

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

IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) EMARGINA I MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE. COSA PREVEDE VERAMENTE E COME DIFENDERSI

Chi può negare che la pandemia da Covid-19 sia stata (e sia) un fatto sanitario? E, in particolare, un fenomeno che ha colpito duro i più malati tra i malati, cioè coloro che per la gravità delle loro condizioni hanno perso la loro autosufficienza? Da marzo 2020 l'Istituto superiore di sanità ha monitorato (e continua a farlo) le caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da Sars-CoV-2 in Italia e i risultati non lasciano spazio a dubbi (1): l'età media dei pazienti deceduti e positivi al virus è di 81 anni, ma soprattutto i decessi hanno riguardato per il 67% malati colpiti da tre o più patologie, per il 18% pazienti con due malattie gravi, per l'11 con una patologia grave. Scendendo ancor più nel dettaglio, tra le patologie più ricorrenti tra i morti deceduti positivi al virus Sars-CoV-2 figura la demenza: 23% dei casi sul totale, con un'impennata tra le donne, dove la demenza è presente nel 31 per cento dei decessi.

A fronte di questo quadro, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) – destinato a progetti per gli anni 2021-2026, pertanto rivolto ad azioni e risorse ulteriori rispetto alla spesa corrente che lo Stato deve garantire per la tutela della salute di tutti i suoi cittadini – compie un'operazione totalmente contraria. Primo: destina alla sanità appena l'8% delle risorse, molto meno, tanto per dare una misura, di quanto viene destinato ai bonus per l'ammodernamento edilizio. Carlo Palermo, segretario nazionale del Sindacato medico Anaa Assomed, ha osservato in proposito: «Si tratta di una misura che smentisce la retorica versata a larghe mani sulla sanità pubblica durante quindici mesi di pandemia, a cominciare dalla sua assunzione come priorità della ricostruzione nazionale».

Secondo: il Pnrr prospetta un'illegittima esclusione degli anziani malati cronici non autosufficienti (e facilmente di tutti i malati con situazione assimilabile) dalle tutele del Servizio sanitario nazionale, aprendo la strada al loro spostamento – previa legge sulla non autosufficienza (2) – in un settore socio-assistenziale, ancor meno di una sanità serie B, senza diritti, con risorse umane ed economiche limitate e soggette annualmente a ridefinizione (anche al ribasso, impunemente) e stringenti limiti di condizione socio-economica con cui valutare gli utenti e, in massima parte, negare loro l'accesso alle prestazioni. Un settore aperto alla speculazione praticamente incontrollata del privato – cosiddetto «sociale» o meno, poco importa (e poco si distinguono l'uno dall'altro). Ivan Cavicchi, docente di sociologia delle organizzazioni sanitarie all'Università Tor Vergata di Roma e già responsabile della sanità della Cgil nazionale, ha osservato su *il manifesto* del 2 giugno 2021 (3): «Se mettiamo insieme gli orientamenti della missione 5 e della missione 6 ci troviamo di fronte ad uno Stato che non si sa in base a quale legge ha deciso di appaltare la tutela dei soggetti più deboli al privato e al privato sociale. (...) Non sono contro il privato e meno che mai contro il terzo settore, ma sono contro la privatizzazione della sanità pubblica, convinto che dopo la pandemia ci vuol più sanità pubblica non meno». Continua Cavicchi: «Nell'ambiente dei servizi si è soliti dire che un anziano soprattutto se non autosufficiente è bisognoso di tutto, ma se è così non si capisce perché lo Stato nei confronti dei bambini non si sogna di appaltare l'assistenza sanitaria, mentre nei confronti degli anziani, sì. Insomma, per

