

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

CURE DOMICILIARI, DISASTROSA INTESA STATO-REGIONI. «ASSEGNO UNIVERSALE PER LE CURE DOMICILIARI» UNICA VIA PER RICONOSCERE IL DIRITTO ESIGIBILE ALLA TUTELA DELLA SALUTE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

ANDREA CIATTAGLIA

Le «nuove» cure domiciliari per i malati non autosufficienti finanziate con le risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) avranno – salvo necessari e urgentissimi correttivi – un modello organizzativo, gestionale, di rapporto con le Aziende sanitarie locali copiato su quello delle Rsa accreditate con l'ente pubblico, a gestione privata. Nel caso delle strutture residenziali, si tratta di aziende (profit o no profit) che operano in nome e per conto del Servizio sanitario ma che hanno dimostrato, non solo in questi ultimi due anni di pandemia, inefficienza, impermeabilità al controllo pubblico e drammatiche conseguenze per i malati non autosufficienti. Il culmine di queste inefficienze che si traducono in negazione del diritto alla tutela della salute dei pazienti si è registrato con la strage dei malati nelle strutture nelle prime ondate di pandemia Covid-19, ma gli standard di questa sanità di Serie B erano bassissimi – e drammaticamente tali sono finora rimasti – in confronto al fabbisogno degli utenti malati.

Sembra assurdo, eppure per la disciplina delle cure domiciliari la Conferenza Stato-Regioni si è incamminata sulla scellerata strada dell'accreditamento sul modello delle Rsa con il documento del 4 agosto 2021 "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari". Il provvedimento – un documento amministrativo – si propone di estendere, come si legge nell'allegato A, «l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari». Obiettivo dell'Intesa è palesemente quello di inquadrare a livello istituzionale, e quindi soprattutto tariffario, il rapporto tra istituzioni pubbliche e privati chiamati a garantire –

con piena delega gestionale e quindi scarsa possibilità di controllo da parte dell'ente pubblico, garante del diritto alla salute – il servizio di cure domiciliari: in sostanza si tratta di un appalto pressoché in bianco di servizi domiciliari ai privati, senza il necessario riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie (vincolate a valutazioni multidimensionali che confondono esigenze e prestazioni sanitarie con parametri socio-economici). Un percorso che si annuncia senza tutele per i malati e i propri nuclei famigliari e senza effettive garanzie di vigilanza dell'ente pubblico, che rimane in ultima istanza garante del diritto alla salute del cittadino, ma risulterà di fatto irraggiungibile dal singolo utente. Insomma, una presa in carico sanitaria dei malati non autosufficienti estremamente carente – quando non nulla – in totale violazione delle leggi vigenti, specialmente della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, 833/1978, e dell'articolo 32 della Costituzione.

Il tutto s'inserirà – questo il progetto – in un sistema tariffario e organizzativo demandato dal documento stesso «*alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano*», ovviamente «*nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale*» che, facile prevederlo ancora una volta guardando a quanto successo per le strutture residenziali, se interverrà lo farà con grande ritardo e, in sostanza, assumendo le decisioni regionali come legittime e operanti. Con tanti saluti ai rilievi critici sulla regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale che tanta parte hanno avuto nella retorica mediatica durante la pandemia Covid-19.

Spesa corrente/innovazione

Una premessa è doverosa, prima di entrare nel dettaglio dei punti dell'Intesa più critici e disastrosi per la tutela della salute dei malati

non autosufficienti. Il documento afferma di inserirsi «*nella recente cornice legislativa che, a seguito della pandemia, ha messo a disposizione importanti risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale e delle cure domiciliari, finanziando l'incremento di personale e dei servizi*». Il riferimento, pur se non esplicito, è chiarissimo: si tratta dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), missione 6: 4 miliardi totali destinati alle cure domiciliari (vedremo tra poco con che criteri e per che prestazioni), di cui 2,7 da utilizzarsi per le prestazioni concrete, 1 per la telemedicina e 300 milioni per l'implementazione amministrativa del sistema. Dopo mesi di retorica sul «debito buono» (quello capace di generare innovazione e investimenti) contrapposto al presunto «debito cattivo» (individuato nella spesa incapace di generare innovazione, qualunque cosa questo voglia dire), la maggior parte degli stanziamenti per le cure domiciliari andrà a finanziare spesa corrente dello Stato, cioè prestazioni che il Servizio sanitario doveva (e deve) già erogare e rendere di fatto esigibili prima della pandemia con le risorse correnti, derivanti dalla fiscalità generale e da scelte di bilancio orientate a soddisfare i diritti esigibili delle persone prima di ogni altra spesa accessoria o di investimento.

Per analogia, sarebbe come dichiarare innovativa e straordinaria l'asfaltatura delle strade o la regolare apertura delle scuole dell'obbligo, altre attività di spesa corrente in capo alle amministrazioni pubbliche che, al pari delle cure sanitarie domiciliari, devono essere garantite non «a progetto» e con spesa «in conto capitale». Altro che innovazione! Se non si modifica la destinazione delle risorse in questo campo, il Pnrr sarà orientato a supplire alla drammatica carenza dell'esistente, senza alcuna garanzia che questo produca maggiori coperture nella tutela della salute dei malati non autosufficienti e, anzi, con ampissime probabilità che, visto il modello prospettato, non ci sarà alcun incremento qualitativo in questo senso. Già questo utilizzo improprio dei fondi del Pnrr si presenta quanto meno come controverso e andrebbe sottoposto al vaglio dell'Europa, non fermandosi all'approvazione del testo generale del Piano nazionale, fermo ai principi e agli intenti.

