

## POVERTÀ, 25 MILIARDI ALL'ANNO NELLE TASCHE DI CHI NON È POVERO

Sul "Corriere della Sera" del 19 gennaio 2019, Milena Gabanelli scrive nell'articolo "Povertà, 25 miliardi all'anno vanno nelle tasche sbagliate": «Ogni anno l'Inps spende 53 miliardi per aiutare chi sta peggio. In gran parte vanno in assegni sociali e integrazioni al minimo. In teoria può fare domanda solo chi è sotto a un certo reddito (per la pensione sociale non bisogna superare i 5.954 euro l'anno, per esempio). Nella realtà oltre un terzo di questi soldi (ovvero 18,5 miliardi) va alle famiglie con redditi superiori alla media. Lo stesso meccanismo vale per i 18 miliardi di spesa generale per la lotta alla povertà. Oltre un terzo – 6,5 miliardi – va al 50% di italiani con redditi superiori alla media. La legge che ha istituito il Reddito di inclusione (Rei) prevedeva un riordino della spesa sociale. Non è mai stato fatto». Prosegue l'articolo: «Spesso la spesa sociale finisce a chi non ne avrebbe diritto perché è facile truccare le carte. Lo strumento che valuta come se la sta passando una famiglia è l'Isee (...) secondo le verifiche della Guardia di Finanza, il 60% degli Isee è basato su autodichiarazioni false. Il tasso di irregolarità è del 90% per le esenzioni dai ticket sui farmaci e del 39% per le richieste di prestazioni sociali nei primi mesi del 2018. Più che aumentare i controlli a valle bisogna incrociare sempre a monte i dati delle proprietà immobiliari, dei redditi e delle giacenze medie sui conti correnti. Ancor meglio inserire i dati delle amministrazioni in un Isee già precompilato: doveva partire nel 2018, ma ancora non si è visto». Dopo un passaggio sul «bonus alla nascita di un figlio da 800 euro – che incassano tutti, non solo i poveri», l'articolo affronta il tema delle disparità territoriali dell'Italia, anche in base alla povertà: «Se si guarda l'incidenza sul totale della popolazione, il record del disagio è al Sud con il 10,3% degli abitanti in povertà assoluta (contro il 5,1% del Centro e il 5,4% del Nord). Ma il 52,5% delle famiglie povere abita comunque al Centro-Nord. L'Istat ha calcolato che nelle periferie di una grande città del Nord, un single per la pro-

pria sussistenza ha bisogno di 780 euro al mese. Da qui il reddito di cittadinanza. In un piccolo comune del centro, però, bastano 707 euro, che scendono a 560 euro nel comune del Sud. Avrebbe senso dunque un assegno parametrato al costo della vita del luogo in cui vive il richiedente». Tutti questi elementi, spesso segnalati su questa rivista, finalmente messi in luce da un grande mezzo di informazione, dovrebbero far mettere in serio dubbio il dato dei 5 milioni di poveri in Italia e i parametri di accertamento dell'Istat che non fotografano la situazione reale del paese (1).

## APPELLO PROSPETTIVE COMUNI: RIPRENDIAMOCI LA SANITÀ E L'ASSISTENZA PUBBLICA IN PIEMONTE

Pubblichiamo l'appello integrale diffuso dall'Associazione Prospettive Comuni nel mese di ottobre 2018 dal titolo "Riprendiamoci la sanità e l'assistenza pubblica in Piemonte"

«1. Le tasse aggiuntive dei Piemontesi (addizionali Irpef) devono essere esclusivamente spese per i diritti fondamentali: sanità e assistenza in particolare. Per decenni da parte di tutte le forze politiche i soldi della sanità sono stati usati per altri fini, la sanità piemontese è stata accusata falsamente di un deficit inesistente, in realtà era la Regione ad avere un pesante disavanzo. Cambiamo registro: i soldi per una buona sanità ci sono se non li si destina altrove. Esiste un'etica e una priorità nei bilanci: prima i diritti costituzionali.

«2. Basta privatizzazioni e convenzioni, il servizio pubblico riprenda la sua centralità e il suo ruolo di principale erogatore di prestazioni nonché di rigoroso controllore sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dal privato convenzionato.

«3. Finisca il taglio di posti letto e il loro numero sia adeguato agli standard europei e delle migliori Regioni italiane, non vogliamo più

(1) M. Motta, "I soldi per i poveri non vanno solo ai poveri", *Prospettive assistenziali*, n. 197, 2017 e "Quanti sono i poveri? Come misurare la povertà e a quale scopo", *Ibidem*, n. 195, 2016.

vedere ricoverati in barelle e condizioni di degenza vergognose.

