

Continuo a preferire
la severa giustizia
alla generosa solidarietà.
Norberto Bobbio

IL RAZZISMO DI UNA LEGGE “A PARTE” PER CHI È MALATO CRONICO E NON AUTOSUFFICIENTE

MARIA GRAZIA BREDA (1)

La pandemia Covid-19 ha dimostrato due cose importanti: il nostro Servizio sanitario nazionale è il bene più grande di cui disponiamo per la tutela della nostra salute e deve curare tutti, senza discriminazione per età e/o per patologia. Quando l'associazione degli anestesisti Siaarti ha provato a discriminare l'accesso alle cure prevedendo di escludere chi era al di sopra di una certa età in caso di scarsità di risorse (2), si è levato un coro unanime contro una proposta dal sapore di eugenetico. Cori di proteste si sono levati da giornali e televisioni a fronte delle dichiarazioni razziste del Presidente della Regione Liguria, Giovanni Toti (3), quando ha affermato che gli anziani sono improduttivi e non fanno parte integrante della società (che produce!), ragion per cui devono stare a casa e se muoiono non è poi così importante. Un'altra forte reazione si è manifestata a fronte delle dichiarazioni del nuovo assessore al Welfare (termine con il quale si tengono insieme Sanità e Servizi sociali, in un modello che dovrebbe fare scuola come esempio negativo per la nazione) della Regione Lombardia, Letizia Moratti (4), che voleva accaparrarsi più vaccini delle altre Regioni in base al Prodotto interno lordo più alto della Lombardia, evidentemente considerata «di serie A» in base al reddito medio pro-capite.

La pandemia ha poi confermato che la legge che assicura il diritto soggettivo e l'accesso universalistico alle cure, qualunque sia la nostra condizione personale e sociale, è sempre la

stessa da più di 40 anni a questa parte: la legge 833/1978 (5). Le modifiche successivamente intervenute non hanno cambiato il nostro diritto fondamentale alla tutela della salute, che è garantito dalla Costituzione (cioè da quella che viene chiamata la legge delle leggi) all'articolo 32.

Nel rispetto di questi principi, l'ospedale o la casa di cura convenzionata non possono dimettere un malato cronico non autosufficiente senza la presa in carico dell'Asl di residenza, sia che questa presa in carico avvenga a livello domiciliare, sia che si traduca in una continuità di cure residenziali, in altre strutture. Insomma, possiamo dire che il Servizio sanitario nazionale quando entra in contatto (cioè quando prende in carico, cura) un malato cronico non autosufficiente non lo può mai più legittimamente abbandonare. È per questo che per qualsiasi ricoverato malato cronico non autosufficiente si può con successo attivare l'istanza di opposizione alle dimissioni e richiedere la continuità terapeutica (6).

Va ricordato a proposito del concetto di abbandono (nel senso di «venir meno al proprio dovere»), che in ambito sanitario questo può essere applicato solo all'istituzione, l'Asl/la struttura di ricovero, perché solo esse sono tenute – meglio, sono obbligate dalla legge – a fornire la prestazione al malato. Invece, non è stabilito alcun obbligo di cura dei propri parenti malati in capo ai familiari, poiché nessuna legge ha mai obbligato i parenti alle cure. Ogni volontaria disponibilità di un familiare (o di altra persona che lo rappresenti) è un «di più» – alcuni potreb-

(1) Presidente della Fondazione promozione sociale.

(2) Siaarti, Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva. Si richiama anche l'articolo apparso su *Il Fatto quotidiano* del 1° novembre 2020, “Respinti gli anziani in ospedale: 300 casi in Lombardia”.

(3) Giovanni Toti, sui 22 pazienti molto anziani deceduti il 31 ottobre in Liguria, li ha definiti «persone per lo più in pensione, non indispensabili allo sforzo produttivo del paese che vanno però tutelate». Il messaggio è stato diffuso via *Twitter* il 1° novembre 2020.

(4) Cfr. “Letizia Moratti: termine di paragone”, in *“L'Espresso”*, 24 gennaio 2021, pag. 95.

