate le necessità dei disabili tramite il Piano individualizzato, l'attuazione del dovere di rendere il servizio comporti l'attivazione dei poteri-doveri di elaborare tempestivamente le proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno e, comunque, l'attivazione di ogni possibile soluzione organizzativa».

6. La L. 33/2023 e il D. Lgs. 29/2024. Tutte le misure previste nella Legge delega nonché nel primo decreto attuativo sono disposte «nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente».

Delle riserve rispetto alla legge, si è già scritto molto su questa rivista, basti citare l'intervento del prof. Giovanni Maria Flick pubblicato sul numero 222 di *Prospettive. I nostri diritti sociali e sanitari*: «In questo ambito, relativo alla tutela della salute prevista dall'articolo

Spostando competenze dalla sanità al "sociale", la legge 33 sulla non autosufficienza «può indirizzare verso un sistema di minore (anche in misura rilevante) tutela per i malati, anziché di conferma di quella esistente»

32 della Costituzione, la legge 33 prospetta un modello che apre la via alla possibilità di spostare la competenza sugli interventi verso l'articolo 38 - che disciplina l'assistenza sociale - con l'argomento che per fronteggiare la non autosufficienza la funzione sociale prevale su quella sanitaria. È un orientamento che solleva dubbi di legittimità e può indirizzare verso un sistema di minore (anche in misura rilevante) tutela per i malati, anziché di affermazione e conferma di quella esistente».

La mancata intesa da parte delle Regioni in sede di Conferenze unificate è dipesa anche e soprattutto dalla mancata previsione di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali. Dunque, sotto questo profilo, l'impianto normativo nasce miope ed, in ogni caso, è destinato a essere dichiarato incostituzionale se, come abbiamo appena ricordato, la Corte Costituzionale ha ribadito più volte che è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non viceversa.

È, altrettanto, dubbia la legittimità della scelta togliere i malati anziani non autosufficienti dal SSN (con le garanzie, come abbiamo visto, ascrivibili al diritto alla salute) per assegnarli al SNAA - Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente. Di certo illegittima è, infine, limitare «alle persone che abbiano compiuto 70 anni» (art. 40 D.Lgs. 29/2024) la disciplina contenuta nel Titolo II, come se gli anziani malati cronici fino a 69 anni di età non avessero diritto, al pari degli altri, all'«assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria».

Disabilità, come si costruisce da zero un servizio residenziale, insieme alle istituzioni (Asl e Comune). L'esempio del Coordinamento sanità e assistenza.

Come abbiamo ottenuto una comunità alloggio

Sul numero 133 della rivista *Prospettive assistenziali* (gennaio-marzo 2001) il presidente dell'Associazione tutori volontari e responsabile della delegazione di Nichelino (Torino) dell'Utlim, Unione per la tutela degli insufficienti mentali (oggi Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva OdV) racconta l'attività delle associazioni di promozione dei diritti per ottenere servizi – in questo caso residenziali – per persone con grave disabilità non autosufficienti. Al netto dei termini oggi desueti, ne emerge la fotografia di una necessità ancora attualissima: unire le forze per far sentire la voce dei più deboli con le istituzioni.

Giuseppe D'Angelo

È molto precaria la situazione in merito alla realizzazione di comunità alloggio di tipo familiare per l'assistenza delle persone disabili con limitata o nulla autonomia che non possono più vivere in famiglia. Dalle recenti statistiche (1) si apprende che solo il 10% delle persone handicappate ricoverate in strutture residenziali è in comunità alloggio e meno del 2% è in gruppo appartamento.

L'assenza di diritti esigibili in merito alle comunità alloggio. Questa situazione è frutto di una deleteria cultura dell'istituzionalizzazione, dell'esclusione sociale, dell'assistenza intesa come carità e non come rispetto del diritto ad una vita dignitosa delle persone disabili.

Ed è conseguenza, soprattutto, di una mancanza di norme – da tempo attese – che obblighino gli enti locali all'istituzione di piccole comunità familiari con non più di 8-10 posti letto, site in normali contesti abitativi ovvero sparse nel tessuto sociale. Purtroppo, inoltre, si osserva sempre più frequentemente il ricorso a "nuove" e deleterie forme d'istituzionalizzazione, come per esempio l'inserimento accorpato in una medesima struttura di più nuclei da 10 posti letto che trasformano il presidio in un vero e proprio istituto.

È dunque più che mai necessario che le associazioni di autotutela intervengano con forza e con una azione continua per promuovere l'attivazione di comunità alloggio familiari: sia direttamente richiedendone

La rivista *Prospettive assistenziali* ha iniziato le sue pubblicazioni nel 1968 e ha proseguito la sua attività di informazione e promozione sociale in questa pubblicazione con il cambio di testata in *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*. Questa rubrica è dedicata ai servizi del passato – prossimo o remoto – che testimoniano l'attività delle organizzazioni del volontariato dei diritti, che da sempre hanno preferito, e preferiscono tutt'oggi, «la severa giustizia alla generosa solidarietà».

l'apertura all'ente locale di riferimento (Comune, Consorzio), sia indirettamente proponendo (per esempio a livello regionale) una normativa di riferimento in materia, sia bandendo pubblicamente qualsiasi iniziativa in controtendenza che riporti all'istituzionalizzazione.

È comunque positivo che, di fatto, non manchino opportunità per far in modo che l'ente pubblico si volga verso la realizzazione di adeguate tipologie di presidi. Da un lato vi sono alcune disposizioni di legge; dall'altro vi sono, abbastanza sovente, opportunità di finanziamenti pubblici (che, purtroppo spesso, rimangono poco utilizzati).

L'attività di promozione delle associazioni di autotutela. I risultati non mancano se nella lotta (perché di lotta si tratta) per affermare i diritti le associazioni lavorano con impegno costante, si tengono continuamente aggiornate, fanno largo uso di carta e penna e non hanno timore a manifestare qualunque sia il colore politico di chi amministra.

Inoltre, per poter avanzare le adeguate istanze all'ente pubblico di riferimento, occorre conoscere in modo abbastanza preciso la situazione handicap locale e delle relative necessità (sempre presenti, in genere) in termini di presidi residenziali nel territorio.

Le leggi vigenti in merito. È fondamentale poi far riferimento al fatto che i Comuni, singoli o associati, in base alle leggi vigenti hanno in ogni caso l'obbligo di fornire assistenza alle persone incapaci prive di sostegno familiare (2). È un dovere che occorre rimarcare, visto che troppo spesso l'ente pubblico, reggendosi sul "volontariato" familiare, è restio ad attivare i dovuti servizi e approfitta dei legami affettivi per non fornire le prestazioni necessarie: se è chiaramente prioritaria la permanenza in famiglia del congiunto disabile, ciò non deve essere un pretesto per uno scarico dei doveri al nucleo familiare.