Una proposta concreta

Per aprire un fronte propositivo è necessario tracciare un'altra strada, che possa davvero rappresentare innovazione nel campo delle cure domiciliari: erogare l'esistente previsto dalla legge 833/1978 e dai Livelli essenziali delle prestazioni (Lea) e aggiungere, con apposita legge, nuove prestazioni sanitarie di tutela della salute, legate al riconoscimento della volontaria attività di accudimento familiare, assistenza tutelare a aiuto infermieristico di centinaia di migliaia di familiari di malati non autosufficienti e persone con gravi disabilità. In poche parole: attivare un «assegno universale» per le cure domiciliari, facendo leva su tre proposte di legge depositate in Parlamento, che attendono di essere portate in discussione (1). È questa l'unica via concreta per risolvere ed eliminare nella più ampia misura possibile il dilagante fenomeno della negazione delle cure sanitarie (nella più ampia accezione di tutela della salute possibile) ai malati non autosufficienti al loro domicilio.

La sparizione dei malati

Torniamo all'Intesa. Nelle sedici pagine del testo mai compare la parola «*malati*», né sinonimi. Gli utenti delle cure domiciliari sono, al massimo, «*assistiti*» quando non esplicitamente «*clienti*». È il caso dell'allegato C «Proposta requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari» in cui la locuzione «*grado di soddisfazione e esperienza degli assistiti*» è tradotta nell'inglese, mutuato dal linguaggio del commercio, «*customer satisfaction*», letteralmente «*soddisfazione del cliente*».

(1) Cfr. gli editoriali dei numeri 211 e 212 di *Prospettive assistenziali*, «Cure domiciliari per i malati non autosufficienti: due disegni di legge in Parlamento» e «Recovery Plan: non si dimentichi la strage dei malati non autosufficienti» nei quali sono stati presentati i disegni di legge n. 868 «Norme in materia di priorità delle prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti» a firma del Senatore Mauro Laus e n. 1990 «Misure dirette alla incentivazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti», prima firmataria la Senatrice Elisa Pirro, entrambi incardinati nella XII Commissione «Igiene e sanità» del Senato, nonché la proposta di legge n. 2596 «Disposizioni per garantire alle persone non autosufficienti l'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari da parte del Servizio sanitario nazionale» presentata dalla Deputata Daniela Ruffino e incardinata nella XII Commissione «Affari sociali» della Camera dei Deputati.

Ben conosciamo il baratro che separa i termini «*malati*» e «*cure sanitarie*» da una parte e «*assistiti*» e «*tutela della fragilità*» dall'altra: lo stesso che corre tra gli articoli 32 e 38 della Costituzione. Il primo è fondamento del Servizio sanitario universalistico le cui prestazioni devono essere assicurate, senza altre condizioni che non siano la patologia di qualsiasi tipo, a tutte le persone; il secondo, è alla base dell'Assistenza e di un criterio fortemente selettivo degli utenti, perché riserva gli interventi solo a coloro che sono «*inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi per vivere*». Il Servizio sanitario deve curare tutti i malati, senza alcuna distinzione; lo Stato può aiutare i cittadini in difficoltà (per esempio economiche) solo se rientrano entro certi criteri e molto spesso «nei limiti delle risorse» che le stesse istituzioni decidono di mettere a bilancio. Per chi non rientra in questi criteri o se il budget è finito, i servizi sono a pagamento e, soprattutto, viene preclusa in tutti i modi la strada di usufruire dei servizi universalistici: una volta confluiti – impropriamente – nel per nulla tutelante campo dell'«assistenza» gli utenti malati non autosufficienti non vengono considerati per la loro patologia, ma per la situazione sociale ed economica loro e del loro nucleo familiare. Che nega l'intervento dei servizi nella grandissima maggioranza dei casi.

Applicare la legge

In concreto che cosa si propone di disciplinare l'Intesa Stato-Regioni approvata? Modalità e tariffe (soprattutto queste ultime) delle prestazioni domiciliari rese da operatori privati (nelle tabelle che esplicitano i requisiti di autorizzazione chiamati "Organizzazione che eroga cure domiciliari"). I gestori privati delle prestazioni punteranno alle risorse pubbliche e private (quelle dei malati, direttamente o tramite assicurazione) e alla gestione del servizio con l'obiettivo dell'erogazione di prestazioni di cura adeguate ai pazienti, subordinato a quello dell'utile economico. La considerazione vale anche le organizzazioni nonprofit, alle quali basta impiegare l'utile in remunerazione degli amministratori per, formalmente, non fare profitto e continuare a professare la loro «differenza», minima o inesistente alla prova dei fatti dalle aziende profit. In definitiva, l'Intesa Stato-

Regioni, e i documenti che seguiranno, aprono le porte alla conquista del mercato, finora residuale e disorganizzato, dell'assistenza domiciliare.

Il contenuto delle attività che l'erogatore delle cure domiciliari dovrebbe – il condizionale è quanto mai d'obbligo – garantire è definito nell'articolo 22 dei Lea – Livelli essenziali delle prestazioni. Si tratta di prestazioni ordinarie del Servizio sanitario nazionale che «*garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio*».