(5) In base all'articolo 2 della legge 833/1978 il Servizio sanitario deve obbligatoriamente assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata». Altresì, l'articolo 1 della medesima legge, prevede che 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».

(6) Il fac-simile della lettera di opposizione è disponibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

bero dire «un dono» – che va inserito in un progetto di cure coordinate dall'Asl e dal Medico di medicina generale.

Con l'opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura convenzionate con il Servizio sanitario nazionale e la richiesta della continuità terapeutica prevista dalle leggi, il malato cronico non autosufficiente ha diritto alla prosecuzione delle cure senza limiti di durata (7), che si potrà trasformare in una presa in carico dell'Asl di residenza per il trasferimento in convenzione in una idonea struttura residenziale sanitaria o socio-sanitaria. Ricordiamo che stiamo parlando di malati con pluripatologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili che, se interrotte, possono determinare il loro decesso nel giro di pochi giorni.

Perché non serve – e anzi è dannosa – una legge per la non autosufficienza

Per tutto quanto premesso, per assicurare la cura ai malati non autosufficienti secondo i loro bisogni (che comprendono gli interventi per la loro mobilitazione, idratazione, alimentazione, igiene personale... perché le loro patologie producono l'effetto di renderli incapaci di tutto ciò), non serve approvare una legge per la non autosufficienza. Perché **rispettando la legge 833/1978 i bisogni essenziali di questi malati vengono soddisfatti pienamente.**

Semmai è urgente riportare nell'ambito del Servizio sanitario la tutela della salute dei malati cronici non autosufficienti; in questi ultimi vent'anni ha subito una decisiva e drammatica accelerazione il percorso di marginalizzazione dei malati non autosufficienti, iniziato fin dai primi mesi successivi alla riforma del 1978, con il loro spostamento «in blocco» verso servizi meno tutelanti (come quelli socio-assistenziali), oppure a carico delle famiglie, abbandonate dalle istituzioni. Questa articolazione dei servizi è contraria al dettato della legge 833 del 1978, ma è invece in perfetta consonanza con il concetto di «integrazione socio-sanitaria», formula di comodo per giustificare lo slittamento «fuori dalla sanità» di cui sopra. La proposta di legge “a parte” per la non autosufficienza è il gradino successivo, verso il basso, di questa impostazione:

zione: con il falso argomento di «proteggerli», si chiudono i non autosufficienti in un ordinamento a sé, con regole più restrittive che valgono solo per loro, soldi limitati, esclusione dal sistema delle cure «di tutti» (che a quel punto diventerebbero «gli altri», ma non non autosufficienti).

Dobbiamo avere il coraggio di usare parole forti di fronte a forti minacce del diritto alla salute di tutti i cittadini (dei non autosufficienti di oggi e di quelli, e potremmo essere tutti, di domani). Non sembra inappropriato – e vedremo perché – definire «razzista» un percorso che porti i malati non autosufficienti ancora più fuori dal sistema di tutela della salute di tutti i cittadini di quanto già non sia oggi.

Gli esperti dell'integrazione socio-sanitaria: «scienziati» al servizio del «razzismo sanitario»?

La scrittrice e ricercatrice statunitense Robin DiAngelo ha spiegato (8) perché parlare di razzismo sia così difficile per i bianchi, rispetto ai neri. Il tema e le riflessioni dell'Autrice si possono adattare in molti casi alle numerose forme di razzismo. L'approfondimento contenuto nell'enciclopedia Treccani *on line* così riferisce: «*In senso stretto, il razzismo, come teoria della divisione biologica dell'umanità in razze superiori e inferiori, è un fenomeno relativamente recente. È antichissima, invece, la tendenza a discriminare i 'diversi' (nazioni, culture, classi sociali inferiori), e la principale funzione del razzismo in tutte le varianti, fu sempre di giustificare qualche forma di discriminazione o oppressione*» (9), di cui l'editore dell'Enciclopedia richiama, in una sintesi efficace, gli esempi più noti nell'età contemporanea.