Per quanto riguarda la collocazione, gli al-

loggi da dedicare a presidi residenziali si possono recuperare, per esempio, usufruendo delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza). Forse, più facilmente, si possono reperire nell'ambito della edilizia economica e popolare e si possono identificare in un normale edificio urbano: la legge n. 179 del 17 febbraio 1992 prevede, infatti, che le Regioni possano vincolare fino al 15% dei fondi dell'edilizia agevolata e sovvenzionata per la realizzazione d'interventi da destinare alla soluzione di problemi abitativi di particolari categorie sociali, individuate di volta in volta dalle Regioni stesse.

Vi possono poi essere diverse opportunità di finanziamento, sia a livello nazionale sia in ambito regionale.

In merito, si cita, per esempio, il Piemonte

Requisito fondamentale è l'indipendenza delle organizzazioni di tutela degli interessi delle persone con disabilità: le associazioni ricattabili dalle Istituzioni sono deboli

con la legge regionale n. 43/1997 ("Promozione della rete di strutture socio-assistenziali destinate a persone disabili"). Grazie alla pressione esercitata dalle associazioni aderenti al Csa (Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base) che, per l'handicap in situazione di gravità, hanno più e più volte chiesto servizi alternativi all'istituto (comunità alloggio, centri diurni, ecc.), che hanno sollecitato fortemente l'intervento delle istituzioni, e che hanno reso partecipe l'opinione pubblica in merito al problema, i finanziamenti suddetti, previsti appunto con la legge regionale 43/1997, sono passati dai 6 ai 20 miliardi (con la determina del 4 maggio 1999, prot. n. 237/30 è stata infatti approvata la graduatoria relativa all'assegnazione dei finanziamenti erogati in particolare per la creazione di 19 centri diurni, altri 6 centri diurni con nucleo di residenzialità da 10 posti letto e, purtroppo, anche 4 Raf, residenze assistenziali flessibili, con una capienza per 20 soggetti) (3).

In particolare poi, con la Determina n. 540/30 del 12 novembre 1999, la Regione

Piemonte ha concesso finanziamenti per la realizzazione dei cosiddetti "gruppi appartamento". Si tratta di presidi residenziali introdotti, appunto, con la legge regionale suddetta, per l'assistenza alle persone handicappate intellettive, laddove vi è assenza di un supporto familiare, in attuazione del diritto all'integrazione, alla socializzazione e alla vita familiare. Il gruppo appartamento, in particolare, è una struttura, precisa

La carenza di posti dedicati alla disabilità e la pressione delle organizzazioni del volontariato dei diritti ha portato all'apertura di un servizio residenziale nei locali dell'Agencia per le case popolari

la normativa, rivolta a persone con disabilità medio-lieve, composta da una o più unità immobiliari inserite in centri abitati con una capacità ricettiva non superiore a sei posti letto che non necessita di vincoli strutturali particolari, fatto salvo il giudizio di abitabilità e l'assenza di barriere architettoniche.

Nonostante si sia riusciti ad impegnare una certa disponibilità di risorse della Regione, la richiesta, soprattutto da parte degli enti pubblici interessati e relativamente ai gruppi appartamento, è stata scarsa. Addirittura, la data prevista quale scadenza per la presentazione dei progetti, 30 giugno 1998, è stata prorogata al 15 luglio 1999, poiché erano giunte pochissime richieste di finanziamento in merito.

Purtroppo, capita che, nonostante si riescano a "strappare" sofferti finanziamenti in ambito pubblico e nonostante le necessità palesi, i contributi economici ritornino al mittente poiché l'ente gestore (Comune, Consorzio, ecc.) non si impegna a richiederli.

L'esperienza in una realtà locale. Con tutto ciò premesso può forse essere utile accennare, in sintesi peraltro, quanto "percorso" da una associazione di volontariato (l'Utlim, Unione per la tutela degli insufficienti mentali) nel territorio del Cisa 12 - Consorzio intercomunale socio assistenziale di Nicheli-

no, None, Vinovo, Candiolo, che, tra l'altro, si ricorda, è stato uno dei pochi enti pubblici che, in merito alla realizzazione di gruppi appartamento, ha fatto richiesta ed ha ottenuto i finanziamenti regionali.

E ciò si è verificato, appunto, dietro ripetute azioni di sollecito da parte delle associazioni di autotutela, nonostante fosse chiara la forte carenza di presidi residenziali parafamiliari nel territorio.

In sintesi, nel settembre 1998, visto il perdurare di una situazione di gravità per l'assenza di posti di pronta accoglienza nell'unica comunità alloggio presente nel territorio, l'Utlim prende un'iniziativa in merito inviando una lettera al Cisa 12, alla Regione Piemonte e all'Atc (Agenzia territoriale per la casa della Provincia di Torino). In tale lettera, richiamando in merito la normativa esistente, si chiede che vengano utilizzati eventuali locali liberi dell'edilizia popolare che, come si è detto, per legge possono essere destinati ai casi sociali, al fine di attivare una nuova comunità alloggio nel territorio. A seguito della richiesta, l'Atc segnala con precisione alcuni appartamenti liberi nelle case popolari di Nichelino.

Successivamente, sempre a Nichelino, sono predisposte interpellanze in Consiglio comunale per riportare il problema dell'assenza di posti di accoglienza nel territorio per disabili intellettivi in caso di emergenze familiari. Le interpellanze, pur riguardando casi singoli, chiedono come s'intenda risolvere il problema sul piano generale. Accolte da varie forze politiche, le interpellanze hanno soprattutto l'effetto di far conoscere più diffusamente il problema e di produrre eco sui giornali locali.

Gli alloggi segnalati dall'Atc, intanto, risultano purtroppo in pessime condizioni abitative (infiltrazioni d'acqua, ecc.).

Visto allora che, in concreto, nessuna soluzione si prospettava, nell'aprile 1999 l'Utlim rimarca il problema alla Commissione affari sociali del Comune di Nichelino. In tale occasione è presentato un promemoria di richieste scritte con ipotesi ben precise a breve, a medio e a lungo termine. In particolare a breve, entro un mese, la richiesta è quella di individuare e vincolare un alloggio

per creare nel giro di un anno un gruppo appartamento. Con tale richiesta si evidenzia proprio la possibilità di usufruire dei contributi del disposto regionale n. 43/1997, prorogato al 15 luglio 1999 per questa specifica tipologia di struttura.

A seguito di ciò l'Amministrazione si attiva (grazie anche alla scadenza elettorale del 13 giugno 1999) ed emerge "inaspettatamente" presso l'Ufficio Casa del Comune di Nichelino la disponibilità di un ampio alloggio al settimo piano di uno stabile di edilizia popolare che potrebbe risultare idoneo. Questo appartamento, a quanto pare, era da tempo in attesa di una destinazione visto che non si trovava più nessuna famiglia numerosa alla quale assegnarlo. Su insistenza dell'Utlim e grazie alla disponibilità di alcuni Consiglieri comunali sono effettuati dei sopralluoghi, al termine dei quali la destinazione prospettata per l'alloggio è ritenuta valida e quindi confermata.