Va però rilevato che le prestazioni domiciliari disciplinate dall'articolo 22 dei Lea riguardano l'attività professionale di medici, infermieri e altri operatori del Servizio sanitario (o anche privati ma che agiscano in nome e per conto del Servizio sanitario). Manca invece la disciplina – e il diritto esigibile per gli utenti – al riconoscimento delle prestazioni informali, cioè quelle prestate su base volontaria (perché non obbligati da nessuna norma a garantirle) dai parenti dei malati, direttamente o attraverso terzi assunti. Come viene precisato dal punto 4 dell'articolo 22, «*le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi*».

Rimane fuori dai doveri del Servizio sanitario nazionale il riconoscimento delle prestazioni informali, cioè quelle prestate dal familiare/dai familiari del malato o persona con disabilità direttamente o tramite terze persone. Si tratta a pieno titolo di interventi di tutela della salute: per esempio la cura dell'igiene perso-

nale, dell'assunzione delle medicine e il relativo monitoraggio, l'alimentazione e l'idratazione, che nel caso dei malati non autosufficienti e delle persone con grave disabilità intellettiva rappresentano una attività essenziale e indispensabile alla loro sopravvivenza, che non sono in grado di svolgere da soli.

Il paradosso è che il costo delle stesse prestazioni per lo stesso malato/persona con disabilità non autosufficiente sarebbero coperte di diritto dal Servizio sanitario nazionale in una struttura residenziale (2).

Gestione pubblica

Il tema della ripubblicizzazione di ampie parti del Servizio sanitario è cruciale. Senza parametri di riferimento sugli utenti del servizio e sulle loro esigenze, sulle figure professionali e informali necessarie, sull'articolazione del servizio, sui suoi costi, l'ente pubblico – quindi tutti noi – è destinato al ruolo di pagatore di ultima istanza, completamente tagliato fuori dalle competenze minime che servirebbero anche solo per operare una rigorosa valutazione dei gestori accreditati. È quindi necessario che una quota consistente dei servizi sia a gestione diretta del Servizio sanitario pubblico.

Sull'argomento, però, fiorisce la retorica. In questo senso va almeno segnalata la presa di posizione dell'ex ministro della Salute Rosy Bindi, della docente universitaria ed ex assessore alla sanità della Regione Sardegna, Nerina Dirindin e del medico e funzionario di lungo corso Marco Geddes a nome dell'Associazione Salute diritto fondamentale (3) in reazione al testo dell'Intesa.

Un appello contro la privatizzazione del Servizio sanitario quantomeno tardivo (e per Rosy Bindi addirittura contraddittorio rispetto a quanto previsto dal decreto legislativo 229/1999 a sua firma, terza controriforma sanitaria dell'ottima legge 833/1978). Una presa di posizione che giunge dopo anni di politiche ideate, allestite, apertamente favorite dal centro-sinistra per favorire la privatizzazione della

sanità, spesso sotto le mentite spoglie della delega al privato-sociale. Basti qui ricordare l'approvazione dei nuovi Lea del 2017 e della riforma del Terzo Settore (Governo Gentiloni) che ha dato compimento alla spinta privatistica – addobbata di una «valenza sociale» ormai così estesa da essere comprensiva di tutto – già presente nella riforma costituzionale del 2001 sotto le mentite spoglie della «sussidiarietà».

I tre hanno commentato così l'affermazione del modello lombardo di completa alienazione al privato di tutte le funzioni di organizzazione, gestione, valutazione, formazione del personale, rilevazione dei bisogni dei servizi sanitari e soprattutto socio-sanitari, riservando al pubblico un ritirato e spesso influente spazio di (inapplicabile e inapplicato) controllo e, soprattutto, di pagatore a piè di lista: *«La lezione della pandemia avrebbe dovuto produrre profonde correzioni a un modello di sistema sanitario (dimostratosi fallimentare nella lotta al Covid) che aveva cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici, affidando l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e instaurato in campo ospedaliero una concorrenza tra settore pubblico e settore privato, fortemente squilibrata a favore del secondo. (...) Tale riforma aveva carattere sperimentale e soggetta, dopo 5 anni, alla valutazione da parte del Ministero della salute, che ha deciso di delegare tale funzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas. Con una stringata lettera del 30 luglio scorso Agenas dà il suo ok preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate minime, cosmetiche correzioni».*

In risposta all'appello dei tre presunti difensori della Sanità pubblica e del diritto esigibile alle cure per tutti i malati, compresi i non autosufficienti, riprendiamo e facciamo nostra la risposta di Ivan Cavicchi, pubblicata su *Quotidianosanità.it* il 17 settembre: *«Non si cita mai il ministro in carica e meno che mai si fa riferimento alla missione 6 del Pnrr e alle controriforme fatte in passato, per cui il dubbio che viene è che questa cosa "strisciante" sia quanto meno opera dello Spirito Santo. (...) Gli autori dell'articolo ci vogliono far credere che il rischio della privatizzazione sia una probabilità orientata al futuro dimenticando che la privatiz-*

(2) Per i riferimenti normativi e le indicazioni su come ottenere il riconoscimento dei diritti esigibili per i malati non autosufficienti, si veda il sito www.fondazionepromozionesociale.it

(3) Appello pubblicato su *quotidianosanità.it* il 14 settembre 2021 con il titolo "La sanità italiana verso una privatizzazione strisciante. Il Governo fermi questa deriva".

