

LA BUFALA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: CONTINUA LA DANNOSA CONFUSIONE FRA «SOCIALE» E «ASSISTENZIALE»

FRANCESCO SANTANERA

Nell'articolo "Affermazioni fuorvianti su funzioni e ruolo dell'assistenza", pubblicato sul n. 199, 2017 di questa rivista, avevo osservato che nel capitolo "Sanità e assistenza sociale nella giurisprudenza costituzionale (e non solo): due materie difficilmente separabili" (1) «*Emanuele Rossi si adopera con singolari argomentazioni a proporre l'assurda e nefasta complementarità tra i settori della sanità e dell'assistenza sociale*». Purtroppo, un'altra produzione dello stesso Autore dagli analoghi contenuti impone che si ritorni sull'argomento, che è fondamentale per smascherare la non corretta impostazione culturale che vuole limitare/vincolare l'erogazione delle prestazioni sanitarie per i malati/persone con disabilità non autosufficienti.

Rossi parte, nell'articolo "Il socio-sanitario: una scommessa incompiuta", pubblicato sul n. 2/2018 della rivista *Aic - Associazione italiana dei costituzionalisti*, da una posizione pienamente condivisibile: l'importanza della «*prospettiva di una cura della persona che combini competenze ed interventi di tipo sanitario con competenze ed interventi di tipo sociale*». Egli evidenzia correttamente «*l'insufficienza di una sola delle due ad offrire una risposta adeguata a tutelare i diritti della persona in relazione a bisogni specifici*».

Prospettando il raggiungimento di questo validissimo obiettivo l'Autore compie però, nuovamente, la sconcertante confusione fra la parola "assistenza", che individua con precisione una competenza dello Stato sancita dalla Costituzione, e il termine "sociale" che, invece, non è una funzione istituzionale, bensì una modalità operativa di carattere generale (e, tra l'altro, anche generico). Il "sociale", se declinato e inteso come criterio per l'attuazione di iniziative umanizzanti, relazionali e comunitarie, da adattare – occorrendo – alle particolari situazioni personali e familiari degli utenti, è di fonamen-

tale importanza per tutti i cittadini, nonché componente indispensabile ed utilissima non solo per il settore sanitario, ma anche per tutte le funzioni di interesse collettivo (scuola, casa, trasporti, formazione professionale, attività dirette all'inserimento lavorativo, cultura, sport, tempo libero, ecc.). Com'è (anzi, come dovrebbe) essere ovvio, tutte le attività dei settori sopra indicati dovrebbero sempre essere assicurate non tenendo solamente in considerazione i pur primari aspetti tecnici, ma integrandoli – e quindi arricchendoli – con le imprescindibili valenze "sociali".

In sostanza, poiché la componente "sociale" dovrebbe essere presente in tutti gli ambiti di interesse collettivo, la sua funzione dovrebbe sempre essere intesa come parte già di per sé integrante (e quindi automaticamente intesa, non necessariamente da esplicitare) non solo del settore socio-sanitario, ma anche degli ambiti che potrebbero essere definiti: socio-prescolastico, socio-scolastico, socio-abitativo, socio-formativo, socio-culturale, ecc.

Il sociale è terapia. Particolarmente importanti in proposito sono le considerazioni di Benedetto Saraceno che, nell'adempimento delle sue funzioni di Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Organizzazione mondiale della sanità, aveva affermato (2) che «*non c'è un punto dove finisce il sanitario e comincia il sociale, ma il sociale è sanitario, il sociale è cura, e al contrario, là dove manchino queste dimensioni si avrà semplicemente una "cattiva cura", una "terapia inadeguata". Tutto questo gli psichiatri e spesso gli amministratori fanno fatica a capirlo e continuano a pensare che la dimensione sociale del trattamento delle malattie mentali è una sorta di optional, lodevole, segno di apertura mentale, da perseguirsi tuttavia fino a dove i finanziamenti lo permettano. Non si tratta di eliminare un optional erogabile*

(1) Il capitolo citato è contenuto nel volume curato da Renato Balduzzi, "Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento", pubblicato da "Il Mulino" nel 2016.

(2) Cfr. la rivista "Prospettive sociali e sanitarie", n. 7, 15 aprile 1999.

solo in tempi di vacche grasse, ma di assumersi la piena responsabilità che tale eliminazione azzoppa la terapeutica, la rende meno efficace. In altre parole, è come dire che non tutti gli strumenti chirurgici saranno sterilizzati poiché mancano i fondi. Chi facesse questa dichiarazione sarebbe accusato di togliere ai malati il diritto a cure appropriate ed esporli a rischi addizionali».