Sulla stessa lunghezza d'onda si esprime DiAngelo osservando che, a dispetto dei molti proclami sull'uguaglianza «*vi è una bella differenza tra essere visti vecchi o giovani, ricchi o poveri, senza disabilità o con disabilità (...)*» e così via. A suo dire il valore sociale attribuito a ognuno di questi gruppi sociali, che ci viene instillato sin dall'infanzia, ci porta a «imparare» che un certo gruppo è «meglio» del suo contrario.

Traslando il concetto sulle materie di cui ci

(7) Il riferimento è all'articolo 2 della legge 833/1978, vedi nota 5.

(8) Robin DiAngelo, “Fragilità bianca. Perché è così difficile per i bianchi parlare di razzismo”, *Chiarelettere Editore*, 2020.

(9) Cfr. alla voce “Razzismo”, *Enciclopedia Treccani on-line*.

occupiamo, promozione e tutela dei diritti dei malati non autosufficienti, possiamo svolgere alcune considerazioni.

Fin dal decreto Craxi del 1985 (10), **si è instillato il concetto che una persona malata cronica non autosufficiente non è più un utente della Sanità, salvo che per le acuzie**. Per cui, grazie anche all'avvallo culturale dei cosiddetti «esperti» e delle loro pubblicazioni, si è nel tempo consolidata l'idea che il malato cronico non autosufficiente, specie se anziano e non autosufficiente, sia un «incurabile» (e per estensione «da non curare») e richieda una risposta di sola assistenza, che compete in primo luogo alla sua famiglia. È diventata prassi «normale» dimettere precocemente questi pazienti dagli ospedali e/o dalle strutture sanitarie di riabilitazione e lungodegenza – perché tanto sono «casi sociali» –, riducendo così le loro possibilità di recupero o almeno mantenimento di limiti di autonomia. Tale prassi si fonda sul luogo comune, appositamente messo in moto nell'immaginario collettivo, che i vecchi occupano impropriamente «quel» posto letto, da riservare a chi è più giovane e quindi ha, la correlazione è diretta, «più diritto» a ricevere cure di qualità.

Altrettanto in profondità si è operato a livello culturale per colpevolizzare il familiare, che rifiuta la dimissione e chiede il diritto alla continuità terapeutica, specie se è donna (moglie, figlia, nuora, sorella), anche qui secondo il «detto» che «assistenza e cura», specie di chi è dipendente in tutto e per tutto dall'aiuto di altri (dal neonato al malato completamente dipendente), sia compito specifico della donna.

Inoltre, si è volutamente forzata, «da parte di coloro che sostengono a livello teorico e anche pratico l'esclusione degli anziani malati dalle tutele del Servizio sanitario, l'interpretazione dell'articolo 2 della Costituzione (11), per asse-

(10) Le cure sanitarie sono dovute indistintamente ai malati acuti e cronici senza limiti di durata. Il «decreto Craxi» (Dpcm 8 agosto 1985) sull'integrazione socio-sanitaria è solo un atto amministrativo, dunque non ha nessun valore normativo (sentenza n.10150 del 1996, Suprema Corte di Cassazione).

(11) «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale». Accanto ai diritti inviolabili dell'uomo, citati nell'articolo 2 con un chiaro riferimento alla *dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino* del 1789, la Costituzione vuole garantire «tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico [...] insieme ai diritti inviolabili dell'uomo [...] la convivenza sociale [...] che deve essere costruita sulla base del principio di

gnare alla famiglia, intesa come formazione sociale, obblighi di cura che lo Stato ha posto in capo al Servizio sanitario nazionale con la legge 833/1978 e successive modifiche e integrazioni.

Non si dimentichi che la cura di un malato affetto da patologie croniche, così devastanti da averlo reso non autosufficiente, è materia che rientra appieno nell'ambito del diritto soggettivo alle cure sanitarie di quel cittadino, indipendentemente dal fatto di avere una famiglia amorevole e disponibile o meno, in grado o meno di far fronte alle sue esigenze sanitarie, socio-sanitarie e a tutte le altre prestazioni indispensabili per la sua sopravvivenza 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Non è nemmeno un fatto di «buon cuore». Solidarietà è un sostantivo indicante principalmente una forma di impegno etico-sociale a favore di altri, ovvero un atteggiamento di benevolenza e comprensione che si manifesta fino al punto di esprimersi in uno sforzo attivo e gratuito, teso a venire incontro alle esigenze e ai disagi di qualcuno che abbia bisogno di un aiuto. Tutti elementi importanti e che vanno coltivati e incoraggiati, anche all'interno del nucleo familiare, ma che non si possono imporre per legge, né tanto meno sono sufficienti per scaricare il Servizio sanitario dalle sue responsabilità di cura nei riguardi dei malati cronici non autosufficienti. Si può operare invece per sostenere prioritariamente le cure domiciliari sanitarie laddove vi siano disponibilità di congiunti che non presentino controindicazioni (12).