zazione, ormai proprio a causa delle politiche fatte in particolare dalla Bindi sino ad ora, è già una realtà conclamata. Cioè non è un rischio, quindi una probabilità, ma un drammatico dato di fatto. Chiariamo un momento come stanno le cose. Il primo a riesumare le mutue e i fondi assicurativi è stato il Ministro della sanità Francesco De Lorenzo nel 1992, pur limitandosi ad ammettere solo prestazioni sanitarie non comprese nei Lea. La Bindi nel 1999 allarga la platea delle prestazioni private ed ammette anche quelle comprese nei Livelli essenziali delle prestazioni, quelle accreditate, quelle socio-sanitarie (punto 4, articolo 9 del decreto

legislativo 229 del 1999). Cioè con la Bindi l'assistenza integrativa diventa sostitutiva. Il privato può sostituire il pubblico». E finisce per sostituirlo e per abbatterlo come concorrente, perché il capitalismo predica concorrenza, ma tende al monopolio. È un fenomeno dilagante e pervasivo di questi ultimi vent'anni di sanità italiana, le cui conseguenze sono drammaticamente ben note a centinaia di famiglie italiane per la quotidiana negazione del diritto di cura e di tutela della salute dei più deboli: i propri cari malati non autosufficienti o persone con disabilità intellettiva grave. Che un domani, anche molto vicino, potremmo essere noi.

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*.

EUTANASIA: ABBANDONO E DISPERAZIONE, NON LIBERTÀ

MARIA GRAZIA BREDA (1)

Dietro alla propaganda di sostegno all'eutanasia si nasconde una società che non vuole tener fede al dovere di curare i malati. Le cure a quelli non autosufficienti sono il grande diritto calpestato dalla Sanità pubblica italiana. Migliaia di famiglie si confrontano oggi con il colpevole abbandono terapeutico di Asl e Regioni.

Persino ai non esperti di decisioni politiche è noto che le scelte operate sull'onda della paura e della conclamata ingiustizia non portano, una volta tradotte in leggi o regolamenti, a buoni provvedimenti e altrettanto buone pratiche, capaci di garantire il riconoscimento dei diritti fondamentali e la libera scelta dei cittadini. Il caso della raccolta firme sull'omicidio del consenziente, promosso dall'associazione Luca Coscioni e dai radicali, ingannevolmente pubblicizzato come scelta sull'«eutanasia legale», preoccupa molto, in questo senso, chi opera quotidianamente per la tutela dei malati non autosufficienti e delle persone con disabilità e limitata o nulla autonomia.

A più riprese le associazioni di difesa dei non autosufficienti – da Torino quelle riunite nel Coordinamento sanità e assistenza e la Fondazione promozione sociale – hanno lanciato l'allarme sull'«eutanasia da abbandono», denunciando il pericolo evidentissimo di scelte dei malati e sui malati mosse dalla disperazione e dall'ingiustizia (quindi dal venir meno del dovere incondizionato di cura del Servizio sanitario), non certo dalla libertà a dall'affermazione della dignità personale.

Sconvolge, a questo proposito, quanto dichiarato da Marco Cappato, tesoriere dell'associazione Luca Coscioni a proposito dell'esito della raccolta firme: «Due fasce di popolazione sono state decisive: quelle dei giovanissimi e degli anziani. I primi hanno davanti agli occhi la sofferenza di un nonno, gli anziani invece temono una morte atroce». Sarebbe questa, quindi, la «legittimazione popolare» della legalizzazione

dell'eutanasia? Sulla scorta della quasi cinquantennale esperienza a tutela dei diritti dei malati non autosufficienti e delle persone con disabilità gravissime, ci permettiamo di precisare. Cosa «vedono» giovani e anziani durante l'esperienza della malattia di un loro caro, tanto grave da portarlo alla totale dipendenza da terzi? Vedono e vivono quotidianamente una drammatica carenza di cure e di presa in carico a danno di nonni e nonne, mogli, mariti, fratelli e sorelle malati non autosufficienti o persone con gravissima disabilità. Sentono tutto il peso dell'essere lasciati soli nella malattia abbattersi sulla famiglia, nonostante il loro caro abbia il diritto esigibile alla tutela della salute, che per un non autosufficiente si traduce nelle prestazioni per tutte le attività quotidiane e strumentali della vita, ventiquattr'ore su ventiquattro.

È allarmante e largamente diffuso esattamente il contrario della «sanità della medicalizzazione accanita», utilizzata come argomento (meglio sarebbe dire come spauracchio) a favore di una presunta libera scelta sulla cessazione della vita. Centinaia di migliaia di famiglie si confrontano oggi non con l'invadenza delle cure, ma con l'abbandono terapeutico che si realizza sulla carne dei malati non autosufficienti (persone con demenza, malati di Alzheimer, giovani o adulti con esiti da incidenti, persone con autismo o altre disabilità fortemente invalidanti...). Passata la eventuale fase acuta dell'ospedale, lì si inizia a chiamare «casi sociali», si scarica sulle famiglie l'onere e la spesa della cura, si assoggetta a valutazione economica e di condizione sociale/familiare l'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario, si confinano in strutture (spesso le Rsa o le Case di riposo) che, anche laddove operano con le migliori intenzioni, non hanno strumenti,

(1) Presidente della Fondazione promozione sociale Ets.

personale, dotazioni sanitarie adatte alle esigenze degli utenti che ricevono.

Questo spaventa, atterrisce, paralizza. E se conduce alla richiesta della morte, cioè letteralmente «mortifica» la persona, non è per libertà e dignità.