Visto l'imminente "stop" elettorale, è sollecitata urgentemente la Giunta (sempre per scritto) al fine di assegnare l'alloggio al Cisa 12, affinché questi possa richiedere in tempo utile i finanziamenti alla Regione.

L'Utlim ha poi continuato a seguire i vari "ingorghi" burocratici e a sollecitare una rapida attivazione dell'alloggio a gruppo appartamento (a proposito è stata presentata un'altra interpellanza in Consiglio comunale).

Al termine il Cisa 12 ha potuto finalmente stipulare il contratto d'affitto con l'Atc.

Nell'aprile 2000 il Cisa 12 indice la gara d'appalto per affidare ad una cooperativa di servizi sia l'esecuzione delle necessarie manutenzioni dell'alloggio (peraltro già previste dall'Atc e segnalate nella scheda dell'alloggio) sia la gestione del servizio, con l'obiettivo – richiesto dal capitolato – di attivare la struttura entro sei mesi (fine autunno 2000). La gara, indetta per il triennio 2001-03, è vinta dalla cooperativa sociale "La Testarda". Il costo previsto di ristrutturazione è di 65 milioni e il costo di gestione annuale è previsto in 388 milioni (255 da parte Asl e 133 da parte Cisa 12).

Ma, quando tutto era oramai pronto e il Cisa 12 stava già pensando all'inaugurazione della struttura, accade l'imprevisto. Durante una assemblea di quartiere tenutasi poco prima delle vacanze estive, alcuni abitanti manifestano le proprie perplessità di fronte all'inserimento dei disabili, per il timore di schiamazzi o altri disturbi.

Il Cisa 12, tenendo conto – assieme all'Amministrazione comunale – soprattutto delle esigenze degli inquilini e considerando il fatto che era disponibile un altro alloggio in Via Cacciatori al piano terreno non confinante con alcun altro alloggio – per il quieto vivere di tutti – si attiva per averne l'assegnazione da parte del Comune.

L'Utlim viene a conoscenza di quanto svoltosi solo nel mese di settembre (l'accaduto è peraltro da tutti lasciato passare in sordina). Anche le versioni riportate in merito all'andamento della vicenda manifestano la volontà generale di coprire l'accaduto additando quale falsa motivazione del cambio dell'alloggio la "scomodità" del settimo piano...

L'Utlim, oltre a produrre un articolo su un

Ostacoli lungo il percorso: le lamentele dei condomini alla prospettiva di avere un servizio residenziale per persone con disabilità. Il timore del deprezzamento degli immobili più forte del rispetto?

giornale locale, invia una lettera di denuncia dell'accaduto alla rubrica "Specchio dei tempi" del quotidiano *La Stampa*; lettera che viene pubblicata il 6 novembre 2000 (4).

A seguito della lettera, un cronista de *La Stampa* (dott. Alessandro Mondo) intervista il Sindaco e l'Assessore alle politiche sociali di Nichelino, i quali affermano che le motivazioni del trasferimento sono dovute solamente alla scomodità del settimo piano.

A fronte di queste motivazioni, l'Utlim ribadisce al cronista che per circa un anno e mezzo l'appartamento è andato bene a tutti: alla Giunta comunale di Nichelino che ne ha deliberato l'assegnazione al Cisa 12, alla Regione Piemonte che l'ha ritenuto idoneo

assegnando i finanziamenti al Consorzio, al Cisa 12 stesso che ha appaltato la gestione alla cooperativa sociale "La Testarda" la quale ha proposto un valido progetto.

A seguito di queste dichiarazioni, il giornalista, dando credito principalmente a quanto affermato dall'Amministrazione comunale, non ha ritenuto di interesse pubblico scrivere un articolo in merito.

Appelli sui mezzi di informazione, presidi e banchetti in piazza e alle fiere di paese: ecco il modo di rendere presente una battaglia sul territorio. Una mobilitazione che ha funzionato...

Attualmente, il nuovo appartamento di Via Cacciatori sta percorrendo la trafila burocratica già attraversata dal precedente appartamento negato ai disabili. Prevedibilmente, prima dell'attivazione ci vorranno alcuni mesi (verifica agibilità dei locali da parte dell'Atc, delibera di assegnazione del Comune al Consorzio, stralcio dall'elenco dell'edilizia residenziale pubblica...). L'appalto già assegnato alla cooperativa sociale "La Testarda" dovrebbe essere confermato anche per il nuovo appartamento, previa probabile penale da pagare da parte del Cisa 12. Peraltro, anche i finanziamenti regionali già assegnati pare andranno ora perduti... L'Utlim, comunque, considerando che il gruppo appartamento non fosse affatto suf-

ficiente stante le necessità nel territorio, si attiva nello stesso tempo per richiedere una nuova comunità alloggio.

L'esigenza di un ulteriore presidio residenziale di tipo familiare per disabili intellettivi e/o pluriminorati era stata, peraltro, già resa di pubblico dominio allorquando nell'aprile 1999 l'Utlim, invitata alla Commissione affari sociali del Comune di Nichelino, aveva presentato un promemoria di richieste scritte con ipotesi ben precise a breve, a medio e a lungo termine (5).

L'ipotesi a lungo termine era proprio quella di prevedere, entro tre anni, la realizzazione di una nuova comunità alloggio.

In merito, nel maggio 2000 è avviata una "campagna" di raccolta firme a sostegno di una petizione che sollecita l'apertura nel territorio di una nuova comunità alloggio per disabili gravi con non più di 8-10 posti letto.

È fatto appello sui giornali locali, sono coinvolte le associazioni presenti in Nichelino, i Comitati di quartiere, le famiglie degli utenti del centro diurno esistente, ecc. Per alcune domeniche si piazza un banchetto di raccolta firme dinanzi al Comune e si raccolgono adesioni anche nel corso della fiera patronale di S. Matteo dal 16 al 25 settembre 2000. È inoltre preparata una mozione a favore dell'attivazione di una nuova comunità alloggio per disabili gravi nel territorio. La mozione è presentata il 2 ottobre 2000 da un consigliere di Nichelino (sig. Busano - Insieme per Di Pietro) e approva-

NOTE

(1) Cfr. "Rapporto handicap in Italia anno 2000" - Indagine promossa e pubblicata dalla Comunità di Capodarco.

