

UN'ALTRA DEVASTANTE E ANTICOSTITUZIONALE SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO: CONFINATI NEI «CRONICARI» I MALATI GIOVANI, ADULTI E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. OCCORRONO INIZIATIVE FORTI E URGENTI PER CONTRASTARE QUESTA CRUDELE PRASSI DI EUGENETICA SOCIALE

Con la sentenza n. 1858/2019, reperibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it, il Consiglio di Stato ha valutato positivamente il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Gentiloni del 12 gennaio 2017, che aveva di fatto sancito la creazione di un separato Servizio sanitario (di serie B, con accesso condizionato a valutazioni non sanitarie e partecipazione alle spese del malato e dei propri congiunti) in cui confinare tutti i malati cronici non autosufficienti, siano essi giovani, adulti o anziani. La sentenza prende le mosse dall'insensata (se riferita, come nel caso, a malati cronici non autosufficienti) affermazione secondo cui, per tutti o quasi questi malati è valida «l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza» (1). È vero l'esatto contrario. I malati cronici non autosufficienti sono persone colpite da patologie inguaribili, anche se sempre curabili, praticamente mai avviate verso un percorso di recupero dell'autosufficienza e invece indirizzate ad un decadimento progressivo delle condizioni di salute. Sulla scorta di questa errata valutazione, il Consiglio di Stato ritiene corretto che – terminata la fase acuta, e l'eventuale periodo riservato alla riabilitazione/cure estensive – questi infermi, possano essere ricoverati in appositi cronicari (le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali). Un approdo non senza sbaramenti, poiché a rigor di decreto avverrebbe trascorso il periodo necessario per gli accertamenti di competenza delle apposite unità valutative, superate le già attuali chilometriche liste di attesa, a condizione che venga appositamente riconosciuta la necessità della prosecuzione delle cure.

Al riguardo, altra perla, il Consiglio di Stato «per completezza espositiva» ritiene che «l'esclusione della valenza sanitaria del trattamento assistenziale della persona non autosufficiente [evidentemente considerata non malata pur avendo esigenze sanitarie indifferibili, n.d.r.] (2) non determina evidentemente, il disinteresse dell'apparato organizzativo pubblico venendo in supporto la legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)». Ignora – volutamente? – il Consiglio di Stato che la legge 328/2000 non solo non stabilisce nessun diritto esigibile, ma anche che, con le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione dalla legge costituzionale n. 3/2001, le relative norme non sono più prescrittive per le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento, come evidenziato anche dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel «Piano sociale nazionale 2018-2020». Proponiamo qui di seguito una serie di valutazioni sulla negativa sentenza (3).

(1) Nel volume di Costantino Cipolla, *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, 2005, alla pagina 76 viene puntualizzato che «una malattia cronica è una malattia che presenta sintomi che non si risolvono nel tempo né giungono a miglioramento. Secondo la definizione della National Commission in Chronic Illness, sono croniche tutte quelle patologie «caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche»».

(2) Ricordiamo che nei ricorsi presentati dall'Avv. Maria Luisa Tezza al Tar del Lazio, che lo aveva sbrigativamente respinto e al Consiglio di Stato, a nome dell'Associazione promozione sociale, Associazione in nome dei diritti, Mtd-Movimento per la tutela dei diritti delle persone diversamente abili e quelle non autosufficienti, Adina-Associazione per la difesa dei diritti degli anziani non autosufficienti, Associazione Umata-Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani non autosufficienti, era stato

Le nostre allarmanti previsioni contenute nell'editoriale "I nulla" del n. 64/1983 di "Prospettive assistenziali", integralmente riportato in questo numero della rivista (4), sono diventate con precisione quasi millimetrica la desolante realtà del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Gentiloni del 12 gennaio 2017, ricordiamo che, approvata la legge 833/1978 a seguito della vigorosa pressione e delle valide proposte dei Sindacati, nonché della quasi totalità delle organizzazioni di tutela dei diritti fondamentali dei cittadini, sembrava evidente l'adeguatezza dei compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale di assicu-

precisato che (neretto compreso) «*tutte le persone non autosufficienti hanno in ogni caso esigenze sanitarie indifferibili per un arco giornaliero di 24 ore su 24 – esse non sono infatti capaci di fare alcunché da sole e sono destinate a morire in pochi giorni se lasciate senza prestazioni. Ci riferiamo infatti ad infermi e persone con disabilità e limitata o nulla autonomia che sono destinati a morire nel giro di 5-6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità ed incapacità di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati)*», aggiungendo che «*come ben rilevato dall'Ordine dei Medici Chirurghi di Torino (documento 2) "il Servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legati a valutazione Uvg, il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti clinici, ma non può negare le cure"*». Da notare che, nel citato documento 2, era riportata anche la seguente fondamentale precisazione dello stesso Ordine dei Medici: «*Gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

(3) Gli aspetti positivi e di conferma del diritto esigibile alle cure sanitarie da parte dei pazienti cronici non autosufficienti contenuti nella sentenza 1858/2018 non mettono in secondo piano gli aspetti negativi, ma vanno correttamente riscontrati. La sentenza stabilisce che «*la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 giorni (così è stabilito nel Dpcm del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", ndr) non è cogente*». A decidere è l'Azienda sanitaria locale e non la singola Casa di cura. Inoltre, i ricorrenti avevano richiesto al Consiglio di Stato di annullare le valutazioni multidimensionali, perché strumenti di selezione all'ingresso – su parametri economico-sociali – alle prestazioni sanitarie. Il Consiglio ha valutato «*non condivisibile la lettura – dando così implicitamente ragione alle posizioni dei ricorrenti – secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine essenzialmente economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità e durata dei trattamenti clinici necessari*».

(4) Si veda articolo a pagina 27.

rare (articolo 2) «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*».

Da parte di alcuni era stato addirittura ritenuto superfluo che, nel sopra citato articolo 2, fosse anche stabilito che il Servizio sanitario nazionale doveva provvedere «*alla tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*», nonché tenuto ad operare (articolo 1) «*senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario.

Oltre a queste validissime disposizioni, i cittadini potevano (e possono) contare sull'articolo 23 della Costituzione secondo cui «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Infatti, non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai congiunti dei malati i compiti attribuiti alla Sanità, era ulteriormente confermato che il Servizio sanitario nazionale doveva obbligatoriamente e, se necessario, anche immediatamente, fornire le occorrenti prestazioni a tutti gli infermi indipendentemente dalle loro condizioni personali e familiari, dalla loro età, dalla guaribilità o meno, nonché dalla presenza o assenza della non autosufficienza.

Apriti cielo! La Regione Emilia Romagna non poteva permettere che agli infermi inguaribili fossero garantiti gli stessi diritti dei malati che, dopo aver ricevuto le necessarie prestazioni sanitarie, possono tornare all'attività lavorativa o, quantomeno, alla vita attiva.

Pertanto, nel quasi totale disinteresse dei promotori della legge 833/1978, intraprese l'iniziativa contro i malati più deboli e cioè quelli non autosufficienti e quindi definitivamente e totalmente impossibilitati a tutelare le loro esigenze vitali ed i loro diritti con l'approvazione della legge regionale n. 30/1979, avente il preciso scopo di trasferire le relative competenze dal Servizio sanitario al settore dell'assistenza sociale (5).

(5) L'unica pubblica presa di posizione contraria è stata assunta da "Prospettive assistenziali". Si veda l'editoriale

La citata legge n. 30/1979 (e la n. 5/1994 anch'essa dell'Emilia Romagna) (6), seguita da quelle delle Regioni Veneto e Toscana, rispettivamente le n. 45/1979 e 20/1980, sono a loro volta la base delle iniziative volte all'emarginazione degli infermi più deboli, consistenti nello stravagante tentativo, purtroppo ancora in atto, di sostenere che nel nostro Paese non ci sono leggi riguardanti la non autosufficienza, affermazione che è platealmente falsa, perché la non autosufficienza è causata dalle gravissime patologie in merito alle quali è stabilito dalla legge (articoli 23 e 32 della Costituzione, legge 833/1978) che debba essere lo Stato e in particolare il Servizio sanitario nazionale, ad intervenire.

Inoltre vi sono coloro che, ancora attualmente, negano che le condizioni delle persone non autosufficienti siano sempre caratterizzate, anche per i soggetti colpiti da grave disabilità intellettiva, da sostanziali carenze della loro salute.