In sostanza, nessuno può sostenere che la scelta sul morire sia un esercizio di scelta incondizionata se non è garantito il pieno ed esigibile diritto a tutti i malati di usufruire delle cure del Servizio sanitario di cui hanno bisogno, non solo di quelle palliative ma anche di quelle ordinarie in risposta alle loro necessità di tutela della salute, perché un malato con demenza non è un malato terminale e potrà avere necessità di cure anche per anni. Di più ancora, questo diritto dovrebbe essere concretamente assicurato finché possibile a casa, nella dimensione di vita del malato, ma senza scaricare sulla famiglia il peso totale di una difficilissima assistenza terapeutica. I familiari che volontariamente accettano di accudire i propri cari vengono oggi considerati dalla maggioranza delle istituzioni – a torto anche dal punto di vista legale – come dei sostituti del Servizio sanitario. È un modo perverso di cavalcare i sentimenti di amore, gratitudine, riconoscenza dei figli verso i genitori, lasciandoli in completa solitudine e senza sostegni. Anche questo vedono i giovani, i nipoti dei malati; e per non fare la fine dei loro genitori, quasi sempre le mamme, pensano che la soluzione sia la firma per l'eutanasia legale.

Occorre allora chiedersi: può una «libera scelta» basarsi sulla piccolezza – pur in tutta la sua drammaticità – del «piuttosto che finire così, meglio la morte». Dove il «finire così» è frutto di una violazione delle regole da parte delle stesse istituzioni deputate a intervenire e quindi sanzionabile? La morte invocata non a causa delle sofferenze che determina la malattia, ma per la negazione di interventi e prestazioni che questa meriterebbe non ha niente a che fare con la dignità della vita, il rispettoso accompagnamento alla morte, l'affermazione della volontà del malato.

Il Servizio sanitario sono le istituzioni pubbliche e private convenzionate; sono le Regioni e le Asl, gli ospedali e gli hospice, le case di cura e le Rsa private convenzionate, che, a partire

da quelle religiose, hanno il dovere etico, oltre che giuridico, di non abbandonare i malati inguaribili, che sono sempre curabili durante tutto il decorso della patologia. La paura di morire tra tante sofferenze, o quella generata dal ricordo dei nonni morti da soli, e spesso senza cure, durante la pandemia da Covid, si affronta a nostro modo di vedere con il ripristino delle cure in ogni luogo, per chiunque, a qualunque età si trovi anche improvvisamente non più autosufficiente. Non basta battersi il petto; adesso bisogna dimostrare con i fatti che si crede davvero che ogni vita ha diritto di essere vissuta, ma con la dignità che può garantire una cura continua, umana e senza accanimento.

Non sono argomenti nuovi, ma c'è bisogno di un loro costante rinnovamento. Già nel 1993 il messaggio del cardinale Carlo Maria Martini sui malati cronici non autosufficienti, frutto di un positivo scambio con il Coordinamento sanità e assistenza, ammoniva così: «Le situazioni limite della forma di malattia inguaribile non possono – surrettiziamente – essere considerate 'incurabili', soprattutto dal comparto sanitario. La situazione di non autosufficienza non può correre il rischio di essere abbandonata dalle necessarie tutele di un corretto sistema sanitario».

C'è poi da aggiungere un commento puntuale ad alcuni punti controversi dell'attuale dibattito, che non possono essere taciuti.

Primo: la questione formale. Il quesito referendario proposto dall'associazione Coscioni non disciplina l'eutanasia, ma la depenalizzazione dell'omicidio del consenziente. L'eventuale (ma va ricordato che i passaggi sono ancora lunghi e per nulla scontati) esito abrogativo della consultazione popolare porterebbe ad una disciplina, paradossalmente, distantissima dall'ambito clinico: sarebbe più semplice per un cittadino qualunque (nemmeno vincolato da obblighi deontologici), che per un sanitario nell'esercizio delle sue funzioni, aiutare ad uccidere una persona consenziente. Insomma, una barbarie. Che lo strumento del referendum serva come un pungolo politico per riavviare la discussione sulla proposta di legge sull'eutanasia legale (ferma da anni in commissione parlamentare) è cosa nota. Ma la comunicazione, a

partire da quella ai banchetti per la raccolta firme, è stata e continua ad essere ingannevole. Al posto di “Eutanasia legale” avrebbe dovuto esserci scritto “Depenalizzazione dell’omicidio del consenziente”. L’esito mediatico sarebbe stato, crediamo, molto differente.

Secondo. Spesso si utilizza la formula del confronto con altri Stati in merito all’eutanasia per spingere sull’approvazione di norme che la rendano legale. Si dimentica spesso che le differenze di obblighi istituzionali tra i vari Paesi sono profondissime e che il confronto «sinottico» è spesso impossibile. In ogni caso, i dati internazionali rivelano elementi inquietanti. In Canada nel 2020 il 2,5% dei decessi è stato causato da eutanasia, con il 15% dei pazienti che l’hanno ricevuta che ha chiesto cure palliative ma non le ha ricevute, il 35,9% ha spiegato di «sentirsi un peso per la famiglia, gli amici o i sanitari», mentre il 18,6% ha parlato di «isolamento e solitudine» alla base della decisione. In Olanda (dove il sistema sanitario ha una forte componente privata e i medici di medicina generale sono convenzionati con le assicurazioni) secondo il report istituzionale 2019 sull’eutanasia sono stati segnalati poco più di 6mila casi (il 4,2% dei decessi), oltre 5.000 praticati a casa dagli stessi medici di famiglia.

In Italia, fatte le dovute proporzioni, si tratterebbe di oltre 26mila morti all’anno, più di 70 ogni giorno. Rimane l’interrogativo fondamentale su come ciò si concilierebbe anche solo con l’articolo 36 del Codice di deontologia medica (e si tratta della fonte normativa di rango inferiore tra quelle coinvolte): «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte».