(2) Occorre ricordare che, in base al primo comma dell'art. 38 della Costituzione, "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale". Pertanto il diritto all'assistenza è costituzionalmente garantito: la nostra Carta costituzionale non si esprime in termini di solidarietà discrezionale. Le leggi ordinarie devono, o quanto meno dovrebbero, recepire tale obbligo; cosa che, invece, sino ad oggi non è ancora avvenuta, neppure nella recente legge di riforma dell'assistenza (legge 328/2000). Le leggi vigenti, comunque, assegnano all'ente comunale le funzioni socio-assistenziali. È il Comune pertanto, quale ente gestore, che deve farsi carico della persona inabile, al di là che vi sia o meno qualcuno in grado di prestare assistenza (genitore, familiare o altro che sia).

(3) Successivamente vi è stato un altro stanziamento di cinque miliardi (cfr. Determinazione dirigenziale della Regione Piemonte del 19 aprile 2000 n. 147/30) ma, purtroppo, nonostante le rimostranze delle associazioni di tutela, sono state finanziate per la maggior parte strutture tipo Raf da 20 posti letto.

(4) La lettera inviata dall'Utlim a "Specchio dei tempi" è la seguente: «Siamo venuti a conoscenza che diversi cittadini del quartiere "Boschetto" di Nichelino avrebbero manifestato la loro contrarietà all'inserimento di persone disabili in un alloggio delle case popolari al settimo piano di Via Pracavallo 52. Si tratta di un normale appartamento nel quale avrebbero dovuto vivere stabilmente 4 o 5 disabili intellettivi lievi, per esempio ragazzi Down. Persone aventi pieno diritto di vivere la propria vita, di essere aiutate ad estendere le loro potenzialità e ridurre al minimo il supporto assi-

ta dal Consiglio comunale. Il 15 novembre 2000 avviene la presentazione ufficiale al Sindaco di Nichelino (che è anche Presidente del Cisa 12) delle 1065 firme raccolte a corredo della petizione.

Le firme giungono, in particolare, a sostegno della decisione del Cisa 12 – presa anche a seguito della mozione approvata il 2 ottobre 2000 – di destinare il recente, notevole, avanzo di amministrazione alla realizzazione di una nuova comunità alloggio (l'avanzo di amministrazione è dovuto, a quanto pare, al recupero da parte del Consorzio di fondi "arrugginiti" da tempo in Regione e Provincia).

Ad oggi, febbraio 2001, il territorio ove dovrebbe nascere la nuova comunità alloggio è stato individuato: infatti il nuovo presidio dovrebbe sorgere nella frazione Garino del Comune di Vinovo su un territorio di proprietà comunale a quanto pare già assegnato al Cisa 12, a fianco dell'attuale asilo e scuola elementare "G. Matteotti" di fronte al mobilificio Sfinge (ex Vizio).

Per la nuova struttura, il cui costo prevedibilmente si aggirerà intorno agli 800 milioni, il Cisa 12 provvederà alla progettazione, dapprima con un piano di massima poi con uno definitivo, di una struttura adatta ad ospitare non più di otto-dieci disabili. È prevista anche un'area verde e un ufficio per l'assistente sociale del

Comune di Vinovo. Lo spazio occupato si aggirerebbe sui 2.500 metri quadri. Il Cisa 12 stesso si farà carico della realizzazione.

In sintesi. È fondamentale operare proponendo idonei servizi. Generalmente le opportunità per realizzare gruppi appartamenti/comunità alloggio non mancano, se le associazioni di volontariato "lavorano" attivamente e con metodo (6).

Occorre sensibilizzare, informare, e a volte "formare" gli stessi amministratori, e fare continua "pressione".

Questo vuol dire, anche e soprattutto, sensibilizzare l'opinione pubblica sulle varie necessità in merito (articoli sui giornali, lettere, ecc.), peraltro ribadendo sempre le finalità di integrazione.

Sino a che le associazioni di tutela non intervengono adeguatamente in merito, fino a

Le associazioni coinvolte da Utim raccolsero 1.065 firme, che vennero portate al Sindaco e contribuirono a destinare l'avanzo di bilancio dei servizi sociali alla realizzazione di una Comunità alloggio per persone con disabilità grave

quando gli amministratori non sono "guidati" ad attivarsi, fino a quando queste problematiche assistenziali rimangono circoscritte nell'angoscia di chi le vive e subisce, la situazione non potrà che rimanere precaria.

stenziale (alcune di loro peraltro già inserite nel mondo del lavoro). Quanto manifestato è un atto deprecabile e dannoso, frutto di enormi pregiudizi, tanto più perché espresso neanche su fatti concreti ma ad appartamento ancora da avviare. Altro che solidarietà. Forse occorrerebbe non dimenticare che un problema handicap in famiglia può capitare a tutti. Ora, a seguito della sollevazione popolare, il Cisa 12 - Consorzio intercomunale socio assistenziale, ha preso la decisione di trovare loro un'altra idonea sistemazione. Quantomeno ciò protrarrà di circa un anno l'attivazione del nuovo appartamento che in Via Pracavallo, peraltro, era in fase d'arrivo ed aveva addirittura già visto assegnata la gestione. Fatti di questo genere non devono ripetersi. È per questo utile ribadire per tutti la preminente necessità, e per l'ente pubblico il dovere (L. 104/1992), di operare a favore dell'integrazione delle persone disabili (peraltro recenti ritorni agli istituti da parte della Regione Piemonte sono quantomeno preoccupanti). Ciò affinché, nella vita quotidiana, nella scuola, nel lavoro, ecc. la loro presenza diventi, come deve essere e come le nostre leggi impongono, sempre più una normalità per contribuire ad abbattere quelle barriere che sono solo frutto dell'ignoranza».

(5) Si veda anche l'articolo "L'importanza della scelta di obiettivi precisi: la lunga strada per l'istituzione di un centro diurno per handicappati intellettivi", *Prospettive assistenziali*, n. 127, luglio-settembre 1999.

(6) Per quanto riguarda il metodo di lavoro da seguire da parte di un'associazione di volontariato che intenda operare per il corretto riconoscimento delle esigenze e dei diritti delle persone che, a causa della gravità delle loro condizioni psico-fisiche, non sono in grado di autodifendersi, si consiglia la lettura del libro *Volontariato - trent'anni di esperienze: dalla solidarietà ai diritti*, di Francesco Santanera e Anna Maria Gallo, Utet Libreria, Torino, 1998.

Allarme dei Geriatri: «Quattro anziani su dieci esclusi per l'età dalle cure migliori». Ma manca l'analisi su quelle di lunga durata, dov'è più forte la discriminazione

Medici contro i vecchi, i chiaroscuri della «Carta di Firenze»

Andrea Ciattaglia

Troppo vecchi e costosi». Non solo per ricevere le cure più avanzate, da cui trarrebbero i maggiori benefici, ma anche per essere inclusi negli studi clinici per la sperimentazione di farmaci di cui sono i primi a fare uso. Secondo uno studio condotto su oltre 80mila persone in 57 Paesi, pubblicato sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*, una persona su due ha pregiudizi basati sull'età

Pregiudizi e stereotipi legati all'età: i malati anziani sono già «titolari di una quantità di vita sufficiente» e ormai gravosi per il sistema sociale ed economico

che influenzano anche uno dei settori chiave della vita degli anziani, cioè la sanità, riducendo l'accessibilità alle cure e l'appropriatezza dei trattamenti. Da queste considerazioni è nata il 29 febbraio la Carta di Firenze, il primo manifesto mondiale contro l'ageismo sanitario, pubblicato sulle riviste *European Geriatric Medicine* e *The Journals of Gerontology* e presentato al congresso "Anti-ageism Alliance. A Global Geriatric Task Force for older adults' care", organizzato dalla Fondazione Menarini con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg).