sione degli anziani malati cronici non autosufficienti (e facilmente di tutti i malati con situazione assimilabile) dalle tutele del Servizio sanitario nazionale, aprendo la strada al loro spostamento – previa legge sulla non autosufficienza (2) – in un settore socio-assistenziale, ancor meno di una sanità serie B, senza diritti, con risorse umane ed economiche limitate e soggette annualmente a ridefinizione (anche al ribasso, impunemente) e stringenti limiti di condizione socio-economica con cui valutare gli utenti e, in massima parte, negare loro l'accesso alle prestazioni. Un settore aperto alla speculazione praticamente incontrollata del privato – cosiddetto «sociale» o meno, poco importa (e poco si distinguono l'uno dall'altro). Ivan Cavicchi, docente di sociologia delle organizzazioni sanitarie all'Università Tor Vergata di Roma e già responsabile della sanità della Cgil nazionale, ha osservato su *il manifesto* del 2 giugno 2021 (3): «Se mettiamo insieme gli orientamenti della missione 5 e della missione 6 ci troviamo di fronte ad uno Stato che non si sa in base a quale legge ha deciso di appaltare la tutela dei soggetti più deboli al privato e al privato sociale. (...) Non sono contro il privato e meno che mai contro il terzo settore, ma sono contro la privatizzazione della sanità pubblica, convinto che dopo la pandemia ci vuol più sanità pubblica non meno». Continua Cavicchi: «Nell'ambiente dei servizi si è soliti dire che un anziano soprattutto se non autosufficiente è bisognoso di tutto, ma se è così non si capisce perché lo Stato nei confronti dei bambini non si sogna di appaltare l'assistenza sanitaria, mentre nei confronti degli anziani, sì. Insomma, per

(1) Istituto Superiore di Sanità, «Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da Sars-CoV-2 in Italia, dati del 28 aprile (ultimi disponibili)». La pagina web corrispondente è: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>

(2) Cfr. gli editoriali degli ultimi due numeri di questa rivista: n. 213, 2021, «Il razzismo di una legge 'a parte' per chi è malato cronico e non autosufficiente» e n. 212, 2020, «Recovery Plan: non si dimentichi la strage dei malati non autosufficienti».

(3) I. Cavicchi, «Se lo Stato appalta gli anziani al privato e al Terzo settore», *il manifesto*, 2 giugno 2021.

tante ragioni che mi ricordano brutte cose del secolo scorso, non mi piace l'idea di uno Stato che dopo una pandemia assume il grado di abilità delle persone e non il loro grado di necessità, come criterio di accesso o di esclusione dalle pubbliche cure. I cittadini "inutili" al privato e allo Stato solo quelli "utili"».

Ecco quello che, con ingannevole linguaggio e spaccettando gli interventi su più capitoli, prevede il Piano di ripresa e resilienza approvato il 26 aprile dal Parlamento e inviato alla Commissione europea: un progetto di smantellamento della sanità pubblica per tutti.

Cosa conta nel Piano

Consiglio per la lettura del Piano nell'ottica dei provvedimenti per i malati non autosufficienti: ignorare i soldi. Salvo osservare la scarsità di risorse destinate alla salute, le risorse non sono il vero nucleo del Piano. Diamo alcune misure di confronto con la spesa corrente: il Fondo del Servizio sanitario nazionale, l'unico tenuto a dare risposta a diritti esigibili, cioè a tutte le richieste dei pazienti italiani, ammonta per l'anno 2021 a 121,37 miliardi. Ovviamente, le spese sanitarie possono anche sfiorare questo limite (è stato il caso delle spese sanitarie per affrontare la pandemia Covid-19, alla copertura del quale si provvederà con opportuni assestamenti di bilancio). Il Fondo nazionale per le Politiche sociali e quello per le non autosufficienze, che danno risposte condizionate alla situazione socio-economica dei richiedenti e non considerano la malattia degli utenti, ammontano rispettivamente nel 2020 a 381 e 568 milioni.