Dunque, Benedetto Saraceno sostiene autorevolmente che l'attività sanitaria è (meglio, "nei casi di efficace applicazione è") già di per sé sociale – nel senso inteso finora in questo articolo – ed è in grado di fornire risposte adeguate alle esigenze dei malati (siano essi pazienti psichiatrici o con altre patologie). Per questo è indispensabile l'assunzione diretta da parte di tutto il personale della sanità (medici, infermieri, riabilitatori, inservienti, impiegati, ecc.) delle valenze umanizzanti, relazionali e comunitarie che, unite alle prestazioni sanitarie, sono la base per cure effettivamente valide.

Molto importanti sono anche le parole pronunciate nel 2018 da Guido Giustetto, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, in occasione della cerimonia del giuramento professionale dei Medici (3): *«Avete scelto una professione difficile, ma al tempo stesso bella, forse la più bella. E l'aspetto più importante è che è una professione di aiuto, che ci mette in contatto molto stretto con l'intimità delle persone, di cui dobbiamo imparare a rispettare i valori e le credenze di riferimento. Per farlo dobbiamo imparare ad ascoltare bene le loro parole, a comprenderle. (...) Un paziente perdonerà quasi sempre al suo medico di aver commesso un errore, se ne ha avvertito la solidarietà e se si è sentito considerato, ma non gli perdonerà di non essere stato ascoltato. Bisogna rompere il diaframma tra ciò che dice il paziente e ciò che sente il medico».*

Differenze sostanziali degli articoli 32 e 38 della Costituzione. Qual è, dunque, la confusione in cui incappa Rossi? Scambiare il "sociale" com'è stato qui presentato con l'"assistenza", soprattutto in riferimento al campo sanitario. In concreto, in questa prospettiva la cosiddetta integrazione socio-sanitaria, tanto decantata anche da Emanuele Rossi non descrive le valenze relazionali, umanizzanti,

ecc. della sanità, ma è stata e viene tuttora utilizzata come per escludere dalle prestazioni gratuite (salvo ticket) del Servizio sanitario i malati cronici non autosufficienti e per emarginarli nel settore socio-sanitario (a tutti gli effetti una sanità di serie B) con rilevanti oneri economici a carico dei malati e, addirittura considerando nella loro condizione economica anche i loro coniugi e i figli conviventi o non conviventi, come stabilisce il decreto amministrativo (nemmeno una legge!) del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 sulla determinazione del nuovo Isee.

L'integrazione socio-sanitaria, che per chi incappa nella "confusione" di Rossi è assistenzial-sanitaria è alla base delle pressioni rilevanti per il definitivo trasferimento di tutte le competenze delle attività relative ai pazienti/persone con disabilità non autosufficienti al settore dell'assistenza sociale: gli emarginatori sostenitori di questa linea ritengono sufficiente per queste persone il semplice "accudimento di compagnia" (con l'intervento del settore dell'assistenza solo nei casi di bisogno economico), ferma restando la competenza del Servizio sanitario per le situazioni di emergenza.

Per smontare questa falsa integrazione è bene riferirsi alla Costituzione. L'articolo 32 che si occupa di tutela della salute/sanità stabilisce che *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo [e quindi, occorrendo, deve intervenire anche nei riguardi dei cittadini non italiani] e interesse della collettività»*, il primo comma dell'articolo 38 della stessa nostra Costituzione, che invece riguarda l'«assistenza», limita le prestazioni ai cittadini inabili al lavoro e sprovvisti *«dei mezzi necessari per vivere»*, assicurando ad essi il *«diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*.

Dunque, mentre il Servizio sanitario è universalistico e quindi deve assicurare ai soggetti sopra citati (100 per 100 degli abitanti, più gli infermi degli altri Stati) *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, le fenomenologia e la durata»* (articolo 2 della legge 833/1978), lo Stato ha il dovere di assicurare il *«diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»* esclusivamente a coloro che non possono svolgere alcuna attività lavorativa a causa delle loro condizioni di salute e non posseggono le occorrenti risorse economiche per vivere.

(3) Cfr. la rivista "Torino Medica", n. 3, 2018.