Il manifesto, che riportiamo integralmente in

queste pagine, punta su 12 azioni concrete per ridurre al minimo l'impatto negativo dell'ageismo nell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità di vita degli anziani, riducendo i costi legati alle loro patologie. Principi condivisibili, che però vanno contestualizzati alla luce dell'esperienza delle realtà che quotidianamente si trovano ad affrontare, insieme alle famiglie, la negazione delle cure per i loro «vecchi malati non autosufficienti».

«Ha fatto la sua vita». In base ai pregiudizi e agli stereotipi legati all'età «si ritengono gli anziani già 'titolari di una quantità di vita sufficiente', ormai gravosi per il sistema sociale ed economico. Quasi un effetto collaterale del successo medico che ha cronicizzato le malattie, determinando un incremento della coesistenza di più patologie nello stesso individuo» ha osservato Andrea Ungar, coordinatore della Carta di Firenze, presidente del congresso e della Sigg: «È aumentato così il numero di anziani da assistere e, con esso, la forma più diffusa di ageismo, cioè la discriminazione degli anziani nell'ambito sanitario. Infatti, nonostante rappresentino la maggioranza dei malati con patologie croniche quasi sempre concomitanti, il 40% degli anziani è tagliato fuori dalle terapie più avanzate e appropriate e dai protocolli sperimentali senza valide ragioni mediche ma solo in base all'età. Gli ef-

fetti negativi dell'ageismo influenzano anche la longevità, con una probabilità fino a 4 volte più alta di morire nelle persone anziane che hanno un'autopercezione negativa dell'invecchiamento rispetto a coloro che hanno una visione positiva della vecchiaia. Interiorizzare stigma e pregiudizi potrebbe essere un nuovo fattore di rischio per una vita più lunga». La discriminazione basata sull'età produce il paradosso che induce la stessa persona anziana, i suoi cari, i suoi curanti a rinunciare all'aderenza alle terapie, a screening e comportamenti preventivi, con gravi effetti sulla salute.

La formazione dei medici. Gli esperti che hanno lavorato alla redazione della Carta di Firenze, sottolineano che «nella comunità medica resistono barriere mentali che fanno ritenere poco adeguato il ricorso a nuovi farmaci e alle terapie più innovative, oltre una certa età. Bisogna quindi proteggere gli anziani dalla discriminazione sanitaria e fare in modo che ricevano le cure migliori». E, ancora: «È inevitabile che, laddove le risorse sono limitate, si operino delle scelte, ma un paziente anziano curato in maniera inefficace, va incontro a ricadute e riospedalizzazioni e deve essere nuovamente trattato con uno spreco di risorse, oltre che di vita e sofferenze individuali». Tra le azioni proposte nel manifesto per invertire la rotta puntano innanzitutto alla formazione, con il tema dell'invecchiamento che deve diventare parte integrante del percorso formativo del personale sanitario e degli assistenti sociali. «È necessario – ha detto Andrea Ungar – anche un cambiamento di paradigma nell'approccio alla cura dell'anziano che non può essere trattato 'a pezzetti', di volta in volta dal cardiologo, dal neurologo, dal diabetologo, ma deve essere seguito con il necessario sguardo di insieme dal geriatra come medico della complessità. Serve poi dare priorità agli anziani nei pronto soccorso che rappresentano un fattore di rischio per via dei lunghi tempi di attesa e una presa in carico non adeguata, che possono contribuire al declino cognitivo e al peggioramento delle condizioni fisiche».

Il medico deve anche cercare una maggiore condivisione del percorso di cura con il paziente e con i suoi caregiver informandoli correttamente delle possibili alternative, ascoltando con attenzione le loro esperienze. «I

pazienti anziani – hanno affermato gli esperti della Sigg – andrebbero inclusi nei trial clinici per la sperimentazione di farmaci da cui sono tagliati fuori perché ritenuti troppo 'inquinati' dalle loro fragilità, che comporterebbero studi più sofisticati e complessi e maggiori

Raccomandazioni sulla formazione dei medici, abituati fin dall'Università a trattare la singola patologia (e non il malato nel complesso) con la sola prospettiva della guarigione

controlli. Vengono invece esclusi, quando sono i primi a far uso di farmaci e terapie. Altrettanto necessario riprogettare gli ambienti ospedalieri per renderli più age-friendly, riducendo l'isolamento e l'immobilismo a letto dei pazienti e realizzare aulisi sanitari facilmente utilizzabili anche da chi è più avanti negli anni».

L'ageismo, è stato rilevato dagli osservatori e partecipanti al convegno, è un fenomeno strisciante anche nella sanità italiana e gli effetti sono lampanti nel caso delle malattie cardio-cerebrovascolari, che riguardano oltre il 60% degli over-65 e raggiungono il picco dell'80% negli ultra 85enni che in Italia superano i 2.2 milioni. Con l'aumentare dell'età le prescrizioni farmacologiche e i regolari controlli raccomandati dalle linee guida si riducono progressivamente fino a dimezzarsi negli over-85, in cui si registra un sostanziale sotto-trattamento fino al 40% dei casi.

Cosa manca nella Carta. Depurata dall'accento sulle prescrizioni di medicinali (non va dimenticato che il convegno fiorentino era organizzato dall'industria farmaceutica Menarini), la riflessione attorno alla Carta di Firenze e il testo del documento stesso peccano di omissioni non da poco, che riteniamo di utilità segnalare, per una eventuale integrazione/emendamento del testo.

Premessa importante: la Carta mai cita la parola «diritti», eppure sarebbe fondamentale in materia sanitaria ricordare che l'articolo 1 della legge 833 del 1978, norma fondamentale del nostro Servizio sanitario, stabilisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale

La Carta di Firenze: non c'è posto per l'ageismo nell'assistenza sanitaria

Il testo del documento pubblicato il 29 febbraio 2024 su *European Geriatric Medicine* e *The Journals of Gerontology*

1. Educazione. Bisogna promuovere l'educazione e la sensibilizzazione della popolazione, soprattutto degli anziani, per sconfiggere gli stereotipi e le false convinzioni che portano a pensare che la terza età sia un periodo di inevitabile declino.