Terzo. I casi più citati dai sostenitori della raccolta firme pro-referendum si riferiscono a per-

sone lucide fino al momento della morte che hanno richiesto di porre fine alla loro vita, come i casi di Piergiorgio Welby e di Fabiano Antoniani (alias dj Fabo). La grandissima maggioranza delle persone non autosufficienti che si trova in stato di dipendenza da cure fondamentali per il proprio mantenimento in vita non è invece assolutamente capace di manifestare la propria volontà puntuale, né di confermare eventuali decisioni, intendimenti, desideri espressi – anche formalmente – in precedenza.

Sarebbe bene sempre ricordare che nell’intricata e controversa vicenda di Eluana Englaro – che è stata e continua ad essere per molti un riferimento ideologico fortissimo nell’affrontare la questione del «fine vita», non solo per le dichiarazioni anticipate di trattamento, ma anche in tema di eutanasia – le stesse sentenze della Cassazione e del Consiglio di Stato che sanciscono la legittimità, nel caso specifico, dell’interruzione dell’idratazione e dell’alimentazione artificiali, fecero precedere la decisione da un’ampia premessa di tutela assoluta del diritto alle cure. Spesso omessa dai commentatori. Si legge nei provvedimenti dei tribunali: «Chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente. La tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte».

SUICIDI, SONO DIECI AL GIORNO. TANTISSIMI GLI ANZIANI. QUANTI PER DIRITTI NEGATI?

L'Istituto Superiore di Sanità ha riproposto il 10 settembre – Giornata mondiale della prevenzione contro il suicidio – i dati italiani del fenomeno (1). L'ultimo aggiornamento risale a cinque anni fa, anno 2016. *«In Italia – si legge nel rapporto – si registrano ogni anno circa 4000 morti per suicidio. Poiché il suicidio è un evento estremamente raro nell'infanzia, i tassi vengono calcolati prendendo come riferimento la popolazione di 15 anni e più. Secondo i dati Istat della "Indagine sulle cause di morte", nel 2016 (ultimo anno per il quale i dati sono attualmente disponibili) nel nostro Paese si sono tolte la vita 3780 persone. Il 78,8% dei morti per suicidio sono uomini».* Si tratta di un dato imponente: più di 10 persone si tolgono la vita ogni giorno. Il rapporto non indica le cause delle morti, ma è legittimo chiedersi, alla luce di alcuni elementi della ricerca, se (e in che percentuale) queste morti sono causate da ingiustizie, violazioni dei diritti, mancati servizi come per esempio l'erogazione delle cure sanitarie e la risposta alle esigenze di un malato/persona con disabilità non autosufficiente, fenomeni che spesso hanno portato i familiari – lasciati soli soprattutto dal Servizio sanitario a gestire la condizione di fabbisogno continuativo e qualificato dei propri parenti deboli – a uccidersi.

Scrivono gli analisti: *«L'analisi dei tassi età-specifici riferita all'anno 2016 mostra che per gli uomini il tasso aumenta costantemente raggiungendo un valore di quasi 20 casi ogni 100.000 abitanti tra gli anziani di età superiore ai 70 anni. Anche per le donne i tassi aumentano con l'età e il tasso raggiunge un massimo di oltre 4 casi ogni 100.000 tra le ultra70enni».* Peraltro, se è noto che il tasso di omicidi e altri crimini violenti è in costante discesa dalla fine della Seconda guerra mondiale, *«il trend storico del tasso di mortalità per suicidio mostra per l'Italia – riporta la relazione Iss – una riduzione a partire dalla metà degli anni Ottanta che si accentua, soprattutto per gli uomini, nella seconda metà degli anni Novanta, ma non prosegue fino ad oggi. Dopo il minimo storico raggiunto negli anni 2006 e 2007, questa tendenza alla riduzione ha subito un arresto. Nel 2008, anno in cui cominciano a farsi manifesti gli effetti della crisi economico-finanziaria, analogamente a quanto osservato in altri Paesi europei e negli Stati Uniti, anche in Italia il tasso comincia ad aumentare tra gli uomini nelle classi di età centrali (tra i 25-30 anni e i 65-69 anni). (...) In seguito alla crisi economico-finanziaria del 2008 non si registra invece un aumento di rischio suicidario tra gli uomini "anziani" e tra le donne si registrano variazioni del tasso molto più contenute».*

L'istituto superiore di sanità ha dedicato un paragrafo del report alla gestione dell'attuale contesto sanitario – pandemia Covid-19 – che potrebbe causare anche un aumento dei suicidi. La prospettiva viene definita *«molto probabile ma forse non ineluttabile. La situazione che il mondo sta attraversando è in qualche modo senza precedenti e sono sconosciuti gli effetti a lungo termine del "distanziamento sociale", del confinamento in casa, della convivenza con una familiare affetto da Covid-19, nonché delle limitazioni all'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione e cura (di routine o di emergenza)».* Senza pretesa di esaustività, tra i fattori di rischio specifici legati alla gestione della pandemia di Covid-19, l'Iss riporta anche *«stress e burnout per medici e operatori sanitari»* (noi ci permettiamo di aggiungere anche per gli accuditori familiari, spessissimo lasciati soli, quando non vessati, dalle istituzioni) e *«la riduzione dei servizi dedicati alla prevenzione e cura del disagio mentale e del suicidio o riduzione del personale ad essi dedicato».* Conclude il rapporto Iss: *«Nonostante la prevenzione del suicidio sia stata individuata come obiettivo prioritario dai maggiori organismi internazionali solo pochi Paesi nel mondo hanno sviluppato una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio e l'Italia non è ancora tra questi».*