«solidarietà», perché la Costituzione «pone come fine ultimo dell'organizzazione sociale lo sviluppo di ogni singola persona umana». Il singolo cittadino può dunque esprimere la «solidarietà sociale» in riferimento alle «formazioni sociali» come la famiglia o le associazioni di vario tipo e nello stesso tempo sentirsi garantito nei suoi diritti come persona all'interno delle istituzioni sociali che non potranno né limitarli né sopraffarli come accadeva nel precedente regime fascista. Il singolo cittadino, che vive e opera all'interno delle istituzioni sociali deve operare non solo per i suoi interessi personali ma in nome della «solidarietà politica» per il bene di tutti con l'impegno attivo e responsabile all'azione politica che si esprime soprattutto nella partecipazione al voto elettorale. L'articolo 2 della Costituzione infine non solo garantisce i diritti ma impone anche doveri che ognuno ha nei confronti degli altri e tra questi quello della solidarietà economica che trova spiegazione nell'articolo 53 della Costituzione che recita: «Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva».

(12) Cfr. «Cure domiciliari per i malati non autosufficienti: due disegni di legge in Parlamento», *Prospettive assistenziali*, n. 211, 2020. Inoltre, nella sezione «Risultati positivi del volontariato dei diritti» del sito www.fondazionepromozionesociale.it, al punto a2) «Attività informative del volontariato dei diritti», nell'Allegato B –

I tagli ai posti letto ospedalieri porta aperta all'emarginazione

Poste le basi sul piano culturale, premessa per preparare il terreno alla discriminazione, ne è conseguita l'operazione politica di espulsione dei malati non autosufficienti dalle strutture del Servizio sanitario. In primo luogo con il taglio dei posti letto (13) e, in seguito, con il finanziamento da parte del Ministero della sanità, della nascita del comparto, estremamente appetibile per i privati (profit e no-profit, che comunque genera utili), delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) (14). Si è trattato dell'istituzione di un settore in cui inviare tutti i malati inguaribili e non abbastanza appetibili per le carriere sanitarie e politiche.

Osserva Robin DiAngelo che a sostegno del razzismo si incaricò la scienza per cercare di dimostrare che «*i neri erano naturalmente e intrinsecamente inferiori di regola*». In realtà il motivo era ben altro: «*C'erano colossali interessi economici dietro lo schiavismo e la colonizzazione, e furono quegli interessi a dare impulso alla 'scienza razziale'*», che stavolta giustificò le norme culturali e le leggi, che legittimano il razzismo e lo status privilegiato di chi veniva clas-

«Piattaforme e petizioni del volontariato dei diritti» sono riportate le iniziative promosse a partire dagli anni '70 per promuovere anche gli interventi di cura domiciliari.

(13) Il diritto dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalle seguenti disposizioni: le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere devono essere erogate ai pensionati statali (e altre categorie) ai sensi della legge 30 ottobre 1953, n. 841; l'assistenza sanitaria, compresa quella ospedaliera, deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata, alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia (legge 4 agosto 1955, n. 692). I lavoratori hanno versato e versano contributi allo Stato che si è impegnato a garantire le prestazioni nei casi di patologie acute e croniche; l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani «*quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio*» (decreto del Ministro del lavoro del 21 dicembre 1956); le Regioni devono programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati «*acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti*» (articolo 29 legge 12 febbraio 1968, n. 132); le Asl devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali (legge 13 maggio 1978, n. 180).