Le cifre del Piano nazionale di ripresa e resilienza ammontano per la parte sanitaria a 20,2 miliardi (il 16% dell'importo di un singolo anno di Fondo sanitario annuale, da spalmare almeno per i sei anni di applicazione del Pnrr) e per la parte delle «*politiche sociali, disabilità, marginalità sociale*» a 1,45 miliardi. Ciò che conta nel Pnrr sono, quindi, le politiche che intende attivare, molto più delle risorse. Su tutte, la modifica del paradigma di cura per introdurre la discriminazione, possiamo senza problemi definirla di stampo «razzista», tra i malati non autosufficienti e gli altri, in perfetta coerenza con un percorso quarantennale di attacco all'articolo 32 della Costituzione, alla legge 833/1978 e

alle sue garanzie di cure «per tutti», senza ulteriori distinzioni di condizioni del malato, di tipo di malattia o di interventi per curarla e senza limite di durata (4).

Le parole contano

Prima di entrare nel dettaglio della discriminazione operata dal Piano, è importante fare caso all'importanza del linguaggio. Malati o fragili; prestazioni sanitarie o assistenza, «*malati cronici non autosufficienti*» o, genericamente, «*non autosufficienti*»... non sono la stessa cosa. Tenuto conto che ci riguarda da vicino, perché ciascuno di noi può diventare malato cronico o persona con disabilità non autosufficiente, magari con demenza o malato di Alzheimer, converrebbe impegnarci perché le organizzazioni dalle quali ci sentiamo rappresentati (il partito, il sindacato, la chiesa, gli intellettuali cosiddetti "esperti", le associazioni...) non giochino con le definizioni, ma parlino e scrivano di «*anziani malati cronici non autosufficienti*» quando intendono riferirsi a persone che hanno perso la loro autonomia, fin nelle funzioni quotidiane, a causa della, o delle malattie che li hanno colpiti. Il giusto linguaggio ha come conseguenza, il giusto agire, quello cioè in linea con quanto prevedono la Costituzione e le leggi vigenti, senza ricorrere a trabocchetti linguistici e facile propaganda (5). Ha scritto Michela Murgia: «*Tra i dislivelli sociali che ogni comunità democratica deve cercare di colmare per potersi definire giusta, quello del mancato possesso dei linguaggi è tra quelli con le conseguenze più problematiche, perché avere meno strumenti per comprendere il mondo significa anche non poter fare niente per cambiarlo. Se fai parte di una componente sociale che gode di meno diritti,*

(4) L'articolo 2 della legge 833/1978, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale", stabilisce chiaramente che il Servizio sanitario nazionale è tenuto «*alla diagnosi e alla cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*».

(5) Ricordiamo che sono numerose le leggi "propaganda" prive di diritti esigibili: le n. 104/1992, 168/1998, 328/2000, 134/2015, 112/2016. Sul sito www.fondazionepromozionesociale.it è disponibile l'archivio della rivista "Prospettive assistenziali" con gli articoli e i commenti relativi ai provvedimenti citati. Continuiamo a tutelare i diritti esigibili alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie alle persone malate croniche non autosufficienti e alle persone con disabilità con limitatissimo autonomia in virtù della legge 833/1978 e delle norme sui Lea, costituzionalmente garantite.

questa forma moderna di analfabetismo nutre l'ingiustizia che vivi, perché ti condanna a non saper mai organizzare il dissenso necessario per ottenerli» (6).

Le parole, quindi sono importanti ed è dal loro utilizzo appropriato che si deve partire per chiedere il diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, perché se non sono «malati», ma solo «non autosufficienti» non posso rivendicare nessun diritto in sanità.

Al contrario, se si mette in evidenza che la non autosufficienza dipende dalla presenza di malattie croniche o da minorazioni tali da rendere indispensabile e indifferibile l'aiuto di altri per lo svolgimento delle funzioni vitali quotidiane, la persona (di qualunque età) che rientra in questa condizione potrà avere necessità di intensità di cure diverse, ma è inequivocabile che la natura della sua condizione di non autosufficienza deriva da una perdita di salute. È quindi la sanità che deve occuparsene. Le sue esigenze di cura e le prestazioni di cui avrà bisogno per tutta la vita – anche le più elementari come nutrirsi o idratarsi, essere pulito, cambiato, mobilitato per evitare l'insorgere di piaghe –, in base alla normativa vigente devono già oggi essere assicurate dalla sanità. Lo stabiliscono la legge 833 del 1978 e i Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (Lea). Ecco perché è fondamentale utilizzare sempre la locuzione «*malati cronici non autosufficienti*».