(1) <https://www.epicentro.iss.it/mentale/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidario-italia>

RSA E CASE DI CURA, NUOVO SCANDALO: DENUTRITI E DISIDRATATI SETTE MALATI SU DIECI

ALESSANDRO BRAVETTI

Il 70% dei malati ricoverati in Rsa è denutrito. È l'allarmante esito del rapporto del Ministero della Salute sugli aspetti nutrizionali dell'anziano. A casa la percentuale di sottoalimentati è del 3-4%. Le maggiori criticità evidenziate dalla relazione: aspetti nutrizionali inesistenti nelle valutazioni del Servizio sanitario, scarsissima attenzione delle strutture residenziali e mancata definizione della dieta dei degen- ti in termini di apporto energetico e di macro e micro nutrienti. Pasti al massimo ribasso economico.

Il 10 giugno 2021 è stato reso pubblico il Report del Ministero della Salute, redatto a cura della "Direzione generale per l'igiene, la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. Ufficio 5", riguardante il "Miglioramento della salute dell'anziano per gli aspetti nutrizionali (con particolare riguardo alla malnutrizione per difetto)", datato luglio 2020.

Il Report si concentra sul tema della «malnutrizione per difetto» della popolazione anziana, che viene definita come «uno stato derivante dalla ridotta assunzione o dal ridotto assorbimento di nutrienti che porta ad un'alterazione della composizione corporea (diminuzione della massa magra) e della body cell mass con conseguente penalizzazione delle funzioni fisica e cognitiva e alterazione della prognosi da malattia (Cederholm, 2017)» evidenzia inoltre la mancanza di un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale relativo agli anziani.

Dalla lettura del report emergono dati allarmanti. Risulta infatti «in modo inequivocabile, una prevalenza di malnutrizione per difetto in età geriatrica (...). La prevalenza di malnutrizione per difetto oscilla dal 3-4% nei soggetti anziani freeliving [le persone non ricoverate, ndr] fino al 70% nelle strutture di lungodegenza e Rsa (Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera ed Assistenziale, Ministero della salute 2011)».

Risulta poi che l'intero sistema sanitario (professioni sanitarie, caregiver, media, istituzioni) è caratterizzato da una insufficiente sensibilità alle problematiche nutrizionali nei soggetti in età geriatrica, anche in relazione ad una caren-

te informazione e formazione. Infatti, «l'attenzione dei media per le problematiche nutrizionali dell'anziano è molto scarsa, anche se questa fascia di popolazione/utenti ha un interesse reale verso i media, poiché le persone di 65-74 anni utilizzano prevalentemente televisione (96,5%) e radio (44,9%) rispetto a computer (29,6%) e internet (39,3%) con relativi social (Istat, 2018). Per tale motivo, andrebbe dato maggior rilievo alle tematiche socio-sanitarie prioritarie come la malnutrizione per difetto e le complicanze ad essa collegate, in quanto la pubblicità mediatica mostra interesse soprattutto per l'anziano attivo e non problematico».

Invece, gli aspetti nutrizionali risultano «poco considerati e poco presenti nelle procedure Vmd [le Unità valutative multidimensionali, anche definite geriatriche in alcune Regioni, ndr] anche a causa di una mancata e definita identificazione di strumenti affidabili per lo screening nutrizionale. Essi non sono in genere adeguatamente compresi e presenti all'interno delle cartelle cliniche utilizzate nelle diverse strutture assistenziali del Servizio sanitario nazionale, a danno soprattutto del percorso diagnostico e terapeutico di pazienti anziani con patologie a riconosciuta componente nutrizionale».

Il Report del Ministero della Salute rileva inoltre l'assenza della previsione di una apposita scheda nutrizionale all'interno della cartella clinica del paziente anziano non autosufficiente e, da ultimo, mostra come non vi sia mai stato un effettivo recepimento delle "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed

assistenziale” (documento pubblicato nel 2011), con la conseguente mancanza nelle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie (lungodegenze, strutture riabilitative, Rsa, etc.) di adeguati programmi per la ristorazione collettiva, che invece *«ha un ruolo importante in ambito assistenziale poiché rappresenta uno strumento indispensabile di prevenzione e cura delle malattie a componente nutrizionale nell’anziano ospedalizzato o comunque istituzionalizzato»*.

Le proposte del Ministero

Il Report si conclude con una serie di proposte formulate dal Gruppo di lavoro per l’adozione di «azioni correttive» che, coinvolgendo il Ministero della Salute ed altri attori, potrebbero contribuire a ridurre significativamente il rischio di malnutrizione per difetto di pazienti anziani.