Un elenco, purtroppo non completo, dei portabandiera della bislacca concezione secondo cui le persone non autosufficienti non rientrebbero tra i malati di competenza del Servizio sanitario (7) è reperibile nei numerosi articoli

“Inaccettabile l'attuale riorganizzazione del settore assistenziale” n. 48/1979, nonché l'articolo di Francesco Santanera “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”, *Ibidem*, n. 190/2015.

(6) Caratteristiche salienti della legge numero 5/1994 dell'Emilia Romagna sono: il non riconoscimento della condizione di malati degli anziani malati cronici non autosufficienti, la creazione del nuovo comparto “socio-sanitario” non previsto allora da alcuna legge, l'attribuzione agli infermi di una parte del costo delle prestazioni, la possibilità di inserire nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, anche adulti non autosufficienti affetti da «*forme morbose a forte prevalenza nell'età senile*», l'attribuzione agli assistenti sociali delle competenze relative ai controlli riguardanti anche le prestazioni sanitarie.

(7) Si osservi che – mentre negli anni '50 i lavoratori in servizio avevano diritto alle cure ospedaliere gratuite solamente per 180 giorni e in seguito dovevano pagare di tasca loro tutte le prestazioni fino a quando, esaurite le risorse compresa la vendita dell'eventuale casa di proprietà, erano inseriti negli elenchi comunali dei poveri – in base alle leggi 841/1953 e 692/1955 ai pensionati dei settori pubblico e privato era stato riconosciuto il diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata. Allo scopo erano stati aumentati i contributi, allora definiti previdenziali, a carico dei lavoratori, contributi il cui importo era stato successivamente incrementato dalla legge n. 386/1974. Il diritto alle cure sanitarie gratuite era stato confermato dalla legge 132/1968 il cui articolo 29 imponeva alle Regioni di programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati «*acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti*».

pubblicati da “Prospettive assistenziali” e nei libri ivi recensiti.

Dalla sanità per tutti all'eugenetica sociale

Passo dopo passo i maestri dell'emarginazione sanitaria delle persone non autosufficienti, le più deboli in quanto impossibilitate ad autotutelarsi, sono arrivati ai Lea che, sotto le vesti del pomposo titolo “Livelli essenziali” e delle garanzie previste dall'articolo 117 della Costituzione, hanno istituzionalizzato le crudeli liste di attesa (anche di anni) degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile che, lo ricordiamo nuovamente anche agli operatori sanitari delle Unità valutative geriatriche, hanno tutti, nessuno escluso «*esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili*», come ha precisato l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino nel documento del 6 luglio 2015.

Questi maestri dell'eugenetica di triste memoria hanno conseguito un secondo importantissimo traguardo: ottenere dagli emarginati e dai loro familiari il pagamento del 50% della retta di ricovero presso Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, con la fuorviante motivazione che questi infermi riceverebbero (cfr. il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001) insieme 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 cui] si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale*».

Quali siano le prestazioni “sociali” nessuno lo ha mai precisato; del tutto indeterminata è altresì la «*convenuta percentuale di costo*» mai stata oggetto di calcoli. Mentre è assai importante per i maestri dell'emarginazione ottenere dai malati il maggior pagamento possibile della retta di ricovero, sono ovviamente di intralcio le valutazioni oggettive. Difatti, nessuno è mai riuscito a capire quali siano le prestazioni aggiuntive fornite agli infermi non autosufficienti ricoverati nelle Rsa rispetto, ad esempio, a quelli degenti presso le rianimazio-

ni degli ospedali; inoltre nessuno ha mai compreso le ragioni in base alle quali le prestazioni sociali siano esclusivamente di competenza del settore dell'assistenza (8).

Inventata la formula "sociale" acciappasoldi dai malati (ogni anno decine e decine di milioni di euro) e il redditizio confinamento nelle chilometriche liste di attesa degli infermi con esigenze sanitarie e/o socio-sanitarie indifferibili, i cui oneri – non più decine ma centinaia di milioni – sono a carico degli infermi non autosufficienti e dei loro congiunti, i maestri dell'emarginazione si sono autopromossi in luminari dell'esclusione sociale.

L'abuso dei regolamenti

Dopo che il Consiglio di Stato con la sentenza n. 1858/2019 ha rivelato che tutti (o quasi) i giovani, gli adulti e gli anziani non autosufficienti possono acquisire l'autosufficienza e che questi nostri concittadini hanno il diritto alle inesistenti prestazioni aggiuntive dell'assistenza sociale, si presenta la questione di fondamentale importanza della fonte normativa utilizzata per definire i Lea.

L'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione prevede che «*lo Stato ha legislazione esclusiva*» nella materia «*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*». Tra i diritti «*che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*» rientra senz'altro anche il diritto alla salute. Dunque, lo Stato ha legislazione esclusiva nella «*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti*» il diritto alla salute.

Dal 2001 lo Stato vi provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm), un atto regolamentare che richiede la previa autorizzazione legislativa. È stato così approvato il Dpcm 29 novembre 2001, poi sostituito dal Dpcm 12 gennaio 2017.

Una prima cosa da sottolineare è che, mentre per quest'ultimo l'autorizzazione legislativa

è venuta da una legge approvata *prima* della sua entrata in vigore (articolo 1, commi 553 e 554, della legge 208/2015), per il primo l'autorizzazione legislativa è stata approvata dal Parlamento *dopo* la sua entrata in vigore, dunque con effetti di natura retroattiva (articolo 54, comma 1, della legge 289/2002). È un fatto oltremodo grave, che testimonia la "leggerezza" con cui Governo e Parlamento sono intervenuti in una materia tanto delicata quanto la tutela del diritto alla salute dei cittadini (l'unico diritto – è bene sottolinearlo – che la Costituzione espressamente definisce «fondamentale»).

Più in generale – secondo elemento da sottolineare – è necessario insistere sull'inadeguatezza della fonte regolamentare, rispetto alla fonte legislativa, in materia di tutela dei diritti. Al di là delle questioni di carattere formale, sul piano sostanziale la definizione di una disciplina normativa con legge fornisce garanzie maggiori di democraticità e di stabilità rispetto alla definizione della medesima disciplina con regolamento. La legge è più democratica perché è discussa pubblicamente da tutto il Parlamento: sia dalle forze di maggioranza, sia dalle forze di opposizione. Il regolamento è invece deciso non pubblicamente da esponenti politici che godono della fiducia delle sole forze di maggioranza. La legge è più stabile perché il procedimento necessario per la sua modifica è più lungo e complesso rispetto al procedimento necessario per la modifica di un regolamento.

Tanto più che i Dpcm in questione, nonostante il titolo "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza" [rectius, di sanità] introducono cambiamenti sostanziali che coinvolgono direttamente alcuni milioni di persone (tutti gli infermi non autosufficienti e non solo gli anziani).

Il Consiglio di Stato non si è nemmeno posto tali questioni, limitandosi ad affermare che lo strumento del Dpcm va bene così com'è stato utilizzato! Eppure i Dpcm – come tutti i regolamenti – possono essere annullati dai giudici amministrativi per violazione delle leggi o, se conformi a una legge lesiva dei diritti costituzionali, essere assunti a motivo di ricorso alla Corte costituzionale per la dichiarazione d'illegittimità della legge stessa.

(8) Cfr. l'articolo di Francesco Santanera "La bufala dell'integrazione socio-sanitaria: continua la dannosa confusione tra 'sociale' e 'assistenziale'", *Ibidem*, n. 204, 2018, e nello stesso numero "Esempi di attività sanitarie svolte nel rispetto delle valenze sociali: umanizzanti, relazionali e comunitarie".

Il Consiglio di Stato ha invece sorvolato sulla validità costituzionale del decreto in oggetto nonostante che la questione della sua illegittimità sia stata posta nel dovuto rilievo e insistentemente nel ricorso promosso dalle associazioni di rappresentanza degli utenti malati:

a) in merito ai “Livelli essenziali di assistenza”, ma in realtà concernenti le prestazioni sanitarie, lo Stato ha competenza legislativa esclusiva al fine di garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, com'è stabilito anche dell'articolo 117 della Costituzione;

b) la legge 833/1978 impone al Servizio sanitario nazionale – lo ripetiamo – di assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quale ne siano le cause, la fenomenologia, la durata*».