Missione 5

Tutt'altra terminologia – e non è un caso – troviamo nella Missione 5 del Pnrr, genericamente intitolata "Inclusione e coesione", nella quale gli interventi previsti per i malati non autosufficienti (ma il Pnrr non li chiama mai «malati») sono declinati nella generalissima sottocategoria delle "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo Settore".

Per avere prova della disonesta «sparizione dei malati» basta elencare le ardite perifrasi con le quali vengono indicati i destinatari delle attività da intraprendere: «Anziani, soggetti più vulnerabili», «più fragili», persone in «situazioni di fragilità sociale ed economica», «anziani

non autosufficienti». Mai viene specificato il loro bisogno fondamentale, quello sanitario, e la causa del loro essere dipendenti da terzi: «la» o più spesso «le» gravissime patologie che hanno comportato la perdita dell'autosufficienza.

Delle due l'una: o il riferimento è ad anziani che sono autosufficienti, ma presentano una vulnerabilità sociale (sono soli), abitativa (alloggio troppo grande, non gestibile), hanno problemi economici (necessità di integrazioni economiche) o di mobilità (ad esempio per essere accompagnati nelle visite mediche o altre commissioni), oppure viene consapevolmente taciuta la loro condizione di grave patologia e li si scarica – illegittimamente – al di fuori delle tutele del Servizio sanitario. È bene ricordare che gli interventi socio-assistenziali dei Comuni, rispondono a circa il 5-7% dei malati/persona con disabilità che ricevono anche una prestazione sanitaria (in particolare, un ricovero convenzionato in Residenza sanitaria assistenziale), mentre il Servizio sanitario è tenuto ad intervenire nei confronti di tutti i malati (il 100% della popolazione) acuti e cronici, autosufficienti e non autosufficienti, comprese le persone con demenza o malattia di Alzheimer e le persone con disabilità determinate da gravi carenze di salute e limitatissima o nulla autonomia.

Passare dalla sanità ai servizi socio-assistenziali significa questo per i malati non autosufficienti: in un ridottissimo numero di casi, essere presi in carico da un servizio non adeguato (perché non si occupa di tutela della salute); in tutti gli altri casi, non essere assolutamente presi in carico, ma essere abbandonati alla propria famiglia e a servizi privati a pagamento, senza garanzie di appropriatezza e controllo.

Per questo il Pnrr è ingannevole e pericoloso quando prospetta – Missione 5, punto C 2.1 – la «*deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti*» facendo riferimento solo a interventi dei servizi socio-assistenziali; allo stesso modo prospetta una negazione delle cure ai malati non autosufficienti quando indica come obiettivo «*garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale*» dei malati non autosufficienti attraverso l'intervento dei «*servizi sociali*». Vista la gravità dei degenti nelle Residenze sanitarie

(6) Cfr. Michela Murgia, "Cosa dice all'amore la lingua del potere", *L'Espresso*, 23 maggio 2021

assistenziali, pare poco aderente alla realtà delle condizioni anche la previsione – finanziata con 300 milioni di euro – di riconversione di strutture residenziali in «gruppi di appartamenti autonomi». Forse servirà a ristrutturare qualche casa di riposo, ma nell'organizzazione del servizio rimarrà di fatto la stessa.