Le Asl sono obbligate a provvedere alla «*tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano «*le cause, la fenomenologia e la durata*» delle malattie (legge 23 dicembre 1978, n. 833).

(14) La Rsa trova riferimento normativo nella Legge finanziaria n. 67/1988 e nel successivo Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989.

sificato come bianco. In seguito, gli scienziati americani cominciarono a cercare una spiegazione della presunta inferiorità dei gruppi non anglosassoni. Gli scienziati – prosegue la scrittrice – non si chiesero «*i neri sono inferiori?*», ma cercarono di dimostrare «*perché i neri erano inferiori*», assumendo tale giudizio come un dato oggettivo (15).

La riflessione a cui è giunta l'autrice del libro si può ribaltare pari pari sugli interessi colossali che vi erano – e vi sono tutt'oggi – nell'escludere gli anziani malati non autosufficienti dalle strutture sanitarie. Basta vedere lo sviluppo esponenziale delle Rsa dove, applicando un concetto discriminatorio/razzista, si ritiene giusto confinare malati vecchi, considerati «scarti» e, con loro, le persone con disabilità intellettiva o con malattia psichiatrica, con limitata o nulla autonomia, trasferite a forza in queste strutture al compimento dei 65 anni di età, costrette a lasciare le piccole comunità alloggio socio-sanitarie a carattere familiare in cui vivono magari da anni.

Le Rsa non sono luoghi di cura di qualità

Lo ha dimostrato la pandemia Covid 19: in queste strutture si è verificata una strage, perché sono arrivati per ultimi i dispositivi di protezione individuali (che avrebbero dovuto già esserci per la normale gestione di persone malate croniche non autosufficienti) e, soprattutto, perché in queste strutture, viene garantita sempre meno la tutela della salute e prevale la «badanza» (ovvero la semplice sorveglianza passiva) sulla cura (16). Gli standard del personale e l'organizzazione delle cure non sono calibrate sulle effettive esigenze dei ricoverati, ma sul margine che i gestori devono ricavare dalla gestione e sui risparmi di costo che una sanità

(15) Cfr. nota 8, pag 32.

(16) Cfr. «Sanità di serie B, famelici profitti dei gestori privati e controlli inadeguati o inesistenti», in *Prospettive assistenziali*, 208, ottobre-dicembre 2019; «L'ex Difensore civico regionale del Piemonte Antonio Caputo sulla strage nelle Rsa: 'Annunciata da vent'anni: perdurante eutanasia da abbandono'», *Prospettive assistenziali*, n. 210, aprile-giugno 2020; Mauro Perino, «Piano pandemico inapplicato e mai aggiornato. Anche così il contagio da Covid-19 è dilagato nelle Rsa», *Prospettive assistenziali*, n. 211, 2020; Rapporto Amnesty International «Abbandonati - Violazione del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle strutture socio-sanitarie e socioassistenziali durante la pandemia in Italia»; Vinicio Albanesi, «Anziani deportati».

aziendalizzata deve dimostrare a bilancio. Unico dato positivo che ci ha lasciato la pandemia è il riconoscimento da parte di tutti i massimi esperti del Ministero della salute del fatto che la maggior parte dei ricoverati sono colpiti da pluripatologie croniche e la presa d'atto della gravissima carenza delle prestazioni domiciliari.

I cosiddetti «esperti» del settore socio-sanitario avevano finora posto l'attenzione sulle necessità «sociali» di questi malati (mai, per la verità, definendole) e hanno sempre negato le loro esigenze primarie di cura (17). Al pari degli scienziati sostenitori delle teorie razziali, che oggi consideriamo aberranti, ma che erano dominanti nelle accademie, non nei «sottoscala» dei gruppi oltranzisti, sono complici dell'abbandono terapeutico di centinaia di migliaia di malati non autosufficienti e dell'arricchimento, sulla loro pelle, da parte di gestori privati ai quali quasi tutte le Regioni hanno lasciato mani libere e contrattazione privata, abbandonando gli utenti.