Il fenomeno è assai preoccupante sia per la possibile estensione della strumentale interpretazione del valore di legge dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri ad altre materie relative ad aspetti fondamentali della vita dei cittadini, sia per le problematiche oggetto specifico del provvedimento commentato: il forzato trasferimento delle competenze diagnostiche e terapeutiche relative ai malati giovani e adulti cronici non autosufficienti dal Servizio sanitario gratuito al settore socio-sanitario con oneri a carico degli utenti, nonché pesanti vincoli per l'accesso con il reale pericolo dell'estensione delle attuali liste di attesa riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti anche ai nuovi utenti.

A questo riguardo sarebbe assai significativo capire in base a quali motivi, nonostante la particolare rilevanza e delicatezza delle questioni poste all'esame del Consiglio di Stato, né il Governo, né il Presidente del Consiglio dei Ministri, né i titolari dei dicasteri interessati (Salute ed Economia e Finanze) abbiano presentato ufficialmente alcun documento per opporsi al ricorso delle organizzazioni in precedenza citate.

La non dimostrata carenza delle risorse economiche (9)

Anche nella sentenza n. 1858/2019 il Con-

(9) In allegato al presente articolo sono elencati gli articoli

siglio di Stato affronta la questione delle risorse economiche. Il pronunciamento segnala che è «*di tutta evidenza che il vincolo di bilancio e il rispetto dei diritti fondamentali siano in rapporto di reciproca implicazione nel senso che il vincolo di bilancio deve includere il rispetto dei diritti e i diritti devono a loro volta commisurarsi ad un nucleo essenziale, che sia di fatto compatibile con una prospettiva di effettiva sostenibilità e di lunga durata*».

Si tratta di una affermazione del tutto inaccettabile, che pone sullo stesso piano diritti esigibili e vincoli di natura economica (peraltro mai dimostrati): per negare i diritti sarebbe sufficiente ridurre gli stanziamenti. Inoltre la sentenza non tiene in alcuna considerazione la fondamentale precisazione espressa dalla Corte costituzionale in merito nella sentenza n. 509/2010: «*Secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto***» (10). Da ultimo, a rafforzare tale posizione, è intervenuta la sentenza n. 275/2016, per la quale «**È la garanzia dei**

pubblicati su questa rivista a partire dal 2000 in merito alle risorse economiche.

(10) Va notato che l'allarmante sentenza del Consiglio di Stato n. 4347/2017 (in merito alla legittimità del decreto ministeriale di ripartizione del Fondo per le non autosufficienze) aveva omesso la seconda e fondamentale parte della frase relativa alle risorse (saltando completamente quella della prioritaria garanzia del diritto). Questa volta il Consiglio di Stato fa che non citare proprio la sentenza!

diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Mentre non si hanno notizie in merito al recupero delle importanti somme che il Servizio sanitario nazionale può acquisire, ricordiamo – come esempio molto significativo di gestione scorretta e di controlli inesistenti – che «una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la sanità [del Piemonte, ndr.] sono stati utilizzati come cassa per spese extra sanitarie, come ammesso dall'Assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della dotazione del Servizio sanitario nazionale destinati al Servizio sanitario regionale che sono stati utilizzati altrove» (11), con la conseguente notevole riduzione delle prestazioni – lo sottolineiamo nuovamente, indifferibili – alle quali avevano il pieno e, se necessario, immediato diritto decine di migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile, situazione che ha anche determinato un aumento dell'impoverimento dei loro congiunti.

Da notare che la rilevante sottrazione delle risorse assegnate dallo Stato alla Regione Piemonte, destinate illegittimamente ad altri settori non è stata minimamente contestata né dai Ministeri della Salute e delle Finanze, né dalle minoranze dei Consigli regionali succedutisi nel frattempo.

L'attuale cammino dell'eugenetica sociale può proseguire

Come abbiamo accennato in precedenza, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Gentiloni del 12 gennaio 2017, che reca l'ingannevole titolo "Definizione e aggiornamento dei Lea – Livelli essenziali di assistenza" (ma riguarda la sanità), non solo non aggiorna nulla, ma abroga il precedente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 istitutivo dei Lea.

Tuttavia l'aspetto più inquietante e devastante per centinaia di migliaia di cittadini e dei loro

(11) Cfr. l'articolo di Giorgio Cavallero e Rosella Zerbi "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del piano di rientro", pubblicato sul n. 1/2017 di "Torino Medica", rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e Provincia.

congiunti riguarda il trasferimento, stabilito dal decreto del 2017, dal Servizio sanitario universalistico al settore socio sanitario delle competenze diagnostiche e terapeutiche di **tutti i malati cronici non autosufficienti di qualsiasi età**, con la speranza che non ne siano coinvolti anche neonati, i bambini e gli altri minorenni.

Il colpo è assai devastante in quanto:

a) anche se tutti gli infermi non autosufficienti – nessuno escluso – hanno esigenze assolutamente indifferibili, l'accesso alle prestazioni è, salvo i casi di comprovata emergenza, vincolato dal Dpcm alla valutazione di apposite commissioni con il reale pericolo dell'aumento di notevole entità delle attuali già chilometriche liste d'attesa (12);

b) l'assurda separazione tra gli interventi assegnati al personale sanitario addetto alla cura degli infermi acuti ed agli operatori incaricati delle prestazioni ai malati cronici non autosufficienti aventi le stesse patologie, con tutte le evidenti conseguenze negative sia per i pazienti (disagi per il cambiamento della sede e degli operatori), sia per il personale le cui responsabilità vengono spezzettate e le esperienze operative non concernono tutto l'iter curativo dei pazienti. Da non trascurare anche i possibili conflitti derivanti da valutazioni diagnostiche e terapeutiche contrastanti da parte degli operatori dei due settori.

(12) Al riguardo contrasta nettamente con la realtà l'affermazione del Consiglio di Stato secondo cui «la valutazione multidimensionale si iscrive dunque all'esigenza, del tutto logica, di differenziare e di individualizzare il trattamento, articolandolo tra attività eterogenee in funzione dei plurimi e specifici bisogni del paziente che acquisiscono concreta evidenza nel Pai (Progetto di assistenza individuale)». Infatti dette asserzioni, pienamente valide per una corretta impostazione della degenza, sono gravemente fuorvianti in merito all'accesso alle prestazioni di infermi con esigenze sanitarie e socio-sanitarie assolutamente indifferibili come evidenziato nel già citato documento del 6 luglio 2015 dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino e Provincia. Si osservi che attualmente la valutazione multidimensionale degli anziani malati cronici non autosufficienti viene effettuata quasi sempre mesi e mesi prima all'accesso alle prestazioni e quindi, dato il tempo trascorso, si dovrebbe sempre provvedere al necessario riesame complessivo. Risulta quindi evidente che lo scopo vero non è l'elaborazione del Pai, ma il confinamento di questi infermi nelle liste di attesa con le conseguenti responsabilità civili, penali ed economiche imposte ai congiunti di questi infermi, in palese violazione dell'articolo 23 della Costituzione in base al quale non si può imporre ai congiunti degli infermi compiti assegnati al Servizio sanitario.

Cure domiciliari rinnegate

Altra drammatica e incomprensibile botta inferta dal Consiglio di Stato riguarda il non riconoscimento del fondamentale ruolo, effettivamente soprattutto di natura sanitaria, svolto dai congiunti e degli altri soggetti che volontariamente assumono l'importantissimo e assai frustrante compito di assicurare direttamente o con l'intervento di altre persone, le prestazioni domiciliari ad infermi non autosufficienti e quindi con l'obbligo di garantire, oltre alle altre incombenze, una presenza 24 ore su 24 anche al fine di evitare di incorrere nel reato di abbandono di incapace nei casi in cui ad esempio il malato compia atti di autolesionismo o subisca violenze da terzi magari introdottisi con destrezza nell'abitazione (13).

Infatti il Consiglio di Stato ha interpretato le norme vigenti stabilendo che i Lea ed i relativi finanziamenti riguardano esclusivamente le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare fornita da operatori professionali.

Ne consegue, tra l'altro, che non è stata ritenuta ammissibile l'erogazione, tramite il Fondo sanitario, di 1.000-1.500 euro mensili ai congiunti che assicurano una permanenza a domicilio dei loro familiari, intervento che, com'è noto, è quasi sempre molto positivo sotto il profilo terapeutico.

L'interpretazione del Consiglio di Stato, che anche in questo caso non tiene conto dell'articolo 23 della Costituzione, è la principale causa dell'impoverimento dei nuclei familiari che si sacrificano per attenuare le sofferenze dei loro congiunti non autosufficienti.