«4. Il cosiddetto “Parco della salute” abbia perlomeno una cabina di regia pubblica e non prendano il sopravvento soggetti che perseguono fini di lucro, riproducendo tragiche esperienze di sperimentazioni gestionali fallimentari.

«5. Si proceda al ripristino degli organici dei sanitari nelle strutture pubbliche, oggi al minimo storico, con un incisivo piano di assunzioni e di riqualificazione che consenta la ripresa della necessaria produttività del servizio pubblico.

«6. Un piano pluriennale per la non autosufficienza che riporti il Piemonte a standard adeguati di assistenza domiciliare e di inserimento in strutture pubbliche adeguate, limitando i convenzionamenti più costosi e l'accesso improprio nelle strutture ospedaliere.

«7. Una gestione della sanità rispettosa dei bisogni della cittadinanza, delle competenze professionali e attenta alle indicazioni delle forze sociali e delle associazioni di tutela.

Per questi obiettivi fondamentali facciamo appello a cittadini ed associazioni per discutere le proposte ed individuare percorsi comuni che incidano concretamente nella programmazione politica, sanitaria e sociale del Piemonte. Ogni parola conta, come ogni silenzio».

#### GRIGLIA LEA: INDICATORI POCO SIGNIFICATIVI E FUORVIANTI

**Claudio Maffei**, Medico in pensione già Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Umberto I di Ancona, della Asl 3 di Fano e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – Istituto nazionale ricovero e cura anziani di Ancona, il 13 gennaio 2019 ha scritto a “Quotidiano Sanità” le sue osservazioni sui risultati delle valutazioni della sanità nelle Regioni Italiane secondo la Griglia Lea (Livelli essenziali delle prestazioni che il Servizio sanitario è tenuto ad assicurare) contestando il metodo di acquisizione ed elaborazione dei dati. Riportiamo qui parte della sua riflessione: «Sono appena stati pubblicati i dati della griglia Lea 2017 e cioè il sistema di indicatori del monitoraggio istituzionale che il Ministero fa delle Regioni. Visto da vicino è un sistema fatto di indicatori spesso a bassa validità. (...) Quegli

indicatori vengono usati anche per fare classifiche e quindi le Regioni li introducono nel sistema di obiettivi/indicatori assegnati alle Aziende. Solo che se si tratta di indicatori poco significativi, per chi lavora sul campo rischiano di diventare addirittura fuorvianti. Come rischia di essere fuorviante la classifica generata dalla griglia. Quest'anno abbiamo al primo posto il Piemonte, al settimo l'Abruzzo, al decimo il Friuli Venezia Giulia, al dodicesimo Trento e all'ultimo Bolzano. Se prendiamo invece a titolo di significativo esempio l'ultimo rapporto Crea - Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità - 2018 al primo posto abbiamo Trento, al secondo Bolzano, al quinto il Friuli Venezia Giulia, al dodicesimo il Piemonte e al quattordicesimo l'Abruzzo. (...) C'è grande bisogno di ragionare su questa tematica per arrivare a definire prima una serie di dimensioni significative della qualità e poi a trasferirle in un sistema di obiettivi/indicatori per area (prevenzione, territorio, ospedale, processi amministrativi) da declinare ai vari livelli: centrale, regionale, aziendale, dipartimentale. Magari il punto di partenza potrebbe essere il confronto tra i vari sistemi di analisi comparativa già consolidati in Italia (oltre ai due già citati ce ne sono diversi altri tra cui il Rapporto 2018 di Meridiano Sanità, il sistema a bersagli del Sant'Anna e il Programma Nazionale Esiti). (...) Sarebbe il caso di accelerare il processo di revisione [degli indicatori di valutazione dei Lea, ndr] per evitare che la griglia Lea porti fuori strada Regioni ed Aziende. E faccia gridare a miracoli che forse non sono del tutto tali».