2. Formazione. Il tema dell'invecchiamento deve diventare parte integrante del percorso formativo del personale sanitario e degli assistenti sociali.

3. Prevenzione. Il sistema sanitario deve dare priorità alla medicina preventiva in ogni fascia di età, per ritardare quanto più possibile l'insorgenza di malattie, fragilità e disabilità, e non solo curare le patologie quando si manifestano.

4. Personalizzazione delle terapie. La cura dell'anziano non può basarsi sul trattamento delle singole patologie secondo linee guida basate su trial clinici condotti in pazienti giovani: servono terapie su misura finalizzate a raggiungere obiettivi realistici, compatibilmente con l'età e le comorbidità del paziente.

5. Condivisione del percorso di cura. Il medico deve cercare una maggiore condivisione del percorso di cura col paziente e i suoi caregiver, informandoli correttamente delle possibili alternative e ascoltando con attenzione le loro esperienze, in modo da scegliere le opzioni più adatte alle loro priorità e preferenze in modo da aumentare l'aderenza alla terapia.

6. No alle discriminazioni. La scelta delle terapie non va fatta in base all'età anagrafica, per non escludere pazienti anziani da trattamenti di prevenzione e cura che potrebbero essere utili a migliorare la loro qualità di vita.

7. Trial clinici più inclusivi. Gli anziani dovrebbero essere inclusi nelle sperimentazioni cliniche che testano cure e interventi potenzialmente utili per loro. I risultati andrebbero stratificati per età e condizioni di salute, misurando non solo gli effetti in relazio-

ne alla malattia e alla sopravvivenza, ma anche alla qualità di vita.

8. Assistenza più integrata. Serve un maggiore coordinamento tra assistenza medica e sociale per una migliore gestione dei pazienti anziani con malattie croniche, fragilità, disabilità e deficit cognitivi. Il geriatra può giocare un ruolo chiave.

9. Priorità al PS. Al pronto soccorso gli anziani devono essere trattati e dimessi il più rapidamente possibile, perché una permanenza prolungata aumenta il rischio di deterioramento delle loro condizioni.

10. Ospedali age-friendly. Le strutture sanitarie dovrebbero includere ambienti "amici" degli anziani, dove i pazienti non siano costretti a rimanere immobili a letto e isolati, ma abbiano la possibilità di occuparsi della cura della propria persona, di fare riabilitazione, socializzare e dormire indisturbati per recuperare prima. Questo aiuterebbe a prevenire complicazioni come le cadute, il delirio, l'incontinenza e la depressione.

11. Accessibilità. L'accesso all'assistenza sanitaria dovrebbe essere garantito alle persone anziane, in particolare a quelle con disabilità, fragilità, isolamento sociale e svantaggio socioeconomico. L'assistenza dovrebbe comprendere la salute orale, la salute degli occhi, gli apparecchi acustici e altri servizi solitamente forniti al di fuori del sistema sanitario pubblico. Il trasporto pubblico verso le strutture sanitarie dovrebbe essere accessibile e conveniente.

12. Tecnologie a misura di anziano. Il coinvolgimento degli anziani nello sviluppo di tecnologie sanitarie, compresa l'intelligenza artificiale, può aiutare a sviluppare strumenti che consentano anche a chi è più avanti negli anni di beneficiare di strategie di assistenza innovative. I dati relativi alle condizioni funzionali e di salute degli anziani vanno inclusi nei dati utilizzati per generare modelli di previsione clinica e decisionali.

diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. (...) 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» e, all'articolo 2, che il Servizio sanitario assicura a «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e «la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Procediamo con ordine, prendendo in esame gli articoli dall'8 all'11 della Carta. Quando i geriatri scrivono «serve un maggiore coordinamento tra assistenza medica e sociale per una migliore gestione dei pazienti anziani con malattie croniche, fragilità, disabilità e deficit cognitivi» (punto 8) a coloro che affrontano quotidianamente i casi di cure negate viene alla mente il rapporto che nelle Unità valutative multidisciplinari c'è tra i funzionari della Sanità e quelli dei Comuni: i primi circoscrivono il loro intervento alle puntuali prestazioni professionali (il prelievo, la misurazione, la medicazione...); i secondi sottopongono la generalità dell'intervento – anche quello di tutela della salute – a valutazione dei mezzi, fornendo al servizio il metro di valutazione in base al quale – illegittimamente, perché si tratta di diritti universalistici – negare il servizio.

In maniera analoga, il punto 9 sulla «Priorità al PS» prevede la dimissione «il più rapidamente possibile» come presunta soluzione ad «una permanenza prolungata che aumenta il rischio di deterioramento delle loro (degli anziani malati, ndr) condizioni». Sarebbe invece auspicabile – e coerente con le leggi vigenti in materia di Livelli essenziali delle prestazioni – che il Pronto soccorso fosse il punto di avvio di una presa in carico mirata e adeguata alle necessità del caso. Ciò vale soprattutto nel caso di malati cronici non autosufficienti, per i quali non è possibile un intervento di guarigione, mentre è doveroso che da Pronto soccorso, senza soluzio-

ne di continuità, venga avviato un percorso di cura sanitaria e socio-sanitaria.

Gli ospedali «age-friendly» del punto 10, non devono mascherare quelle che sono già oggi inadempienze gravi dei servizi sanitari. Per esempio: nella Carta si legge: «Le strutture sanitarie dovrebbero includere ambienti “amici” degli anziani, dove i pazienti non siano costretti a rimanere immobili a letto e isolati». Ma il rimanere immobili a letto o isolati non sono condizioni «normali», da superare con un eventuale aumento della qualità della degenza, in un ospedale «age-friendly». Molto più alla radice, un ospedale che funziona, e che cura in base alle norme e agli standard di qualità che deve rispettare, non lascia ricoverati isolati e abbandonati a letto.

Infine, sull'accessibilità (punto 11), sarebbe auspicabile una decisa correzione del testo, in considerazione dei diritti già pienamente vigenti. La formulazione «l'accesso all'assi-

Nella Carta mancano i riferimenti alla Costituzione e alle leggi in vigore, che assicurano al malato anziano le cure per la sua condizione e vietano ogni discriminazione

stenza sanitaria dovrebbe essere garantito alle persone anziane, in particolare a quelle con disabilità, fragilità, isolamento sociale e svantaggio socioeconomico» evoca un diritto ancora da conquistare, mentre l'accesso all'assistenza sanitaria «è» diritto pienamente esigibile. Di più, non lo è solamente per coloro che vivono altre condizioni di bisogno/disagio (oltre alla malattia), ma per tutti coloro che sono malati, indipendentemente dalle altre loro condizioni.