Forse anche per non ostacolare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate degli infermi non autosufficienti, attualmente praticate a livello di massa nei confron-

(13) Preso atto del non riconoscimento da parte del Parlamento della assoluta priorità delle prestazioni domiciliari, in tutti i casi in cui i congiunti degli infermi non autosufficienti o altre persone sono volontariamente disponibili, la Fondazione promozione sociale onlus ha predisposto una Petizione, sottoscritta da 18 organizzazioni di base, indirizzata al Parlamento europeo, con la richiesta di sollecitare le nostre istituzioni ad assicurare le relative prestazioni. Cfr. gli articoli: "Petizione al Parlamento europeo sulle esigenze e sui diritti delle persone non autosufficienti" e "Discussa la Petizione europea per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali", n. 195, 2016 e 202, 2018 di questa rivista.

ti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile, il decreto Gentiloni stabilisce all'articolo 30 che «*la durata dei trattamenti estensivi di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito [rectius, dell'infermo] che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome*», di cui un esempio molto eloquente è evidenziato nell'allegato documento dell'Usl Umbria 2 (cfr. pag. 18) già riportato sullo scorso numero di *Prospettive assistenziali*, ma che qui è opportuno richiamare.

Poiché dopo i 60 giorni, periodo massimo fissato per la degenza intensiva, il paragrafo b) dello stesso articolo 30 precisa le modalità di trattamento di lungoassistenza senza esplicitare l'obbligo del Servizio sanitario di assicurare – occorrendo – la continuità della degenza residenziale (14), nel ricorso presentato dall'avvocato Maria Luisa Tezza era stato eviden-

(14) L'articolo 30 è così redatto: «1. *Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla Regioni e dalle Province autonome; b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione. 2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera. 3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. 4. I trattamenti di lungoassistenza di*

ziato che in base all'articolo 1 della legge 833/1978 il Servizio sanitario nazionale deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» (15).

A questo riguardo, nella sentenza in oggetto, il Consiglio di Stato ha valutato «*non condivisibile la lettura secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte esistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] criteri di ordine essenzialmente economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità e durata dei trattamenti clinici necessari*». Tuttavia, la prospettiva indicata dalla sentenza è strumentale: le prestazioni sarebbero erogate «*a particolari categorie di soggetti i cui bisogni intercettano forme di assistenza [sic!] riconducibili tanto all'area sanitaria che a quella propria dei servizi sociali*».

Si tratta di asserzioni del tutto inaccettabili in quanto come ha evidenziato l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino nel più volte ricordato documento del 6 luglio 2015 «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e sociosanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*» e dall'altro lato, il Parlamento mai ha approvato norme per definire i livelli essenziali delle attività socio-assistenziali di cui al primo comma dell'articolo 38 della Costituzione (16).

cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».

(15) Tenuto conto che le persone non autosufficienti sono anche colpite da disabilità, nei casi in cui venga violata la parità di trattamento, i soggetti coinvolti possono agire anche ai sensi della legge n. 67/2006 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni". Segnaliamo, altresì, che la Regione Piemonte ha approvato la legge n. 5/2016 "Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale".

(16) Il primo comma dell'articolo 38 della Costituzione recita: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*». Permetto che si tratta dell'unico riferimento all'assistenza sociale contenuto nella nostra Costituzione, il livello di attuazione del "mantenimento" di questi nostri concittadini non in grado di svol-

Sulla base della sopracitata affermazione il Consiglio di Stato dà spazio agli emarginatori degli infermi non autosufficienti che, come abbiamo evidenziato in precedenza, subito dopo l'approvazione della legge 833/1978 hanno operato ed operano per non riconoscere la condizione di malati delle persone non autosufficienti e quindi assegnare al settore dell'assistenza sociale le competenze riguardanti le persone non autosufficienti a causa di disabilità e loro esiti (17).

Che cosa occorrerebbe fare

Sostanzialmente due sono gli ambiti delle iniziative necessarie per contrastare l'eugenetica sociale, le cui brutalità domani può colpire ognuno di noi e dei nostri cari:

a) rivendicare la piena e corretta attuazione della legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario universalistico, operando altresì per ottenere le opportune modifiche delle norme del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 interpretabili in modo contrastante con le esigenze degli infermi e la soppressione di quelle negative, ad esempio la definizione dei tempi massimi delle prestazioni;

b) per essere realmente efficaci, queste azioni dovrebbero essere strettamente collegate con la difesa delle situazioni personali, in primo luogo l'opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura degli infermi non autosufficienti. Inoltre c'è l'esigenza che le organizzazioni che veramente operano a difesa delle indifferibili esigenze degli infermi non autosufficienti sostengano in tutta la misura del possibile, e facendo riferimento ai principi della Costituzione e della legge 833/1978, i congiunti che si rivolgono all'autorità giudiziaria per ottenere il puntuale rispetto delle leggi vigenti.

gere alcuna attività lavorativa proficua, è da fame essendo relativo importo mensile (per 13 mesi) di euro 285,66!

(17) Nella sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato asserisce altresì che la valutazione multidisciplinare ha il compito «*di definire un trattamento personalizzato che tenga conto, alla luce della complessità dei bisogni del paziente, delle plurime variabili in cui è possibile combinare la misura delle singole forme di assistenza [sic!] oscillandosi tra prestazioni socio-assistenziali "inscindibili" dalle prestazioni sanitarie a prestazioni assistenziali "pure"*». Dunque, secondo il Consiglio di Stato ci sarebbero persone non autosufficienti non malate e quindi in possesso di adeguate condizioni di salute per la loro esistenza autonoma!

Allegato A

Riproduzione del certificato predisposto dall'UsI Umbria2 per ottenere dal figlio l'accettazione delle dimissioni del padre 89enne, gravemente malato e non autosufficiente. Non avendo accettato di assumere a suo carico le responsabilità penali, civili ed economiche assegnate dalla legge al Servizio sanitario, l'UsI Umbria2 ha fatturato i successivi giorni di ricovero in una Rsa, Residenza sanitaria assistenziale, per l'importo giornaliero di 135 euro.



Prot. n. 286253 del 18/12/2018

Centro di Salute1
Via A. Furlano n°5
tel. 0744-204658/204651
mail paola.paoli@uslumbria2.it

DR. [REDACTED]
DIRETTORE DEL DISTRETTO N.1

E AI COMPONENTI DELL'UVM GERIATRICA DI TERNI

Oggetto: Proposta di Piano assistenziale individualizzato per il signor [REDACTED]
Persona di riferimento: il figlio, signor [REDACTED]

Equipe Centro di Salute 1 - Terni: Responsabile Centro di Salute, Dr.ssa [REDACTED] Medico Centro di Salute, Dr.ssa [REDACTED], Coordinatrice Infermieristica Centro di Salute, Dott.ssa [REDACTED] Assistente Sociale Centro di Salute, Dott.ssa [REDACTED]

Il Sig. [REDACTED] nato a Terni il [REDACTED] e residente in Terni, [REDACTED] dal 29/06/2018 è ricoverato c/o l'R.S.A. "le Grazie" di Terni. In data 17 ottobre 2018 era stata già effettuata c/o la R.S.A. da parte del Centro di Salute 1 e del M.M.G., una valutazione delle condizioni cliniche del paziente e dei relativi bisogni assistenziali, in previsione delle imminenti dimissioni, aggiornata successivamente con la Responsabile [REDACTED]

Il Sig. [REDACTED] è invalido 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

Principali patologie: scompenso cardiaco con fibrillazione atriale persistente, insufficienza respiratoria cronica, portatore ossigeno, spondiloartrosi diffusa e frattura vertebrale L4 trattata con vertebroplastica, esofagite erosiva con grave anemia, iliaci vescicali con idroureteronefrosi di 2° grado bilaterale e RAU in fimosi serrate, TPV arto inferiore sinistro, gozzo tossico, TIA ricorrenti, lesioni da decubito al sacro, declino cognitivo e depressione maggiore.

Il Sig. [REDACTED] non è autonomo né nei trasferimenti né nell'utilizzo della sedia a rotelle.