#### PAPA FRANCESCO: L'IMPORTANZA DEL VOLONTARIATO NELLA TUTELA DEI DIRITTI DEI MALATI

È stato pubblicato il 25 novembre 2018 il messaggio per la XXVII giornata mondiale del malato che la Chiesa cattolica celebrerà l'11 febbraio 2019. Ne riportiamo un significativo stralcio: «La gratuità umana è il lievito dell'azione dei volontari che tanta importanza hanno nel settore socio-sanitario e che vivono in modo eloquente la spiritualità del Buon Samaritano. Ringrazio e incoraggio tutte le associazioni di volontariato che si occupano di trasporto e soc-

corso dei pazienti, quelle che provvedono alle donazioni di sangue, di tessuti e organi. Uno speciale ambito in cui la vostra presenza esprime l'attenzione della Chiesa è quello della tutela dei diritti dei malati, soprattutto di quanti sono affetti da patologie che richiedono cure speciali, senza dimenticare il campo della sensibilizzazione e della prevenzione. Sono di fondamentale importanza i vostri servizi di volontariato nelle strutture sanitarie e a domicilio, che vanno dall'assistenza sanitaria al sostegno spirituale. Ne beneficiano tante persone malate, sole, anziane, con fragilità psichiche e motorie. Vi esorto a continuare ad essere segno della presenza della Chiesa nel mondo secolarizzato. Il volontario è un amico disinteressato a cui si possono confidare pensieri ed emozioni; attraverso l'ascolto egli crea le condizioni per cui il malato, da passivo oggetto di cure, diventa soggetto attivo e protagonista di un rapporto di reciprocità, capace di recuperare la speranza, meglio disposto ad accettare le terapie. Il volontariato comunica valori, comportamenti e stili di vita che hanno al centro il fermento del

donare. È anche così che si realizza l'umanizzazione delle cure.

La dimensione della gratuità dovrebbe animare soprattutto le strutture sanitarie cattoliche, perché è la logica evangelica a qualificare il loro operare, sia nelle zone più avanzate che in quelle più disagiate del mondo. Le strutture cattoliche sono chiamate ad esprimere il senso del dono, della gratuità e della solidarietà, in risposta alla logica del profitto ad ogni costo, del dare per ottenere, dello sfruttamento che non guarda alle persone.

Vi esorto tutti, a vari livelli, a promuovere la cultura della gratuità e del dono, indispensabile per superare la cultura del profitto e dello scarto. Le istituzioni sanitarie cattoliche non dovrebbero cadere nell'aziendalismo, ma salvaguardare la cura della persona più che il guadagno. Sappiamo che la salute è relazionale, dipende dall'interazione con gli altri e ha bisogno di fiducia, amicizia e solidarietà, è un bene che può essere goduto "in pieno" solo se condiviso. La gioia del dono gratuito è l'indicatore di salute del cristiano».

## **Specchio nero** (segue da pag.56)

approfondito della loro personalità. Centri scientificamente riconosciuti validi, scelti di comune accordo dagli enti e dai sindacati dei lavoratori, dovrebbero essere incaricati di rilasciare una dichiarazione attestante che l'operatore è adeguato per le caratteristiche della sua personalità e per la sua professionalità, a svolgere determinate attività con handicappati gravi. Ovviamente dovrebbe essere garantita la totale riservatezza nei confronti di coloro che non ottenessero la suddetta certificazione, riservatezza totale anche nei confronti dell'ente pubblico e privato che li ha indirizzati, al quale nulla deve essere comunicato né direttamente né indirettamente, a esclusione di quanto scritto nella certificazione consegnata direttamente a ciascun operatore ritenuto idoneo».

(1) Si vedano su questa rivista gli articoli "Altri omicidi/suicidi di anziani malati. Smettiamo di chiamarle vittime della disperazione. I servizi non informano sul diritto alle cure sanitarie dei malati" e "Disabili e malati non autosufficienti: è epidemia di omicidi/suicidi e maltrattamenti. Ecco l'effetto della negazione delle prestazioni socio-sanitarie", n. 201 e 202, 2018.

## **UN ALTRO OMICIDIO CAUSATO DALL'ABBANDONO TERAPEUTICO DELL'ASL E DALLE CAMPAGNE DEI NEGAZIONISTI DEI VIGENTI DIRITTI DELLE PERSONE CON DEMENZA SENILE**

Su "Avvenire" del 4 novembre 2018 viene segnalato che «esasperato dalla malattia della moglie, affetta da demenza senile, un uomo di 87 anni, M. S., ha ucciso la donna A. M. di 82 anni (...). Il fatto è accaduto nella casa della coppia dove i due anziani vivevano da soli. Le condizioni della donna erano molto gravi, tanto che non era più in grado nemmeno di riconoscere il marito». Un altro omicidio che dovrebbe turbare la coscienza dei responsabili delle istituzioni che non hanno preso in carico la malata e di coloro che sistematicamente violano e omettono di fornire informazioni sulla legge 833/1978, in base alle cui norme devono essere obbligatoriamente curati senza limiti di durata dal Servizio sanitario nazionale tutti gli infermi, ovviamente compresi quelli colpiti da non autosufficienza (1).