È chiaro fin dall'assunto, che la presa in carico della sanità è estremamente più tutelante per le esigenze del malato (e più sicura, perché le prestazioni sono diritti esigibili), di quella dell'assistenza, legata alla valutazione economica degli utenti e alla disponibilità di risorse stanziare dalle istituzioni. Qual è, allora, l'esito dell'integrazione? In base alle citate norme costituzionali non possono essere fornite le prestazioni relative al mantenimento e all'assistenza sociale a tutti gli aventi diritto agli interventi sanitari, ma solo a coloro che sono «*sprovvisi dei mezzi necessari per vivere*». Se quindi le istituzioni vogliono vincolare l'accesso alle prestazioni sanitarie a parametri assistenziali (cioè erogare le cure solo a chi sottostà a i criteri dell'articolo 38 della Costituzione), ciò si traduce nella pratica in un'enorme sottrazione di prestazioni sanitarie ai cittadini, la maggior parte dei quali non verrebbero presi in considerazione perché oltre la soglia fissata per l'aiuto dell'assistenza.

Inoltre, in contrasto con quanto viene illegittimamente fatto con la sanità, mai è stato proposto che tutti gli utenti dei settori che sono stati prima citati (prescuola, scuola, casa, trasporti, formazione professionale, attività dirette all'inserimento lavorativo, cultura, sport, tempo libero, ecc.) abbiano diritto (e nemmeno la semplice necessità), qualsiasi sia la loro situazione personale e/o familiare, al mantenimento e all'assistenza sociale.

Ne consegue che la richiesta integrazione fra sanità e assistenza sociale non ha l'obiettivo di un miglioramento delle prestazioni, in quanto analoga proposta sarebbe stata e sarebbe avanzata anche per gli altri settori sopra indicati, ma di vincolare le prestazioni sanitarie a criteri restrittivi (quelli dell'assistenza sociale), negando nei fatti e con conseguenze disastrose il diritto alla presa in carico sanitaria dei malati.

Vecchie radici dell'integrazione socio-sanitaria. La dinamica illustrata affonda le radici nel secolo passato. Appena entrata in vigore la legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale che, come ho già ricordato, doveva e deve curare tutte le persone malate, nessuna esclusa, il Consiglio della Regione Emilia-Romagna ha approvato la legge 30/1979 «*al preciso scopo di trasferire al settore socio-*

assistenziale (fondato allora e oggi sulla beneficenza e sulla obbligatorietà della compartecipazione ai costi da parte degli utenti e dei congiunti conviventi) le competenze del Servizio sanitario nazionale, le cui prestazioni dovevano essere fornite gratuitamente anche agli anziani malati cronici non autosufficienti» (4).

Infatti la Regione Emilia Romagna, con la legge 30/1979, sostenuta dall'autolesionistico appoggio dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil (5), concedeva (articolo 2) rilevanti finanziamenti per la «*trasformazione in case protette delle case di riposo e la istituzione di case protette*» gestite dal settore socio-assistenziale, negando quindi la pur evidentissima condizione di malati che caratterizza tutti gli anziani non autosufficienti, come ha precisato anche l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento approvato il 6 luglio 2015 e riportato sul n. 191/2015 di questa rivista.

Infatti l'articolo 5 della citata legge 30/1979 non faceva alcun riferimento alle esigenze sanitarie delle persone non autosufficienti, considerati pertanto soggetti non bisognosi di cure continue, nonostante l'incontestabile indifferibilità delle diagnosi e delle terapie. Stabiliva quindi che «*la casa protetta è un servizio volto a fornire residenza ed adeguata assistenza [e quindi semplice "badanza", "accudimento di compagnia"] a persone anziane, in particolare a quelle in stato di non autosufficienza fisica o psichica, per le quali non sia possibile la loro permanenza nel proprio nucleo familiare o nel proprio alloggio*».

L'emarginante e illegittima iniziativa della Regione Emilia Romagna ha aperto la strada per gli analoghi devastanti provvedimenti approvati dalle Regioni Veneto, Toscana e Piemonte (leggi n. 45/1979, 20/1980 e 7/1982) aventi anch'esse la finalità di assegnare al settore socio-assistenziale l'istituzione e la gestione delle case protette (6).

(4) Cfr. il mio articolo "1979: la Regione Emilia Romagna tira la volata contro il già allora vigente diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere gratuite", n. 190, 2015.

(5) Segnalo nuovamente che nella lettera inviata il 30 luglio 1997 al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, Sergio Cofferati, all'epoca Segretario nazionale della Cgil, aveva affermato – incredibile ma vero – che «*essere anziani cronici non è una malattia*».

(6) La legge n. 45/1979 della Regione Veneto prevedeva

Sostanzialmente in linea con la devastante posizione dell'Emilia Romagna, del Veneto e della Toscana, posizione che ha gravemente contagiato le altre Regioni, è quella espressa da Emanuele Rossi nell'articolo in oggetto, in cui – a conferma del giudizio negativo di cui sopra – esprime un parere molto positivo sull'adozione da parte dell'Emilia Romagna del piano integrato sociale e sanitario, nonché sulla programmazione integrata prevista dalla Regione Lombardia.