A domicilio deve essere fornito dei seguenti presidi: letto preferibilmente ortopedico munito di materassino antidecubito e sedia a rotelle. È completamente dipendente nell'igiene personale e nella vestizione. È portatore di catetere endovesicale e necessita di controlli accurati della diuresi, una corretta gestione del catetere ed una sostituzione periodica dello stesso. Si alimenta autonomamente ma necessita di cibo adeguatamente preparato per la somministrazione.

Non è in grado di assumere farmaci autonomamente e devono essere somministrati allo stesso. Particolare attenzione è da riservare alla somministrazione del Coumadin che deve essere dosato in relazione ai valori dell'INR, dunque necessita di prelievi periodici per la determinazione di detti valori.

Il Sig. [REDACTED] presenta lesioni da decubito.

Il paziente necessita di assistenza continua nelle 24 ore.

Il Centro di Salute 1 può fornire assistenza infermieristica domiciliare per medicazioni, lesioni da decubito, prelievi ematici e sostituzione catetere endovesicale (qualora occorra anche con l'intervento dello specialista urologo). Inoltre considerando le difficoltà del figlio nella gestione dell'assistenza domiciliare, confermate in data odierna dallo stesso presso il Centro di salute 1, si propone il servizio tutelare domiciliare per l'igiene personale, eccezionalmente per n. 6 accessi settimanali da n.1 ora ciascuno, con personale ausiliario convenzionato. Le verifiche del PAI saranno effettuate con cadenza trimestrale e anche quando se ne ravveda la necessità.

La Responsabile Centro di Salute 1

[REDACTED]

La Dott.ssa [REDACTED]

[REDACTED]

Il Figlio ed
Amministratore di sostegno

[REDACTED]

La Coordinatrice

[REDACTED]

[REDACTED]

Il MMG

L'Assistente Sociale

[REDACTED]

Allegato B

Articoli pubblicati dal 2000 su "Prospettive assistenziali" sulla questione delle risorse economiche e in merito alle contribuzioni economiche illegittimamente imposte ai cittadini (1):

"Perché il fisco è buono con chi evade?", n. 132, 2000; "Ventimila miliardi inutilizzati da dodici anni", n. 133, 2001; "Sono ancora 285 gli enti inutili" e "Falsi poveri della Provincia di Enna", n. 135, 2001; "La Regione Piemonte ha istituito una agenzia per le adozioni internazionali: una iniziativa inutile e costosa", n. 137, 2002; "Il Comune di Santena: persone handicappate e rospi" e **"Nel 2000 l'evasione fiscale ha raggiunto 210 miliardi di euro"**, n. 138, 2002; "Gli incentivi delle case farmaceutiche per fare prescrivere più medicinali", n. 139, 2002; **"La Regione Piemonte è molto generosa con le case di cura private: regala anche migliaia di euro"**, n. 141, 2003; "Sprechi ed evasione fiscale: cancri della nostra società", "Esposto presentato alla Corte dei Conti" e "Case di cura private: le rette sono triplicate in sei anni", n. 142, 2003; "Assegnati all'Anffas altri cinque miliardi di euro", n. 143, 2003; **"La proprietà di beni conta nulla?"** e "L'Ulces parte civile nel processo alle case di cura private di Torino"; n. 144, 2003; "Finanziamenti erogati ai Centri di servizio per il volontariato: a quanto ammontano le spese i gestione?" e "Aumentare le pensioni dei benestanti?", n. 145, 2004; **"Perché in Italia i farmaci sono i più costosi dell'Europa?"** e "In Italia il latte artificiale è il più caro d'Europa", n. 147, 2004; "Evasione fiscale: nascosti 200 miliardi l'anno", n. 148, 2004; "Alcuni dati sull'economia italiana in nero", n. 149, 2005; "Povertà e reddito di cittadinanza, nella Regione Campania" di Giuseppe D'Angelo e "Perché continua la piaga dei falsi invalidi?" n. 152, 2005; "Elenco dei contributi elargiti dal ministero dei beni culturali", n. 151, 2005; **"Accordi fra Regione Piemonte e case di cura: due esposti presentati dall'Ulces alla Corte dei Conti"** e "Possiamo accettare di sentirci dire «Non ci sono risorse...»?", n. 156, 2006; "Le Asl e i Comuni continuano a violare le leggi e a creare

povertà", n. 158, 2007; "Basta con la pensione da fame (253 euro mensili) erogata alle persone inabili totali: un appello alle istituzioni e alle forse sociali", "Prete straricco e profittatore di malati: arrestato" e "L'ente più inutile d'Italia", n. 159, 2007; **"Pensioni da fame gli inabili totali, eccessive erogazioni economiche ai parlamentari e al personale del Senato e della Camera dei Deputati"** e **"Famiglie in bancarotta per le cure mediche"**, n. 160, 2007; "Allarmante ordine del giorno approvato dal Consiglio regionale della Toscana sui contributi economici illegalmente imposti ai congiunti di assistiti" e "La Regione Piemonte aggiudica i servizi assicurativi con un risparmio di 12 milioni di euro l'anno che saranno stanziati per gli anziani cronici non autosufficienti", n. 161, 2008; **"Considerazioni sulla disuguaglianza economica e sulla povertà in Italia"** di Mauro Perino, **"Il Comune di Torino sottrae rilevanti risorse economiche alle esigenze vitali delle persone più deboli della popolazione"**, "Continuano i finanziamenti clientelari all'Anmic, Ens, Unms, Anmil e Uic" e "Per le armi i finanziamenti ci sono", n. 182, 2008; "Il Comune di Firenze continua ad imporre contributi economici illegittimi: presentato un esposto alla Procura della Repubblica", n. 163, 2008; **"La Social Card: una grave offesa alla dignità delle persone e dei nuclei familiari in condizione di disagio socio-economico"**, "Ricorso della Regione Piemonte per la dichiarazione di anti-costituzionalità delle norme della legge 133/2008 concernenti la Social Card", "Presentata una proposta di legge di iniziativa popolare per l'aumento delle pensioni degli invalidi civili" e "Lauti i compensi dei vertici della Fao", n. 164, 2008; **"Cause, effetti e responsabilità delle diverse povertà"** di Mauro Perino e "La Regione Emilia Romagna continua a violare le leggi sulla contribuzioni economiche" n. 165, 2009; "Evasione fiscale: ogni anno si perdono 100 miliardi di euro", **"Il cancro dei paradisi fiscali"**, **"Inps: ingente l'evasione contributiva"** e **"Risposta alle strumentali dichiarazioni sulla mancanza di fondi sufficienti per assicurare condizioni di vita accettabili alle persone più bisognose e deboli"**, n. 166, 2009; "Negati o ignorati alcuni fondamentali diritti dei soggetti deboli: un appello alla solidarietà dei fatti concreti", "Il libro bianco del Ministro Sacconi e l'umiliante elemosina della Social

(1) Si tenga altresì presente che ai poveri sono stati illegittimamente sottratti patrimoni per almeno 50 miliardi di euro. Cfr. l'articolo di questa rivista "Ipab: sottratti alle persone povere miliardi di euro", n. 196, 2016.

Card” di Mauro Perino, “Interventi proposti in merito ai poveri ultrasessantacinquenni e agli inabili al lavoro” di Mauro Perino, “Perché Remo Riza non si esprime sulla povertà imposta dal Governo, dal Parlamento e dalle Regioni?”, **“Contributi economici illegittimamente pretesi della Regione Toscana: Errare humanum est, perseverare diabolicum”** e “Il Governo italiano intende acquistare 131 caccia bombardieri per 13-15 miliardi di euro”, n. 167, 2009; “Altre iniziative gravemente fuorvianti in materia di contribuzioni economiche”, **“Risorse economiche da non dimenticare: l’azione di rivalsa delle spese sanitarie nei confronti del terzo civilmente responsabile”** di Roberto Carapelle; “Delibera del Comune di Pavia: imposizione vessatoria e illegittima per l’accesso ai centri diurni dei soggetti con grave handicap intellettuale” e **“Povertà: la valutazione deve riguardare non solo i redditi ma anche i beni”** n. 168, 2009; “Petizione popolare: che cosa è stato fatto, che cosa si farà” di Maria Grazia Breda, **“Le dimensioni della povertà nel nostro Paese secondo il rapporto della Commissione di indagine sull’esclusione sociale”**, “Delibera della Conferenza dei Sindaci dell’Ulss 6 Vicenza contrastante con il principio di ragionevolezza”, “Gli abusi deliberati dalla Conferenza dei Sindaci dell’Ulss di Treviso”, “Il Governo ha messo le mani nelle tasche dei più deboli” e “Consiglio comunale di Torino: dirottare 13 miliardi di euro dai caccia-bombardieri alla crisi”, n. 169, 2010; **“Finanziamenti pubblici per le esigenze imprescindibili delle persone, e sovvenzioni per il miglioramento della qualità della vita”**, “Commento all’iniziativa delle Acli sulla Social Card” di Mauro Perino e “Altri gravissimi comportamenti illegittimi volti a scaricare sui congiunti la cura degli anziani gravemente malati e non autosufficienti”, n. 170, 2010; **“Indifferibili esigenze vitali dei soggetti deboli: valutazioni e proposte in merito all’evasione fiscale, agli sprechi e ai patrimoni sottratti ai poveri”**, “Seconda petizione popolare per la tutela delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti”, **“Proposta di legge regionale sul recupero delle spese sanitarie nei confronti delle persone civilmente responsabili”** e “100 milioni di euro sprecati in vaccini”, n. 171, 2010; “I Sindaci della Provincia di Bergamo impongono contributi economici illegittimi ai soggetti con

