

### ANCHE IL GIORNALE AVVENIRE RICONOSCE L'IMPORTANZA DEI LEA

Anche il giornale *Avvenire* impartisce un'utile lezione ai Sindacati e alle organizzazioni che continuano da oltre dieci anni a non voler riconoscere l'esistenza e l'estrema importanza dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), che garantiscono diritti pienamente e immediatamente esigibili a oltre un milione di persone non autosufficienti a causa delle patologie e/o degli handicap di cui sono colpiti.

Ecco che cosa scrive *Avvenire* del 29 maggio con il titolo "I livelli essenziali di assistenza (Lea), 'il minimo di cure' per ogni cittadino": *«I Lea sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale, attraverso le risorse pubbliche, è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Per comprendere meglio: a ogni patologia corrispondono cure minime essenziali che la Sanità deve mettere a disposizione del malato (visite, esami, interventi ospedalieri...). Ad esempio, la ricostruzione del seno per una donna che ha subito un intervento oncologico è un "servizio essenziale" e dunque messo a disposizione dal sistema-Salute, mentre una operazione simile di chirurgia plastica, ovviamente, non rientra nei Lea. Ma nei "livelli essenziali di assistenza" rientrano anche: servizi di prevenzione (i vaccini per i bambini e anziani...); la presenza sul territorio di presidi diffusi in modo capillare (medici di base, assistenza domiciliare, consultori, protesi per disabili, case famiglie, residenze per terza età e portatori di handicap...); l'assistenza ospedaliera dall'ingresso (pronto soccorso) sino alla piena guarigione (riabilitazione). Le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei Lea».*

### L'ASL NON PUÒ RIFIUTARE GLI AUSILI PER MOTIVI DI BILANCIO

Il Tribunale di Napoli, Sezione Lavoro, con ordinanza del 12 marzo 2012, pronunciata in via

d'urgenza, ha riconosciuto il diritto del cittadino con disabilità ad ottenere un ausilio non previsto dal nomenclatore tariffario, ma dimostrato con certificazione medica necessario per il miglioramento della sua salute. E ciò anche contro il diniego dell'Asl motivato per ragioni di bilancio.

Viene pertanto confermato, ancora una volta, il principio fondamentale secondo cui un diritto costituzionalmente garantito, come la tutela della salute, non può essere affievolito o violato sulla base di motivazioni legate alla spesa pubblica, anche in un momento così delicato come quello che l'Italia sta attraversando.

Infatti nell'ordinanza viene precisato che *«il diritto alla salute rappresenta un valore premimente rispetto a qualunque interesse di contenimento della spesa pubblica, interesse tutelato dalla predisposizione di specifici elenchi di farmaci e di presidi che lo Stato eroga a totale suo carico. Conseguentemente, sussiste il pieno diritto alla somministrazione di un presidio che, sebbene non inserito nel nomenclatore allegato al regolamento approvato con decreto ministeriale n. 332 del 1999, costituisca l'unico mezzo per salvaguardare il bene salute del cittadino».*

### FINANZIAMENTI PER LA SANITÀ: L'ITALIA FANALINO DI CODA NELL'UNIONE EUROPEA

Mentre si riducono ancora i finanziamenti per il Servizio sanitario nazionale, l'VIII Rapporto Sanità del Ceis, Università di Roma Tor Vergata, segnala quanto segue: *«I ragionamenti limitati alla variabilità della spesa regionale sono per forza di cose miopi: appare piuttosto necessario confrontarsi con una visione più ampia e quindi anche con i dati internazionali. Da questo punto di vista le cifre parlano sostanzialmente chiaro: l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria italiana è pari al 9,6%, ed è ormai inferiore alla media dei Paesi Ocde [Organisation for Economic Cooperation and Development, n.d.r.]. Ma il dato sul Pil dice poco, se non che ovviamente ogni Paese può permettersi di allocare sulla Sanità una quota*

sostanzialmente simile di risorse. Se, invece, si guardano i valori di spesa, il gap rispetto all'Europa è evidente e anche crescente: -26,1% (-16,9% nel 1990) rispetto agli altri Paesi di EU6 (Belgio, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi), -18,7% (+4,1% nel 1990) rispetto a EU12 [Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Danimarca, Irlanda, Regno Unito, Grecia, Portogallo e Spagna, n.d.r.]. Il gap si allarga ulteriormente sul versante della spesa pubblica: -25,9% (-10,2% nel 1990) rispetto a EU6, -17,9% (+10,9% nel 1990) rispetto a EU12. Le differenze evidenziate sono, quindi, eclatanti e dato che lo stato di salute della popolazione italiana è quanto meno non secondo a quello medio europeo, mancano indizi che possano far pensare che l'assistenza sanitaria italiana sia gravata da un tasso di inefficienza economica rilevante, tale da giustificare riduzioni ulteriori di spesa dell'ordine del 10% (come previsto nella manovra estiva del 2011)».