Al riguardo ricordo che attualmente in Lombardia, al termine della fase acuta, agli infermi non autosufficienti non è assicurata la continuità diagnostica e terapeutica sancita dalle leggi vigenti (si veda, ad esempio, l'articolo 2 della legge 833/1978): in palese violazione delle loro esigenze vitali sono confinati in illegali e crudeli liste di attesa, con le relative responsabilità civili, penali ed economiche a carico degli stessi infermi e dei loro congiunti.

Un esempio fra le decine di migliaia delle situazioni di vera e propria eutanasia da abbandono. L'ospedale San Paolo di Milano ha ritenuto nel 2017 corretta la dimissione di una signora anziana colpita da demenza senile, al termine delle cure fornite per la risoluzione di una patologia acuta.

all'articolo 7 che «il ricovero della persona anziana non autosufficiente avviene su richiesta dell'interessato accompagnata dal parere del medico di fiducia: è disposto dal Sindaco del Comune di residenza, su certificazione dell'Ufficiale sanitario, previo accertamento delle condizioni di non autosufficienza. Prima di disporre il ricovero, il Sindaco accerta l'impossibilità di assistenza da parte dei componenti il nucleo familiare della persona anziana non autosufficiente, nonché l'inesistenza di servizi sul territorio che possano garantire l'assistenza a domicilio». Anche in questa legge nessun riferimento alle cure sanitarie. A sua volta l'articolo 2 della legge n. 20/1980 della Regione Toscana sanciva quanto segue: «I Comuni singoli o associati individuano e utilizzano le strutture atte a garantire una adeguata assistenza sociale e infermieristica, nonché interventi di riattivazione funzionale a favore delle persone non autosufficienti», mentre l'articolo 4 della legge della Regione Piemonte n. 7/1982 precisava che la casa protetta «è destinata ad ospitare cittadini in regime di assistenza tutelare che, per la richiesta di continuità, non può essere garantita sia a domicilio, né dalla comunità alloggio [per le] persone in stato di grave o totale invalidità, (...) portatori di esiti di malattie che hanno lasciato gravi invalidità permanenti o forte deterioramento motorio (quali postumi di vasculopatie acute e cardiopatie gravemente invalidanti e simili – si citano ad esempio – i giovani affetti da malattie neuromotorie (...) persone il cui equilibrio si scompensa facilmente (...), persone ancora che presentano fenomeni o di grande sensibilità o di confusione mentale». In sostanza era stato deciso il ricovero presso strutture dell'assistenza sociale delle persone (giovani, adulte o anziane) così gravemente malate da essere precipitate nella non autosufficienza.

Le inesistenti prestazioni dell'assistenza sociale! Se l'integrazione socio-sanitaria fosse una proposta avanzata per migliorare la situazione degli infermi, dovrebbero essere precisate le prestazioni aggiuntive obbligatoriamente fornite dall'assistenza sociale. In merito a questa questione di assoluta importanza, occorre evidenziare che finora non è mai stata scritta una riga. Nemmeno il Presidente del Consiglio dei Ministri nei decreti del 29 novembre 2001 e del 12 gennaio 2017 relativi ai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ha precisato quali dovevano essere i "risolutivi" apporti dell'assistenza sociale che, uniti alle azioni del Servizio sanitario, avrebbero migliorato le attività di programmazione, gestione e controllo dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Infatti nell'allegato 1C "Area integrazione socio-sanitaria" del decreto del 2001, con parole del tutto generiche e alquanto imprecise, è solamente previsto quanto segue: «*Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili*». Per tali non meglio precisate prestazioni, addirittura, «*si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale*».

Va segnalato che nel decreto sui Lea e nelle relative "tabelle riepilogative" non c'è una sola parola in merito ai criteri utilizzati per la definizione della percentuale «convenuta» sulla base dei supposti relativi apporti della sanità e dell'assistenza sociale. Dovrebbe quindi essere sorprendente per i sostenitori dell'integrazione socio-sanitaria il fatto che fra le prestazioni domiciliari e residenziali erogate agli infermi acuti non vi siano indicazioni di sorta in merito al «magico» apporto dell'assistenza sociale. Possibile, dovrebbero obiettare, che la sanità funzioni lo stesso (e anche meglio, aggiungiamo noi, del settore assistenziale)?