handicap grave e ai loro congiunti: Cgil, Cisl e Uil approvano”, “Perché la Società della salute di Empoli pretende contributi economici illegittimi?”, “Le Asl e i Comuni della Toscana violano le leggi sul diritto esigibile alle cure sanitarie e creano povertà”, **“Per i soggetti deboli i soldi non ci sono, ma...”**; “Segnalata al Capo dello Stato la profonda delusione dell’Associazione promozione sociale” e “Il Sindaco di Varese vorrebbe che siano imposti contributi economici ai congiunti degli assistiti non autosufficienti”, n. 172, 2010; **“Preoccupante documento delle Regioni: agli assistiti non sono riconosciuti diritti esigibili e ai loro congiunti sono richiesti nuovi contributi economici”**, “Spesi 720 mila euro per la festa 2009 di Piedigrotta?”, “Utilizzo clientelare delle risorse regionali: 8 milioni annui elargiti per ‘Bonus bebè’ anziché agli anziani cronici non autosufficienti” e “Contributi economici: prosegue la polemica con il Sindaco di Varese”, n. 173, 2011; “Il Parlamento rilancia l’umiliante elemosina delle Social Card”, **“Inquietante relazione della Corte dei Conti sulla spesa sanitaria”**, n. 174, 2011; **“Una prima risposta al pretesto della scarsità delle risorse economiche indispensabili per le esigenze vitali delle persone non autosufficienti”**, “Petizione popolare nazionale”, “Allucinanti le dichiarazioni del Ministro Sacconi sulla Social Card e sulle esigenze dei soggetti deboli”, **“I falsi poveri della Caritas italiana”**, e “Truffe alla sanità: un affare da 184 milioni di euro”, n. 175, 2011; **“Ulteriori risposte al pretesto della mancanza di sufficienti risorse economiche per le vitali esigenze delle persone non autosufficienti”** e **“Favorita l’evasione fiscale”**, n. 176, 2011; “Petizione popolare nazionale sul finanziamento dei Lea: consegnate le prime firme e adesioni”, **“Possibili risparmi concernenti il Servizio sanitario nazionale e altri settori”**, “Quarant’anni di attività della Caritas: ignorata la priorità della prevenzione della povertà e le cause dell’emarginazione”, “Perché la Regione Puglia e il Comune di Bari pretendono contributi economici illegittimi dai congiunti dei soggetti con handicap grave?”, n. 177, 2012; **“Proposta per l’introduzione del reddito minimo vitale per gli ultraottantenni soli e nullatenenti”** di Maria Grazia Breda, **“Beni per 100 milioni di Ipb sostanzialmente inattivi: La Regione Piemonte e il Comune di Torino stanno a guar-**

dare", "Inaccettabili privilegi degli ex Presidenti della Camera dei Deputati e del Senato", "Positivi ma insufficienti i tagli delle spese del Ministro della difesa", **"Immobili di proprietà del settore pubblico per un valore di 42 miliardi di euro rapidamente vendibili"**, n. 178, 2012; "Piattaforma delle richieste e proposte avanzate dal Csa all'Amministrazione comunale di Torino per gli anni 2011-2015" e "Secondo un esperto i nuovi poveri sono i proprietari delle prime case" e "Spese socio-sanitarie: continua l'impoverimento delle famiglie", n. 179, 2012; "Dai positivi risultati della Petizione per il finanziamento dei Lea ad una nuova iniziativa diretta ad ottenere diritti esigibili per le prestazioni domiciliari rivolte alle persone non autosufficienti", **"Quanto costa alla famiglia un congiunto con grave handicap intellettivo?"**, "Il Comune di Milano continua a violare le leggi sulle contribuzioni economiche". "Differenze di prezzo fino a dodici volte per i beni acquistati dalla sanità: sprechi o truffe?", e **"Il Comune di Torino calpesta le esigenze dei cittadini più deboli e più bisognosi"**, n. 180, 2012; "L'Università degli studi di Roma Tor Vergata fornisce notizie gravemente fuorvianti in merito alla non autosufficienza" e "Il Sindaco di Torino taglia i finanziamenti dell'assistenza e afferma che non è vero" n. 181, 2013; **"Ancora sul pagamento delle rette imposto ai parenti degli assistiti: leggi regionali e violazioni dei principi costituzionali"**, "La Giunta della Regione Piemonte contro il diritto degli anziani malati cronici alle cure socio-sanitarie" e **"Ammazza la madre malata: «Non riesco più a curarla»"**, n. 182, 2013; "Sbagliata e preoccupante la posizione del Vice Ministro Maria Cecilia Guerra sugli anziani malati cronici non autosufficienti", "Cambiano i Governi e le Social Card si moltiplicano" di Mauro Perino, "Assai deludente la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla sanità in merito alle persone con patologie o handicap invalidanti", **"Allucinante iniziativa del legale della Casa di cura San Michele di Bra"**, "Il Comune di Milano viola il diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie", "Sempre sordi i Segretari nazionali di Cgil, Cisl e Uil nei riguardi degli anziani cronici non autosufficienti" e **"Se diventiamo non autosufficienti all'improvviso, sappiamo come difendere la salute**

nostra e di un nostro familiare?", n. 183, 2013; "Contro l'eugenetica economica e l'eugenetica sociale" di Marco Perino, **"Molto preoccupante il numero dei Parlamentari che ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti"**, "Perché l'esperto de Il Sole 24 Ore fornisce notizie fuorvianti?", **"In base a quali motivi la Regione Lombardia continua a non versare le quote di sua spettanza per le persone non autosufficienti con patologie e/o handicap invalidanti?"**, "Per Federsanità – Anci i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria sono totalmente distruttivi", **"Dichiarazione giustamente imposta in merito alle contribuzioni economiche"** e **"Quarta rassegna di sprechi e spese per attività non indispensabili"**, n. 184, 2013; "Basta con gli espedienti delle Istituzioni: le Asl ed i Comuni sono obbligati dalle leggi vigenti a fornire alle persone non autosufficienti le occorrenti prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali", **"Il nuovo lsee: che cosa cambia per le persone non autosufficienti che ricevono le prestazioni socio-sanitarie"** di Andrea Ciattaglia, "Altri Parlamentari ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti", "Comuni delle Marche: preoccupante violazione delle leggi vigenti sulle contribuzioni economiche", n. 185, 2014; **"Allarmante ordinanza del Consiglio di Stato: se mancano le risorse, negate le cure ai malati inguaribili?"**, "Devastanti espedienti usati dal Comune di Cinisello Balsamo per imporre contributi economici illegittimi e per negare alle persone non autosufficienti il diritto all'integrazione delle rette", "Il Sottosegretario Franca Biondelli ritirerà le sue proposte di legge in cui sono ignorati i vigenti diritti delle persone non autosufficienti?", "Anche lo Spi Cgil della Lombardia omette di segnalare i diritti dei malati di Alzheimer" e **"Pensioni ricche (superiori a 90 mila euro all'anno)"**, n. 186, 2014; "Sull'imposizione di contributi economici ai familiari di persone ricoverate: la voce di un operatore" di Davide Pizzi, **"Anziani malati cronici non autosufficienti: ottenuta con tre lettere la prosecuzione delle cure socio-sanitarie"**, "Anche le case di cura private devono rispettare le norme sulla continuità terapeutica degli anziani malati cronici", "La Regione Lombardia predispone un contratto illegittimo per l'accesso alle Rsa degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demen-