Invece del testo pubblicato, sarebbe quindi auspicabile una riforma dell'articolo così formulata: «L'accesso all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria deve essere concretamente garantito, come previsto dalle norme vigenti, senza distinzioni di condizioni personali, età inclusa, e sociali. Il Servizio sanitario opera per la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Una malata cronica non autosufficiente ha ottenuto le prestazioni a tempo indeterminato, in prima battuta negate dalla sanità

Veneto, continuità delle cure: azione efficace per i diritti dei malati

Alessandro Bravetti

Premessa. la Fondazione promozione sociale è attiva dal 2003, ma prosegue l'attività del Comitato di difesa dei diritti dei malati non autosufficienti, attivo dal 1968. La base della nostra attività si fonda sulla normativa nazionale (legge 833/1978, d.lgs. 502/1992 e Dpcm 12 gennaio 2017). Interveniamo quindi in tutte le Regioni, anche in Veneto.

La storia che segue dimostra come, attivando correttamente i mezzi previsti dalle norme vigenti, sia possibile ottenere il rispetto del diritto di ogni anziano malato cronico non autosufficiente a vedersi assicurata la continuità delle cure, fino alla presa in carico di lunga durata da parte dell'Asl competente per la residenza del malato. Cito il caso della Sig.ra Carla, di Belluno. È una persona anziana malata cronica non autosufficiente, affetta da demenza, con piaghe da decubito ed è dipendente in tutto per le attività indispensabili e per le funzioni vitali, per cui ha ottenuto l'indennità di accompagnamento INPS. Da diversi anni viene seguita al domicilio direttamente dai figli. Ad agosto 2023 i familiari

si sono resi conto di non essere più in grado di garantire le cure a casa, per la loro complessità e per il notevole impegno richiesto senza un adeguato e necessario sostegno da parte dell'Ulss. Presentano quindi richiesta all'Ulss di residenza per l'inserimento in lista d'attesa per un posto letto in Rsa.

A settembre dell'anno scorso (2023), a seguito di un peggioramento delle condizioni di salute, la malata viene ricoverata in ospedale, dove però viene fin da subito comunicato – verbalmente – ai familiari che, una volta stabilizzata la situazione, sarà compito dei familiari provvedere alla presa in carico del genitore malato cronico non autosufficiente in attesa dello scorrimento della lista d'attesa, che sia con il rientro al domicilio o con ricovero privato in Rsa.

La figlia della Sig.ra Carla si mette allora alla ricerca di informazioni in merito e si imbatte sul nostro sito internet. Contattando la Fondazione, le viene spiegato che, se l'ammalata ha superato la fase acuta, l'ospedale può trasferirla (e non dimetterla) in un'altra struttura sanitaria o socio-sanitaria di lungodegenza. La legge infatti prevede il diritto di richiedere la prosecuzione delle cure per il malato in attesa dell'autorizzazione al ricovero in convenzione in Rsa, ma è necessario presentare per

**La comunicazione verbale ai parenti della ricoverata:
«Una volta stabilizzata, tocca a voi farvene carico».
Ignorati i diritti della malata e gli obblighi
di cura del Servizio sanitario**

iscritto l'opposizione alle dimissioni e, allo stesso tempo, la richiesta di continuità delle cure senza interruzioni.

I figli inviano quindi una comunicazione Pec alla Direzione generale dell'Ulss, alla Direzione sanitaria dell'ospedale, al Garante regionale per i Diritti della Persona e al Sindaco del Comune di residenza, con la quale sin da subito dichiarano la loro disponibilità ad accettare il trasferimento della propria madre malata cronica non autosufficiente in altra struttura residenziale sanitaria e/o socio-sanitaria, come previsto dalla normativa nazionale di riferimento (legge 833/1978 e Dpcm 12 gennaio 2017).

Il testo dell'istanza di opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità delle cure è chiarissimo in questo senso: «La scrivente dichiara la propria impossibilità ad accettare percorsi finalizzati al rientro al domicilio del malato non autosufficiente. Ai sensi dell'articolo 30 comma 1, lettera b) del Dpcm 12 gennaio 2017 sopra citato, la scrivente è disponibile ad accettare, previo rilascio della certificazione del medico curante della struttura, il passaggio dalla fase estensiva al trattamento di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (...) con garanzia di continuità assistenziale (...) a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».

La richiesta viene avanzata esplicitando l'obbligo per il Servizio sanitario di rispettare alcune fondamentali garanzie: «Il percorso di cura proposto sia definitivo e in convenzione con il Servizio sanitario nazionale; siano assicurate al degente tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative; la struttura sia situata preferibilmente nel Comune di residenza o in un Comune a scelta della famiglia – in base alle esigenze del malato e dei suoi cari – in modo da consentire non solo alla 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, se disposto in altra struttura residenziale socio-sanitaria; la quota della retta alberghiera a carico del degente sia conforme alla normativa vigente sopra richiamata e sia comprensiva di tutte le prestazioni, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.; l'integrazione dell'eventuale quota della retta

La richiesta formale del rispetto del diritto alle cure ha portato al ricovero definitivo della malata nell'arco di tre mesi: le norme vigenti vanno applicate

alberghiera non corrisposta dal ricoverato venga versata dall'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali a partire dalla data del ricovero in Rsa del degente, previa richiesta dell'interessato e/o di chi lo rappresenta all'Ente medesimo».

La reazione dell'Ospedale non si fa attendere. A questo punto è importante sostenere la richiesta anche con il Primario del reparto, perché sovente ignorano i diritti dei degenti. In questo caso, la figlia conferma la richiesta presentata, non essendo possibile accettare il rientro domiciliare e ribadisce che resta in attesa delle risposte scritte dell'Ulss di Belluno in merito alle proposte di continuità delle cure che intendono attivare.

Nel mentre, i figli si attivano anche per richiedere la nomina di uno di essi nel ruolo di Amministratore di sostegno della madre. Alla fine del mese di ottobre 2023, il Giudice tutelare nomina come Amministratore di sostegno uno dei figli della Sig.ra Carla, specificando che all'Amministratore vengono conferiti «i poteri necessari alla cura della persona della beneficiaria».

Il figlio informa l'ospedale e, nell'incontro che segue con la Direzione sanitaria, accetta il trasferimento in posto letto presso un Ospedale di Comunità.

Nello stesso giorno del trasferimento, l'Ulss di Belluno comunica all'Amministratore di sostegno che è stata accettata la richiesta di ricovero in convenzione in Rsa: qualche giorno dopo, la degente viene quindi trasferita, sempre da parte del Servizio sanitario, nella Rsa scelta per il ricovero definitivo in convenzione, dove si trova tutt'ora. In sintesi, nell'arco di tre mesi, i familiari della Sig.ra B.C. sono riusciti ad ottenere una soluzione definitiva e idonea per garantire alla propria madre le cure sanitarie e socio-sanitarie di cui necessita, una soluzione resa possibile dalla mera richiesta di applicazione delle norme attualmente vigenti, mentre la degente ha, nel contempo, ricevuto tutte le cure di cui aveva necessità.