Scrivendo ancora DiAngelo: «*La discriminazione è un'azione basata sul pregiudizio. Può comprendere l'indifferenza, l'esclusione, le minacce, lo scherno, la calunnia e l'ostilità (...)*» (18). Se il pregiudizio «è avallato dall'autorità legale e dal controllo istituzionale si tramuta in razzismo» e diventa «*un sistema strutturato, attraverso il controllo esercitato proprio dalle istituzioni, che dovrebbero – al contrario – intervenire a tutela della persona incapace di difendersi*» (19).

Sulle tracce della negazione del diritto alla salute

Il libro *Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti* (20), curato dalla Fondazione promozione sociale onlus e dall'Ulces, racconta come scientemente si sia operato negli anni in Italia per escludere dalla competenza sanita-

(17) Cfr. Maria Grazia Breda, «Accuditori non professionali: un fondo per chi cura a casa un familiare malato o con disabilità non autosufficiente. ancora lontani dal diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari», *Prospettive assistenziali*, 201, 2018

(18) Cfr. nota 8, pag. 39.

(19) *Ibidem*, pag. 40

(20) Cfr. «Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti - Ripensare il Servizio sanitario universalistico dopo il Covid e la strage nelle Rsa». Il volume è gratuitamente scaricabile dal sito www.fondazionepromozionesociale.it; è stato stampato in un numero limitato di copie grazie al Vol.To – Centro Servizi per il Volontariato della provincia di Torino.

ria tutti i malati cronici inguaribili, benché sempre curabili, se non altro per lenire dolori e sofferenze. Il sistema è stato avviato con gli anziani malati cronici non autosufficienti e, di Dpcm in Dpcm (21) (aventi forza di legge grazie a provvedimenti normativi ottenuti con arditi passaggi giuridici, sempre più lontani dal percorso parlamentare), l'esclusione è stata estesa ai malati giovani e adulti, alle disabilità e ai malati psichiatrici. La situazione si è ulteriormente aggravata con l'approvazione dell'ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 15/2017 (22) e rafforzato dall'approvazione del «Piano per le non autosufficienze» del 2019 (23).

L'operazione di espulsione dei malati inguaribili dalla tutela del Servizio sanitario nazionale continua grazie ai sostenitori convinti dell'*Apartheid* di chi «non si impegna a guarire» e necessita a vita di cure sanitarie e socio-sanitarie. L'esperienza diretta sul campo nell'ambito della difesa dei casi individuali ci ha messo di fronte al fatto, inaudito, persino di espulsione di malati oncologici terminali dagli hospice: non erano morti nei tempi che erano stati previsti e quindi dovevano essere dimessi, benché in fin di vita e con necessità di cure (24).

(21) Il primo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è stato approvato il 14 febbraio 2001; ha fatto seguito il dpcm 29 novembre 2001 reso legge dall'articolo 54 della legge 289/2002.

(22) Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017: «*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*» si è scientemente provveduto ad inserire i non autosufficienti e le persone con disabilità grave a prescindere dalla loro età, in una «sanità di serie B», la cosiddetta «area dell'integrazione socio-sanitaria». Cfr. «Nuovi Lea: la più grande controriforma della sanità italiana (a danno dei malati)», *Prospettive assistenziali*, n. 204, ottobre-dicembre 2018. Si veda anche il ricorso presentato da alcune associazioni del volontariato dei diritti e la sentenza del Consiglio di Stato pubblicati sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

(23) Il riferimento è al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 novembre 2019 «*Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021*», pubblicato sulla «Gazzetta ufficiale» del 4 febbraio 2020. Si veda l'articolo di Mauro Perino, «Un falso assegno di cura, che esclude la sanità: il «Piano per la non autosufficienza» nega i diritti dei malati/persone con disabilità non autosufficienti», *Prospettive assistenziali*, n. 209, gennaio-marzo 2020.

(24) Il riferimento è a due malati oncologici seguiti dalla Fondazione promozione sociale onlus, che due strutture sanitarie, una di Novara e l'altra di Torino, volevano dimettere; i congiunti hanno impedito che ciò accadesse avvalendosi dell'opposizione alle dimissioni. Le situazioni sono riferite all'anno 2020 e inizio 2021. La documentazione è conservata nell'archivio della Fondazione promozione sociale, via Artisti 36, Torino..