Occorre altresì tener presente che nessun onere economico è giustamente richiesto ai malati acuti ricoverati presso ospedali o case di cura, nonostante che le prestazioni fornite siano

in tutto e per tutto analoghe a quelle erogate agli infermi cronici non autosufficienti: le eventuali differenze riguardano sempre e solo gli aspetti quantitativi degli interventi. Ciò nonostante, le medesime attività sono definite «sanitarie» per i pazienti acuti, mentre per quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza «alberghiere», con corresponsione di un costo equivalente a carico dell'utente o del Comune nella misura del 50% della retta totale. L'illegittimo trattamento economico è ancora più palese nei casi degli infermi curati nelle rianimazioni e nelle strutture per pazienti in coma, poiché spesso presentano condizioni e necessità di cura paragonabili a quelle di degenti in Residenza sanitaria assistenziale - Rsa.

Resta quindi confermato, anche alla luce dell'analisi sulle prestazioni, l'attuale ruolo del set-

tore socio-sanitario: sanità di serie B con obbligo per gli infermi, cronici non autosufficienti (7) di versare il 50% delle spese di ricovero. Il disegno dei più accaniti emarginatori, purtroppo, come illustrato nell'editoriale di questo numero della rivista, giunto fino alla stesura dei nuovi Lea, è quello di spostare per intero la presa in carico dei malati/persone con disabilità non autosufficienti al settore dell'assistenza sociale, aprendo le porte alla legittimazione della selezione dei malati (degni e indegni di essere curati) e alla possibilità di aumentare a dismisura i costi a carico loro e delle loro famiglie.

(7) Il decreto sull'Indicatore della situazione economica equivalente – Isee (n. 159/2013) considera nella “fotografia” della situazione economica dell'utente anche una componente aggiuntiva relativa al coniuge e ai figli conviventi e non conviventi.

ESEMPI DI ATTIVITÀ SANITARIE SVOLTE NEL RISPETTO DELLE VALENZE SOCIALI: UMANIZZANTI, RELAZIONALI E COMUNITARIE

Come esempi validi di servizi esclusivamente sanitari, organizzati e gestiti in modo che i relativi addetti (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, amministrativi, ecc.), svolgano le funzioni loro assegnate nel rispetto delle valenze umanizzanti, relazionali e comunitarie senza alcuna compresenza di operatori del settore dell'assistenza sociale, segnaliamo i seguenti:

- il servizio di ospedalizzazione a domicilio dell'Azienda ospedaliero-universitaria della Città della salute e della scienza di Torino, funzionante ininterrottamente dal 1985 (1);
- le attività svolte dal 1983 dalla Fondazione Faro di Torino che fornisce gratuitamente le prestazioni a casa e in Hospice agli infermi colpiti da malattie neurologico-degenerative, oncologiche, polmonari, comprese quelle palliative;
- le cure palliative assicurate da numerose Asl.

Segnaliamo anche due vicende che evidenziano l'importanza della componente sociale nello svolgimento delle attività sanitarie:

1. come riferisce “Avvenire” del 31 agosto 2018, «*sposati da 64 anni, Elisa e Mario hanno condiviso anche il ricovero ospedaliero. 83 anni lei, 88 lui, sono stati ricoverati nella stessa stanza dell'Unità operativa complessa di medicina dell'Ospedale di Schiavonia frazione del Comune di Este (Padova) (...). Pur avendo patologie diverse, la coppia (...) è stata infatti messa in camera insieme per mantenere l'equilibrio di coppia e un clima sereno*»;
2. durante il viaggio diretto a casa sua di un infermo di 88 anni, i quattro volontari della Croce rossa di Ivrea hanno fermato l'ambulanza in modo da soddisfare la sua richiesta: «*Mi portereste a vedere il mare ancora una volta?*». Il giornalista Lodovico Poletto così commenta l'episodio su “La Stampa” del 23 settembre 2018: «*I ragazzi con la divisa rossa dicono subito “sì”. Per loro significa poco anche in termini di lavoro in più. Per l'uomo in barella, invece, è un dono che vale di più di qualunque ricchezza che c'è nel mondo*».

(1) Cfr. il volume di Fabrizio Fabris e Luigi Pernigotti, “*Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti e cronici: come perché*”, Rosenberg & Sellier, nonché l'articolo di R. Marinello, M. Rocco, V. Tibaldi, B. Bardelli e C. Tamone, “*Ospedalizzazione a domicilio: cronaca di un'esperienza*”, *I luoghi della cura*, n. 1/2015, e quelli pubblicati su questa rivista.