Ma la mistificazione più pericolosa del Pnrr è contenuta poche righe più avanti, laddove si prospetta una «Riforma della non autosufficienza» a livello nazionale, ai fini «della formale individuazione di livelli essenziali di assistenza»: come abbiamo già argomentato su questa rivista con l'editoriale dello scorso numero, si tratterebbe di una misura «razzista», predisposta con l'obiettivo di separare dal Servizio sanitario nazionale tutti i malati non autosufficienti.

La conferma? «Il progetto – specifica il Pnrr – sarà coordinato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali». Il paradosso è evidente: la sanità, che ha la titolarità su tutti i malati non autosufficienti, è secondaria rispetto alle politiche socio-assistenziali che intervengono per meno del 10 per cento degli utenti non autosufficienti titolari di prestazioni sanitarie.

Missione 6

Per la parte sanitaria del Pnrr, ci limitiamo a commentare la parte «Investimento 2», dedicata all'Assistenza sanitaria domiciliare e riassunta con lo slogan «Casa come primo luogo di cura», purtroppo convertibile in «Casa come primo luogo di abbandono», se non interverranno determinanti modifiche.

Il testo, a differenza della Missione 5, correttamente specifica che l'intervento è diretto a pazienti, ovvero malati cronici di qualunque età, con un'attenzione a chi è anziano e non autosufficiente per patologie croniche. Viene altresì correttamente prevista la presa in carico dell'Asl di competenza, ma, di fatto, sotto forma di Assistenza domiciliare integrata (Adi), che non risponde, o risponde solo in minima parte, alle esigenze dei malati non autosufficienti. Si tratta infatti di interventi forniti dal medico di medicina generale o da qualche specialista, oppure da infermieri per medicazioni o trattamenti. L'ammontare orario delle prestazioni si limita a poche ore all'anno, mentre i malati non autosufficienti hanno necessità continuative

nelle 24 ore che riguardano direttamente la tutela della salute. Dovrebbe essere evidente a tutti che una persona malata, con una o più patologie croniche oppure con carenza estrema di salute dovuta ad una disabilità, totalmente non autosufficiente, ha prevalenti problemi sanitari, determinati da carenza di salute, soggetta a scompensi e fenomeni di acuzie, dipendente in tutto e per tutto dall'aiuto di terzi. Per questo le prestazioni di cui ha necessità rientrano nell'ambito della tutela della salute e non possono che essere a carico del Servizio sanitario. È quindi solo all'interno del Servizio sanitario che il contributo economico per le prestazioni domiciliari può funzionare ed essere universalistico.

Alcune proposte di legge depositate in Parlamento (7) sono la strada maestra per l'affermazione di questo modello. Si rifanno all'esperienza maturata in Piemonte e, in particolare nella Città di Torino, con le deliberazioni della Giunta regionale del Piemonte 39/2009 e 56/2010 e poi con la legge 10 del 2010 approvata dal Consiglio regionale. Questi provvedimenti hanno dimostrato che sostenere le famiglie incentiva la permanenza al domicilio dei malati non autosufficienti e migliora la qualità della loro vita, ma è anche un importante deterrente al ricovero in ospedale, quando questo avviene per mancanza di altre prese in carico sul territorio. Nel complesso, si tratta di un migliore utilizzo delle risorse pubbliche. In una recente intervista a *la Repubblica* (8), Mario Bo, primario del reparto di Geriatria dell'Ospedale Molinette – Città della Salute e della scienza di Torino, ha ricordato che «tre giorni di ricovero in ospedale costano alla nostra sanità più o meno 1.500 euro. Con quella cifra si paga l'assistenza a domicilio di una persona per un mese, sostenendo una famiglia che si è fatta carico di questo compito così faticoso». «Ci sono moltissimi studi – prosegue Bo – che sottolineano il detrimento sul piano fisico, psicologico e anche socio-economico per i familiari che si prendono

(7) I testi delle proposte di legge depositate a firma del Senatore Mauro Laus e della Senatrice Elisa Pirro in Senato e della Deputata Daniela Ruffino alla Camera sono consultabili nei due editoriali «Cure domiciliari per i malati non autosufficienti: due disegni di legge in Parlamento», n. 211, 2020 di *Prospettive assistenziali* e «Recovery Plan: non si dimentichi la strage dei malati non autosufficienti», *ibidem*, n. 212, 2020.