In merito ricordiamo, come avevamo segnalato in "Notizie" dello scorso numero, che nella relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni relativa agli esercizi 2009 e 2010, la Corte dei Conti riferisce che «secondo i dati Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) 2010, la spesa sanitaria pubblica in Italia, nel 2008 è stata pari al 7,0% del Pil, leggermente superiore alla media Ocse (6,5), ma inferiore rispetto a Francia (8,7), Germania (8,1) e Regno Unito (7,2). Anche in termini di spesa pro capite, l'Italia registra una spesa pari a 2.220 dollari, superiore a quella della Spagna, ma inferiore a quella sostenuta da Francia e Germania (2.900 dollari) e Regno Unito (2.600 dollari). Anche i dati sulla dinamica della spesa sanitaria pro capite sono omogenei, se non inferiori ai valori internazionali: in Italia nel periodo 1997/2007, la spesa sanitaria pubblica pro capite è cresciuta, in termini reali, del 3,3 per cento in media all'anno, mentre nei Paesi Ocse la media è stata pari al 4,3%.

#### SPESE SOCIO-SANITARIE: CONTINUA L'IMPOVERIMENTO DELLE FAMIGLIE

Dall'VIII Rapporto Sanità del Ceis, Università di Roma Tor Vergata del 13 luglio 2012 risulta

che «la spesa socio-sanitaria media annua delle famiglie povere è pari a circa euro 680 e si è ridotta di ben il 9,3%, evocando significative rinunce: si sono ridotte tutte le voci di spesa, tranne le spese per gli anziani non autosufficienti. Si è registrata anche una riduzione d'incidenza dell'impoverimento: 297.670 nuclei (erano 334.695 l'anno precedente), ovvero l'1,2% delle famiglie (pari al 2,0% di quelle che sostengono spese sanitarie); il miglioramento è però da attribuire alla riduzione più che proporzionale dei consumi sanitari privati sul totale dei consumi delle famiglie. Nei fatti, pur essendosi ridotta la quota delle famiglie impoverite, l'entità dell'impoverimento è aumentata: la spesa media di queste famiglie ha subito un aumento del +2,3%. Analogamente si è avuta anche una riduzione della quota di famiglie soggette a spese catastrofiche, 674.754 nuclei (erano 747.631 l'anno precedente) pari al 2,7% delle famiglie, ovvero il 4,3% di quelle che sostengono spese sanitarie. La spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastrofiche si è ridotta del -2,2%, per un valore medio di euro 20.519. Per le famiglie impoverite o soggette a spese catastrofiche si sono ridotte tutte le voci di spesa, ad eccezione di quelle per l'assistenza ai disabili ed anziani (evidentemente incompatibile) e quelle per la specialistica (presumibilmente per l'aumento delle partecipazioni). Si sono, invece, ridotte in modo significativo le spese sostenute per infermieri e fisioterapisti (-44,7%), protesi e ausili (-37,2%) e ricoveri ospedalieri (-34,9%).

#### DUE DOCUMENTI SULLE VIOLENZE SESSUALI PERPRETATE DA SACERDOTI

Su *Il Regno* documenti sono stati pubblicati due testi:

- sul n. 5, 2012 è stata riportata la lettera pastorale dei vescovi e dei superiori maggiori del Belgio sulle violenze sessuali nella Chiesa, di cui riproduciamo integralmente la presentazione: «La principale lezione da trarre dal recente passato riguarda la rottura del silenzio. Si è taciuto anche nella Chiesa». Probabilmente si sarebbero potuto risparmiare alle vittime «molte sofferenze se si fosse incoraggiata più spesso la trasparenza»: dopo la sta-

gione delle tempeste provocate dalle rilevazioni dei mass media, dell'alternarsi delle commissioni d'inchiesta e delle loro presidenze burrascose, dalla clamorosa perquisizione nell'arcivescovado di Malines-Bruxelles (Regno-Attualità 2, 2012,9ss), è arrivata il 13 gennaio la risposta dei vescovi e religiosi belgi alla questione delle violenze sessuali su minori nella Chiesa. Essa riconosce innanzitutto di non aver ascoltato le vittime, di averne minimizzato i racconti, di aver favorito un "esercizio autoritario del potere". Ma soprattutto s'impegna in un percorso operativo che sia contemporaneamente "globale", "integrato" e che abbia al centro la vittima, lasciando a lei scegliere tra le diverse "forme di riparazione" che la Chiesa metterà in campo. Prima tappa sarà l'istituzione di "punti di contatto" in ogni diocesi, ai quali le vittime o le persone informate dei fatti possono rivolgersi»;

• sul n. 7, 2012 è stato inserito il testo che sintetizza le conclusioni della visita apostolica effettuata in Irlanda fra il novembre 2010 e il giugno 2011 a quattro diocesi, ai seminari (di cui uno avente sede a Roma) e agli istituti religiosi, rilevando in particolare quanto segue: «Durante la loro permanenza in Irlanda, i visitatori hanno potuto constatare personalmente che le carenze del passato hanno determinato un'inadeguata comprensione e reazione al terribile fenomeno della violenza sessuale sui minori, anche da parte di vari vescovi e superiori religiosi.

«Con profondo senso di sofferenza e vergogna, bisogna riconoscere che nella comunità cristiana bambini e adolescenti hanno subito violenza da parte dei sacerdoti e dei religiosi alle cui cure erano affidati, mentre coloro che avrebbero dovuto vigilare spesso non lo hanno fatto in modo efficace».

## IL GARANTE PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA LANCIÀ L'ALLARME SUL PROPRIO RUOLO

Su *La Stampa* del 6 giugno 2012 è stato segnalato che il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, insediatosi nel novembre scorso, ha lanciato l'allarme affermando che «così non si può andare avanti» ed ha puntato «il dito contro il Governo e contro la legge istitutiva» affermando che «a differenza di quanto previsto per altre Authority, quella per l'infanzia e l'adolescenza non è autonoma». Infatti il relativo regolamento deve essere definito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri che non ha ancora provveduto per cui questa mancanza «sta impedendo di svolgere al meglio l'attività».

Mentre attualmente il Garante individua le difficoltà di intervento sulla omessa emanazione del regolamento, riteniamo che quando si impegnerà in azioni concrete, constaterà che, come avevamo segnalato su questa rivista (1), per i minori in gravi difficoltà socio-economiche e per i loro nuclei familiari l'ostacolo di fondo è l'assenza nelle legislazioni nazionale e regionale di diritti esigibili.

Si tenga altresì presente che nel nostro Paese è ancora presente l'odiosa separazione fra l'assistenza ai nati nel matrimonio di competenza dei Comuni e gli interventi per i nati fuori di esso tuttora affidati alle Province, anche perché quasi tutte le Regioni non hanno approvato leggi per modificare questa incivile situazione.

(1) Cfr. su *Prospettive assistenziali* gli articoli: "Inutile l'istituzione di un Garante per l'infanzia", n. 162, 2008; "Serve il Garante dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per i minori ai quali la legge non riconosce alcun diritto?", n. 165, 2009; "Perché l'Associazione dei magistrati minorili appoggia l'istituzione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza?", n. 168, 2009; "Perché il Parlamento ha istituito il Garante per l'infanzia e l'adolescenza per la tutela di diritti importanti ma inesistenti?", n. 174, 2011.

### SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE SULLO STATO DI ADOTTABILITÀ

La Sezione prima civile della Corte di Cassazione ha stabilito nella sentenza n. 1251 del 27 gennaio 2012 che «in tema di procedimento per la dichiarazione dello stato di adottabilità, di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184, l'obbligo di audizione del minore di età inferiore ai 12 anni sussiste solo se presenta adeguata capacità di discernimento» e che «ai fini della dichiarazione dello stato di adottabilità, va dichiarato lo stato di abbandono del minore se sussistono plurimi e significativi elementi concreti realmente in grado di incidere negativamente sul processo di evoluzione fisica, psichica ed intellettuale del medesimo, atti ad impedirne una crescita serena ed un accudimento adeguato».