za senile” e **“I Ministri della salute e dell’economia, i Deputati, i Sindacati e gli esperti continuano ad ignorare i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti”**, n. 187, 2014; “Aumenta il numero dei Parlamentari che presentano proposte di legge omettendo i vigenti diritti delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie”, “La Caritas continua a non segnalare i diritti esigibili delle persone non autosufficienti”, **“Inchiesta: il falso alibi delle risorse – I soldi ci sono. Rassegna degli sprechi e proposte operative per il recupero di rilevanti risorse economiche”**, “Perché l’Agenas omette di ricordare ai cittadini il diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari?”, e “Nella Regione Puglia continuano ad essere illegittimamente imposti contributi economici ai parenti tenuti agli alimenti”, n. 188, 2014; **“Il Consiglio di Stato sposa l’eugenetica sociale. Si riducono le risorse economiche a ai disabili gravi e agli anziani malati cronici non autosufficienti non sono fornite le cure socio-sanitarie”**, “Proposte assurde e pericolose sulla non autosufficienza” di Mauro Perino, **“Considerazioni in merito alle proposte dell’Alleanza contro la povertà in Italia”**, “Si estende il numero dei negazionisti che non segnalano il vigente diritto alle cure socio-sanitarie dei cittadini non autosufficienti”, Alternanti e persistenti illegittimità praticate dalla Regione Puglia a danno degli anziani malati cronici non autosufficienti e dei loro congiunti”, **“Principi di eugenetica sociale contenuti nel documento approvato il 30 ottobre 2014 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome”** e “Dimissioni truffaldine da ospedali e da case di cura di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone con demenza senile”, n. 189, 2015; **“Proposte del Csa per prevenire e combattere la povertà economica”**, e “Le Regioni continuano a sottrarre alle persone colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza quote rilevanti dei finanziamenti erogati dallo Stato”, n. 190, 2015; “Rischio della non autosufficienza: le possibili concrete misure di autotutela personale”, **“Documento dell’Ordine dei Medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti”** e “Perché il

Direttore generale dell’Asl Bergamo fornisce notizie fuorvianti sul diritto alle cure di un anziano malato cronico non autosufficiente”, n. 191, 2015; **“Il diritto alla salute dei malati non autosufficienti e l’equilibrio di bilancio secondo la Costituzione – Appello alle istituzioni”**, “Iniziative delle Regioni Liguria e Veneto contrastanti con la corretta attuazione del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure socio-sanitarie”, **“Unità valutative geriatriche: strumento tecnico oggettivo o marchingegno per convalidare le illegittime liste di attesa?”** e “La popolazione invecchia ma i malati di Alzheimer non aumentano”, n. 192, 2015; **“Ordine dei Medici: fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: sono indifferibili e di competenza sanitaria”**, **“La truffaldina certificazione di anziano cronico non autosufficiente clinicamente stabile dimissibile”** “Inaccettabile comportamento dell’Ausl di Firenze e della casa di cura Villa delle Terme”, “La Regione Piemonte spreca altro denaro per l’Agenzia per le adozioni internazionali e non richiede il rimborso dei danni subiti”, **“Il Censis continua a non fornire informazioni sui vigenti diritti e conferma l’impoverimento dei nuclei familiari con anziani malati cronici non autosufficienti”** e “La crisi economica: ricchi sempre più ricchi”, n.193, 2015; “Un altro libro dei negazionisti dei vigenti diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti”, **“Azione di rivalsa dei costi sanitari: una lodevole iniziativa dell’Inps”**, **“Come può l’Ordine dei Medici di Firenze considerare sufficientemente idonei i provvedimenti della Regione Toscana riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti?”**, “Comune di Roma: truffe milionarie” e “Le istituzioni sprecano 20 miliardi di euro ogni anno”, n. 194, 2016; **“Quanti sono i poveri? Come misurare la povertà e a quale scopo”** di Maurizio Motta, **“Clamorose cantonate del Ministro del lavoro e delle politiche sociali in merito al Fondo per le non autosufficienze”**, “Proposto l’ente pubblico mangiasoldi: Agenzia italiana per le adozioni internazionali” e **“Inghilterra: pazienti lasciati morire a loro insaputa”**, n. 195, 2016; “I nuovi Lea tolgono tutele ai malati: Come difendere i diritti delle persone non autosufficienti”, **“Riflessioni sull’assistenza economica come indicatore e misura per il contrasto della povertà”** di

Mauro Perino, "Sindacati dei pensionati: informazioni omesse o fuorvianti sulla non autosufficienza", di Luca Raiteri, **"Sindacato pensionati Cgil: altre iniziative sconclusionate e autoleisionistiche sulla non autosufficienza"**, "La Regione Molise pretende illegittimamente contributi economici dai parenti degli assistiti" e **"In Italia l'evasione fiscale dell'Iva è di 37 miliardi"**, n. 196, 2016; **"Nuovi Lea, sanità di serie B e a pagamento: per tutte le persone malate croniche e non autosufficienti discriminazioni e vincoli all'accesso"**, **"I soldi per i poveri non vanno solo ai poveri"** di Maurizio Motta, "Altre notizie fuorvianti sui vigenti diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con disabilità e limitatissima o nulla autonomia", "Nella Regione Liguria continuano ad essere violate le esigenze ed i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti", **"Differenze sostanziali tra sanità e assistenza"** e **"Poveri ad ogni costo?"**, n. 197, 2017; "Codici deontologici: i medici, gli infermieri e gli assistenti sociali devono fornire informazioni corrette sui diritti esigibili dei loro utenti" e **"Relazione della Corte dei Conti sul Fondo per le non autosufficienze: omissione di vigenti diritti esigibili e valutazioni errate"**, n. 198, 2017; **"Le leggi per le persone non autosufficienti sono le sentenze del Consiglio di Stato?"**, "Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali continua a non voler riconoscere la vigente competenza del settore sanitario nei riguardi delle persone non autosufficienti", **"Perché i padri vincenziani non informano i congiunti degli anziani non autosufficienti e delle persone con demenza senile sugli obblighi di legge del Servizio sanitario?"**, e "Affermazioni gravemente fuorvianti del direttore del distretto di Mazara del Vallo", n. 199, 2017; **"Ordine dei Medici di Torino: ulteriori conferme sulla indifferibilità delle cure sanitarie per gli anziani non autosufficienti"**, Regione Lombardia: violazione del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie", "Per quali motivi l'osservatorio nazionale sulle famiglie ignora le leggi vigenti sulla non autosufficienza e sul dopo di noi?" e **"Secondo l'Asl Torino 3 gli anziani sono portatori della «epidemia della longevità»"**, n. 200, 2017; **"Il reddito di inclusione va davvero ai poveri?"** di Maurizio Motta, "Perché le Caritas non segnalano il diritto esigibile degli anziani non autosufficienti alle

cure sanitarie?" e **"Altri omicidi/suicidi di anziani malati. Smettiamola di chiamarle vittime della disperazione. I servizi non informano sul diritto alle cure sanitarie dei malati"**, n. 201, 2018; "Regione Piemonte: laboratorio nazionale per l'attacco al diritto alle cure di malati e persone con disabilità non autosufficienti", **"Malati non autosufficienti, parola ai geriatri: «Non fragili, ma persone con esigenze sanitarie elevate»"**, **"Disabili e malati non autosufficienti: è epidemia di omicidi/suicidi e maltrattamenti. Ecco l'effetto della negazione delle prestazioni socio-sanitarie"** a cura dell'Ulces, "Perché il Presidente degli Assessori alla sanità, Antonio Saitta, non ha fatto alcun riferimento alle esigenze dei malati/persone con disabilità non autosufficienti davanti ai Senatori della Commissione igiene e sanità?" e **"Il Difensore civico della Regione Piemonte certifica l'insufficiente continuità terapeutica per i non autosufficienti"**, n. 202, 2018; **"Un manifesto per «Prendersi cura delle persone non autosufficienti». Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza"**, "Ancora negazione dei vigenti diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure sanitarie o socio-sanitarie: non legislazione carente, ma diritti violati", **"Quando la Chiesa cattolica riconoscerà le proprie responsabilità sul diritto negato agli anziani malati non autosufficienti alle indifferibili cure sanitarie e socio-sanitarie?"**, **"Regione Lombardia: violazione delle leggi vigenti, malati e loro famiglie impoveriti dalle richieste di contributi non dovuti"**, "Illegittimo modulo dell'ospedale di Rivoli: dimissioni forzate sulle spalle della famiglia" e "Altra grave disinformazione sui vigenti (da 129 anni) diritti delle persone non autosufficienti", n. 203, 2018; "Nuovi Lea: la più grande controriforma della sanità italiana (a danno dei malati)", **"Disuguaglianza e povertà: diritto al reddito o diritto al lavoro?"** di Mauro Perino, **"Comunicazione del Difensore civico regionale del Piemonte: rilievi critici sulla normativa regionale"**, "«Riconoscimento concreto del diritto alla salute per i malati non autosufficienti, revisione dei Lea, cure domiciliari, continuità terapeutica, petizione europea e utilizzo virtuoso delle risorse». Il messaggio al Ministro della sanità" e **"Povertà, 25 miliardi all'anno nelle tasche di chi non è povero"**, n. 204, 2018.