(8) L'intervista è stata pubblicata l'8 maggio 2021

cura dei loro anziani a casa. I contributi che vengono erogati adesso non sono sufficienti, mentre la domiciliarità è la parola chiave della sanità post-Covid» che però «resta un concetto astratto se non si investono risorse».

In conclusione di questa sezione, è bene ricordare che i familiari dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) non hanno obblighi di cura, che sono invece propri dello Stato. Mentre l'articolo 32 e la legge 833/1978 imputano alla Repubblica e al Servizio sanitario nazionale il compito di tutelare la salute e curare le malattie, l'articolo 23 della Costituzione precisa che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta, se non in base alla legge»*. Nessuna norma votata dal Parlamento ha mai messo in capo ai parenti o alla famiglia le prestazioni di cura del malato non autosufficiente loro caro. A maggior ragione per questa volontaria disponibilità della rete familiare ad accudire un congiunto malato cronico o con disabilità non autosufficiente, la prestazione di cura fornita direttamente dai parenti o tramite assistente familiare deve essere riconosciuta dal settore sanitario attraverso l'erogazione di un contributo economico. Nell'applicazione della Missione 6 ci sarebbero tutte le risorse – 4 miliardi di euro – per un primo passo significativo in questo senso.

Resistenza e Costituzione

Sulle pagine di questa rivista chiamammo i Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definiti dal Dpcm del 12 gennaio 2017 "Controriforma della Riforma sanitaria", cioè della legge fondamentale – e impareggiata per chiarezza e universalismo dei diritti – di istituzione del nostro Servizio sanitario nazionale. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza non segna affatto una novità in questa direzione, allontanandosi ancor più dalla Costituzione e dal suo articolo 32 che assegna alla Repubblica il compito di assicurare *«la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»*.

I singoli e le organizzazioni che vogliono lavorare – anche a tutela di loro stessi – per il rispetto della Costituzione e il riconoscimento del diritto universalistico alle cure dei malati cronici non autosufficienti devono sapere che il lavoro parte da un contrasto senza appello alla

prospettata «legge sulla non autosufficienza», che ha l'obiettivo di emarginare i malati non autosufficienti e di confinarli fuori dalla Sanità di tutti gli altri cittadini.

La strage di anziani malati e non autosufficienti, specie se con demenza o malattia di Alzheimer, registrata nelle Rsa, a casa e negli ospedali negli ultimi due anni ha messo a nudo le gravissime carenze dei servizi sanitari in particolare per questa fascia di popolazione; sembrava quindi pacifico attendersi investimenti sanitari nel potenziamento della presa in carico di tutti i malati non autosufficienti, sia sul fronte della domiciliarità, sia su quello delle cure residenziali. Sul primo fronte è indispensabile il riconoscimento di un contributo economico sanitario per sostenere parte dei costi vivi per l'assunzione di un'assistente familiare o per le prestazioni di cura svolte in proprio (ma volontariamente, poiché non sono obbligati a farlo) dai familiari dei malati. Sul fronte delle strutture pareva altrettanto evidente l'urgenza di rivedere al rialzo l'organizzazione delle cure sanitarie all'interno delle Rsa e di prevedere un loro rafforzamento come struttura sanitaria, considerato che è emerso in modo evidente che i ricoverati sono malati con pluripatologie croniche. Altrettanto scontata pareva la necessità di ripristinare negli ospedali polifunzionali territoriali reparti di post-acuzie, riabilitazione e lungodegenza (9). Nulla di ciò si trova nel Piano di Ripresa e Resilienza presentato a Bruxelles a fine aprile 2021 dal Governo Draghi.