Tutela e Amministrazione di sostegno SOTTO ESAME

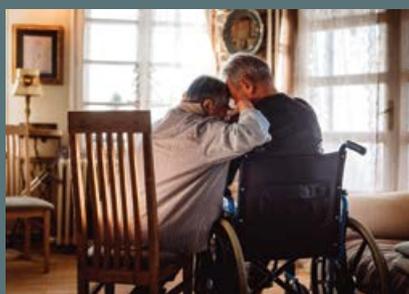


Il volume curato dall'Associazione Tutori Volontari OdV e dall'Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva – Utim OdV a vent'anni dall'introduzione dell'amministrazione di sostegno: testi di approfondimento sugli istituti di tutela, l'attività dell'Ufficio provinciale di pubblica tutela, le proposte operative per migliorare la tutela ai beneficiari, i facsimili per le istanze al Giudice tutelare.

**Acquista la tua copia
cartacea (€ 14, spedizione inclusa)
o digitale (€ 6,90)
su www.prospettiverivista.it**

NEL PROSSIMO NUMERO

aprile - giugno



NON AUTOSUFFICIENZA, LA VOCE DEGLI ESCLUSI

I casi seguiti dalla Fondazione promozione sociale: diritto negato alle cure socio-sanitarie di lunga durata a domicilio e in Rsa. Il Consiglio comunale discute una mozione per richiamare l'Asl ai suoi compiti di cure: migliaia di torinesi gravissimi e senza autonomia non ricevono le cure sanitarie.

DISABILITÀ, LA TUTELA DELLE COMMISSIONI DI CONTROLLO

Torino, le associazioni indipendenti da quarant'anni hanno la facoltà di controllare a sorpresa i servizi per la disabilità: il racconto dell'attività di ispezione dei volontari dell'Utim in una «Commissione di controllo». Un'esperienza da esportare e ampliare alle Rsa per malati non autosufficienti.



REGIONE PIEMONTE, LA PIATTAFORMA DEL CSA

Nuova legislatura regionale: rimangono i nodi fondamentali sulla tutela della salute dei malati non autosufficienti e delle persone con grave disabilità. Nuove regole e aumento delle risorse per evitare liste di attesa e negazione dei Lea: le istanze del Coordinamento sanità e assistenza (Csa)



UTIM

*Unione per la tutela
delle persone
con disabilità
intellettiva OdV*

QUOTA SOCI

35 euro

Compreso l'abbonamento al Notiziario *ControCittà*.
Oppure sostieni l'attività dell'Utim con donazioni o contributi
sul conto corrente postale n. 21980107 o con bonifico
bancario su IBAN: **IT77 T076 0101 0000 0002 1980 107**.

Donazioni e contributi sono deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

Abbonati ora

PROSPETTIVE

PROSPETTIVE
I nostri diritti sanitari e sociali

223
1 luglio 2022

La storia di un figlio, che ospita la mamma allungando la vita fuori casa per le persone non fiscalmente autosufficienti. «Così ho garantito un FUTURO a mio figlio»

Diabete

LEGGI 33
Inverdi: l'allarme del Cersaai

PNRR
Cura di comunità: la 36esima del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

DIRITTI
Cura ospedaliera: la nuova legge

ISEE
Diciotto anni di lavoro: il nuovo limite

ANNIVERSARIO
FPS: 20 anni di tutela dei diritti

PROSPETTIVE
I nostri diritti sanitari e sociali

222
1 aprile 2022

Appello
Legge 33, c'è chi dice NO

Giuristi e medici critici sulla legge non autosufficienza. «Non abbiamo il cervello sicuro della Lega e del Sen per le cure di lunga durata agli anziani malati»

DIRITTI
Cura di comunità: la nuova legge

SANITÀ
Cura di comunità: la nuova legge

CURE A CASA
Cura di comunità: la nuova legge

STRUMENTI
Cura di comunità: la nuova legge

INTERVISTA
Cura di comunità: la nuova legge

PROSPETTIVE
I nostri diritti sanitari e sociali

225
1 gennaio 2024

Legge non autosufficienza

I PERICOLI del Decreto

Legge 33, tutte le insidie del decreto attuativo. Vittoria del Cda, il Ministero della salute (e non le Politiche sociali) titolare su programmazione, valutazione e standard

RICOVERI
100 per 100 Sanità
Le sentenze che impongono il pagamento delle spese di ricovero a totale carico sanitario per i malati non autosufficienti

TASSE
Più evasione, meno servizi
Sgravi contributivi, bonus per i ricchi, incentivi ed evasioni: il fisco prosciuga e meno risorse per la sanità

AUTISMO
Aba, sentenza positiva al Tar
Per la prima volta in Piemonte, Asl costretta a finanziare le cure con il metodo dell'italiana applicata del comportamento (Aba)

COMUNI
Non cure, ma politica
Le norme impongono ai Municipi di far emergere i bisogni e verificare il lavoro delle Asl, non di sostituirle (male)

MINORI
Adozione aperta a giudizio
Giudizio della Corte costituzionale sul mantenimento delle relazioni tra minorenni adottati e famiglia di origine

Sped. in a.p. art. 2 comma 20/c, legge 66/2016, filiale di Torino, n. 1, 2024, ISSN 1127-5257

PROSPETTIVE
I nostri diritti sanitari e sociali

224
1 aprile 2022

Non autosufficienti

Non sono VITE di SCARTO

Incontro nazionale del Confindustria per il diritto alla sanità dei malati non autosufficienti - Diritto alle cure e qualità nella Bsa, una battaglia di dignità - Cure domiciliari, prospettive l'impegno a salvare i Lea dalla legge 33 sulla non autosufficienza

DOMICILIO
Adi potenziata, proposta Cda

SENTENZE
Difesa del Sen per tutti i malati

OSPEDALE
Misure Pronto soccorso

DIRITTI
Sicchio assistito, prima legge

ADOZIONE
Quarant'anni dalla legge 184

Abbonamenti
Annuale (4 numeri + copia digitale in omaggio): **50 euro** (sostenitore 70 euro; promozionale 100 euro; per i Soci delle organizzazioni aderenti al Csa 40 euro).

Abbonati subito su www.prospettiverivista.it alla pagina abbonamenti inserendo il tuo recapito e la tua mail in pochi click.
Copia singola 15 euro

Per informazioni e indicazioni scrivere a info@prospettiverivista.it o chiamare il numero 345.6749838

Puoi effettuare il pagamento:
Con carta di debito/credito o PayPal   

Sul conto corrente postale n. 25454109 intestato a:
Unione per la promozione sociale - via Artisti, 36 - 10124 Torino
Iban: IT49S076010100000025454109

Con bonifico bancario, intestato a:
Unione per la promozione sociale
Iban: IT39Y020080105800002228088
(Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).

Indicare SEMPRE nella causale nome, cognome indirizzo e mail.