Allegato C

Ricerche che dimostrano l'impoverimento delle famiglie italiane causato dal mancato riconoscimento del diritto alle cure ai malati da parte del Servizio sanitario e alla conseguente mancata erogazione di prestazioni previste dalla legge.

1 - Nel documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale nell'ottobre del 2000 viene precisato che «nel corso del 1999, due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spesa sostenuto per la "cura" di un componente affetto da una malattia cronica».

2 - Il IV rapporto del Ceis Sanità, Università di Tor Vergata di Roma, presentato il 20 dicembre 2006 segnala «la presenza nel nostro Paese di uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che impoveriscono e da quelle che sostengono spese "catastrofiche". In termini assoluti si tratta di un fenomeno ragguardevole, che coinvolge complessivamente oltre 1 milione e 200mila nuclei familiari. E l'età avanzata è un catalizzatore potente della fragilità socio-economica: sopra i 65 anni aumenta infatti del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie out of pocket. In base agli ultimi dati 2004 dell'Istat risulta che 295.572 famiglie (pari a circa l'1,3% della popolazione) sono scese al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese sanitarie sostenute. Mentre le famiglie soggette a spese catastrofiche, sempre per ragioni sanitarie, sono 967.619 (pari al 4,2% della popolazione): una notevole quota (45,6%) delle famiglie impoverite è composta da anziani soli o coppie di anziani senza figli. E comunque la stragrande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano. Secondo le stime del Ceis la presenza di un over 65 in famiglia aumenta di circa il 42% la probabilità di impoverimento; la presenza di due o più anziani raddoppia tale rischio».

3 - Il VI rapporto Ceis Sanità 2008 precisa che «nel 2006 in Italia risultano impoverite

349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero dei nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale)».

4 - Nell'VIII Rapporto del Ceis Sanità del 13 luglio 2012 viene evidenziato quanto segue «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 comprimibile) 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%)».

5 - Analoghe le valutazioni contenute nel Rapporto 2009 del Ceis Sanità. Infatti viene rilevato quanto segue: «L'analisi per tipologia familiare (...) evidenzia ancora una volta il ruolo rilevante della presenza di anziani o figli a carico nel determinare le difficoltà della famiglia di far fronte a spese sanitarie. In particolare si sottolinea come (...) la presenza di anziani faccia salire notevolmente la probabilità (e quindi l'in-

cidenza) di impoverirsi o di andare incontro a spese catastrofiche».

6 - Nel 49° rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, predisposto dal Censis viene precisato che *«il carico della spesa per le esigenze da non autosufficienti (...) scricchiola mostrando crepe che rendono urgente la messa in campo di soluzioni alternative. Infatti, il 50,2% delle famiglie con una persona non autosufficiente (di contro il 38,7% del totale delle famiglie) ha a disposizione risorse scarse o insufficienti. Per fronteggiare il costo privato dell'assistenza ai non autosufficienti, 910mila famiglie italiane si sono dovute "tassare" e 561mila famiglie hanno utilizzato tutti i propri risparmi e/o dovuto vendere la casa e/o dovuto indebitarsi».*

7 - Anche nel VII Rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, che reca la data del 7 giugno 2017, viene segnalato che *«ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico»* e che nell'area dei "salute impoveriti" e cioè delle persone (1,8 milioni) che *«dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria»* e che *«ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale».*

Allegato D

Le iniziative assunte dall'Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale), dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e dalla Fondazione promozione sociale onlus a difesa delle indifferibili esigenze sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile, sono segnalate negli articoli di Francesco Santanera pubblicati su "Prospettive assistenziali" dal n. 185/2014 al n. 204/2018 con i seguenti titoli:

"Attività svolte dall'Ulces e dal Csa negli anni '70 a difesa delle esigenze e dei diritti della fascia più debole della popolazione" n. 185, 2014; "L'allucinante situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti riscontrata dall'Ulces e dal Csa negli anni '70", n. 186, 2014; "Prime iniziative avviate negli anni '70 dall'Ulces e dal Csa a difesa del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "1978: presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida ma contestata proposta di legge di iniziativa popolare su sanità e assistenza", n. 188, 2014; "1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale e del Comitato per la difesa dei diritti degli

assistiti", n. 189, 2015; " 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; "Ulteriori azioni dell'Ulces e del Csa a difesa delle esigenze e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 191, 2015; "1983. Anziani non autosufficienti: mentre continuano le illegittime e disumane dimissioni dagli ospedali il Parlamento approva una legge per i cittadini malati cronici illustri", n. 192, 2015; "Due devastanti iniziative contro le esigenze degli anziani malati cronici non autosufficienti: documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 e decreto Craxi dell'8 agosto 1985", n.193, 2016; "1985. Istituito a Torino il primo servizio pubblico di ospedalizzazione a domicilio dei malati acuti e cronici: un'altra conquista del volontariato dei diritti", n.194, 2016; "1986. La prima volta della lettera di opposizione alle dimissioni, ancora oggi unico strumento valido per ottenere la continuità terapeutica negata dalle Asl", n. 195, 2016; "1987: il Ministro della sanità non smentisce il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata", n. 196, 2016; "1988. Il filosofo Norberto Bobbio e il cardinale Carlo Maria

Martini sostengono l'azione del Csa diretta contro l'eutanasia da abbandono degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile", n. 197, 2017; "1988: un piccolo ma importante risultato positivo ottenuto dal Csa a tutela del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile", n. 198, 2017; "1989-1990: iniziative del Csa contro le istituzioni che continuano a non riconoscere agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile il diritto alle cure sanitarie", n. 199, 2017; "1990. Proposte di legge regionali di iniziativa popolare sul riconoscimento del diritto alle cure sani-

tarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 200, 2017; "1990-91. Ventiquattromila firme per la Legge d'iniziativa popolare: il plauso di Bobbio («un'opera di civiltà»), l'opposizione della Regione Piemonte e della Cisl", n. 201, 2018; "1991-96. La magistratura conferma il diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 202, 2018; "Riflessioni sulle iniziative assunte dal volontariato dei diritti nei primi 55 anni di attività", n. 203, 2018; "Scopo, attività e risultati conseguenti dal 1962 dal volontariato dei diritti" e "La bufala dell'integrazione socio-sanitaria: continua la dannosa confusione fra «sociale» e «assistenziale», n. 204, 2018.

Ordinanza storica della Corte d'appello di Torino... *(segue dalla pag. 9)*

parola (...) Deve quindi ritenersi non manifestamente infondata (...) anche la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 38, comma 4 della legge 28 dicembre 2001 n. 448 laddove subordina il diritto degli invalidi civili totali, anche se in condizioni di gravissima disabilità e privi di ogni residua capacità lavorativa, all'incremento' in esso previsto al raggiungimento del requisito di 60 anni di età. (...) Solo l'adeguamento della misura della pensione di inabilità a quella dell'assegno sociale (...) o l'eliminazione del limite anagrafico del compimento del 60° anno di età (...), quantomeno in rela-

zione ai soggetti affetti da gravissima disabilità, può consentire l'accoglimento delle domande proposte in giudizio dall'odierna appellante, essendo fra l'altro pacifico che le misure introdotte di recente dalla legge 28 marzo 2019 n. 26 ('Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni') hanno riguardato unicamente le prestazioni di carattere previdenziale erogate dall'Inps e, altresì, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6 della legge 335/1995 e non anche le prestazioni di invalidità civile disciplinate dalle disposizioni di legge qui denunciate».