Nonostante ciò, gli spazi per riaffermare la titolarità sanitaria delle cure ai malati non autosufficienti e per escludere la «discriminazione sociale» che il Piano prefigura, ci sono. Il Parlamento dovrà fare uno sforzo per non lasciarsi aggirare da slogan accattivanti, ma vuoti di diritti. Non serve, infatti, una generica *«legge per gli anziani non autosufficienti»* o, addirittura *«l'istituzione di un servizio sanitario per gli anziani non autosufficienti»*, che ha un sapore orribilmente razzista, come a dire «fuori

(9) Le proposte in merito alla riorganizzazione delle Rsa e degli Ospedali sono contenute nell'articolo "Documento base per un'azione comune", pubblicato sul n. 210 2020 di questa rivista. I temi e le proposte sono stati ulteriormente ampliati nel libro "Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti", curato dall'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale – Ulces e dalla Fondazione promozione sociale, scaricabile gratuitamente sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

gli anziani malati non autosufficienti dalla sanità dei malati che contano, perché loro tanto non guariscono e sono come ‘vuoti a perdere’». I lavori del Parlamento devono tornare centrali nell’approvazione di norme e correttivi indispensabili al Piano nazionale di ripresa e resilienza, per rimuovere le storture e le discriminazioni attuali e far sì che esso rispetti i dettami costituzionali in materia. Obiettivo primario sarà ottenere il rispetto della Costituzione per tutti i malati cronici non autosufficienti di ogni età e la piena applicazione dei principi fondamentali della legge 833/1978.

Si può raggiungere quest’obiettivo solo all’interno delle garanzie del Servizio sanitario, non nel settore socio-assistenziale (Comuni, Consorzi...), men che meno in un’integrazione socio-sanitaria che da vent’anni – dai Livelli essenziali del 2001 e dalla riforma Costituzionale del Titolo V della Carta – viene applicata per negare le risposte di cura sanitaria ai malati non autosufficienti, mischiando le loro esigenze (alle quali lo Stato è tenuto a dare risposta universalistica) con fantomatici bisogni di natura sociale ai quali non corrisponde alcun diritto soggettivo.

ARTICOLO 23 DELLA COSTITUZIONE, DIFFERENZE TRA COMPETENZE SANITARIE E ASSISTENZIALI. DUE FONDAMENTI DEL VOLONTARIATO DEI DIRITTI

Nel corso di presentazione di istanze alle istituzioni e/o azioni giudiziarie concernenti i vigenti diritti delle persone con disabilità, in particolare quelle con limitata o nulla autonomia, compresi i malati cronici non autosufficienti, si evidenzia la fondamentale necessità che le istanze indirizzate alle Autorità amministrative (Regioni, Asl, ecc.) e giudiziarie (Giudici tutelari, Tribunali, ecc.) contengano sempre il riferimento all'**articolo 23 della Costituzione** che recita: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

Mai il Parlamento ha approvato leggi che obblighino i famigliari conviventi o non conviventi di persone con malattia e/o disabilità che abbiano determinato situazione di limitata o nulla autonomia a prestare cure sanitarie ai loro cari. Sono quindi confermate tutte le obbligatorie prestazioni del Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, ecc.) comprese quelle relative alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali: è il Servizio sanitario che deve sempre intervenire – se del caso immediatamente – per le necessità di tutti i cittadini malati, compresi quelli per i quali la patologia o la disabilità comportano la perdita dell’autosufficienza.

Sanità/assistenza. Nella sentenza n. 157/2020 la Corte costituzionale ha precisato che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell’assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)*».

Inoltre è di estrema importanza la sentenza n. 509/2000 della stessa Corte costituzionale in cui viene evidenziato che «*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*».

Per una rassegna documentata delle differenze sostanziali fra le competenze della sanità e le funzioni dell’assistenza, raccomandiamo la lettura dell’articolo “Differenze sostanziali tra sanità e assistenza” pubblicato sul n. 197/2017 della rivista *Prospettive assistenziali*.