Riportiamo di seguito i punti che indicano, per ogni carenza evidenziata, la proposta avanzata:

CRITICITÀ	PROPOSTE
1. Mancanza di un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale relativo agli anziani.	- è indispensabile un programma nazionale di sorveglianza nutrizionale attiva dalla popolazione generale ai pazienti ospedalizzati nei soggetti con età superiore a 65 anni.
2. Insufficiente sensibilità dell'intero sistema (professioni sanitarie, caregiver, media, Istituzioni) alle problematiche nutrizionali nei soggetti in età geriatrica, anche in relazione ad una carente informazione/formazione.	- è necessario implementare l'offerta formativa in tema di nutrizione clinica nei corsi di laurea sanitari, nelle scuole di specializzazione di area medico e chirurgica, nella formazione ECM e post universitaria (inclusi i medici di medicina e generale e gli operatori delle strutture di lungodegenza ed Rsa).
3. Mancata considerazione degli aspetti nutrizionali nella valutazione multidimensionale del soggetto e assenza di una scheda nutrizionale nella cartella clinica.	- il processo di gestione nutrizionale deve essere parte della valutazione multidimensionale dell'anziano, dovrebbe prevedere la partecipazione di più figure professionali e richiedere una stretta collaborazione tra medici in possesso di varie competenze cliniche (nutrizionista, geriatra, fisiatra, pneumologo ecc.). È articolato in (1) screening; (2) valutazione dello stato di nutrizione; (3) intervento/terapia nutrizionale; (4) monitoraggio; (5) valutazione dell'efficacia.
4. Mancata valutazione dello stato di nutrizione in presenza di un accertato rischio nutrizionale sulla base del quale programmare l'intervento nutrizionale.	- la diagnosi formale di malnutrizione per difetto può essere raggiunta in primo luogo con il questionario specifico (detto questionario MNA) in forma completa e/o in accordo con i criteri/linee guida proposti dall'Espen; - nell'ambito del processo di gestione nutrizionale dell'anziano di frequente risultano indispensabili una serie di ulteriori valutazioni relative a consumi e abitudini alimentari, dispendio energetico (misura del metabolismo basale), livello di autonomia del pazien-

	<p>te nell'assunzione del pasto e variabili biochimiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni nutrizionali (diagnostiche e terapeutiche) devono essere inserite nei Lea.
<p>5. Mancato recepimento delle linee di indirizzo per la ristorazione collettiva nelle lungodegenze, nelle strutture riabilitative e nelle Rsa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la ristorazione collettiva deve garantire l'adeguatezza della dieta in termini di apporto energetico, di macro e micronutrienti in relazione alla patologia del paziente e svolgere un importante ruolo informativo, coinvolgendo gli utenti e le loro famiglie.
<p>6. Carenza di strutture assistenziali e unità operative di dietetica e nutrizione clinica sia sul territorio che in ambito ospedaliero e carenza di personale specialistico in ambito nutrizionale (in primo luogo medici specializzati in Scienza dell'Alimentazione e dietisti).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la nutrizione clinica deve essere inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura del paziente anziano attraverso Piani diagnostico terapeutici assistenziali specifici; - deve essere assicurata la presenza di un numero proporzionato di strutture assistenziali e unità operative di dietetica e nutrizione clinica (territorio e strutture ospedaliere).
<p>7. Mancata considerazione degli aspetti nutrizionali nei criteri di qualità delle strutture assistenziali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vanno individuati indicatori di struttura, processo ed esito; - deve essere messo a punto un sistema premiale per quelle strutture che adottino percorsi di Verifica e revisione della qualità dell'assistenza (Vrq).

APPELLO PER LE VISITE E USCITE IN RSA E ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI. “TOGLIERE LA DISCREZIONALITÀ ALLE SINGOLE STRUTTURE. AMPLIARE LE POSSIBILITÀ DI RELAZIONE”

Nei mesi estivi e ad inizio autunno del 2021 si stanno susseguendo ad un ritmo serrato gli appelli del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e della Fondazione promozione sociale onlus per la riapertura delle Rsa - Residenze sanitarie assistenziali dopo gli isolamenti anti Covid-19, per il radicale miglioramento/riforma del loro modello di gestione e operativo e per l'affermazione senza fraintendimento della loro corretta collocazione nell'ordinamento amministrativo, come strutture che operano in nome e per conto del Servizio sanitario (anche quando gestite da privati) e nelle quali sono ricoverati pazienti – e non «ospiti» – che ricadono sotto la piena responsabilità delle Aziende sanitarie locali.

Fin dagli inizi di maggio, le prime anticipazioni di linee guida per la riapertura delle strutture Rsa hanno lasciato presagire uno scarico di responsabilità «a cascata» dallo Stato alle Regioni, poi alle Asl e in ultima istanza sulle singole strutture.

L'8 maggio il Ministro della Salute Roberto Speranza ha emanato una ordinanza (1) per regolamentare gli accessi alle Rsa. Ma il punto 2 del primo articolo lascia amplissimo spazio di discrezionalità, contestato dai comitati parenti dei degenti, dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale. «Il direttore sanitario o l'autorità sanitaria competente – è infatti scritto nell'ordinanza – in relazione allo specifico contesto epidemiologico, può adottare misure precauzionali più restrittive necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione».

Praticamente una delega quasi in bianco a nuove restrizioni, limitazioni non solo delle visite parenti, ma anche dell'accesso di professionisti e fornitori esterni (per esempio, podologi, parrucchieri, animatori e anche medici per valutazioni specialistiche). Non solo, anche una fortissima limitazione all'inserimento di nuovi utenti.

(1) «Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 - Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale», pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 110 del 10 maggio 2021.

Continuità terapeutica negata?

Il caso della Regione Piemonte risulta emblematico: già in una comunicazione del 23 giugno al Capo di Gabinetto del Presidente della Regione Piemonte, Alberto Cirio, la Fondazione promozione sociale segnalava «la necessità di inviare una circolare ai Direttori Generali delle Asl e dei Distretti nonché ai Gestori privati delle Rsa che hanno accettato di applicare la delibera sulla continuità terapeutica della Giunta regionale 23/2021 (2), perché in caso di opposizione alle dimissioni con richiesta di continuità terapeutica assicurino la prosecuzione del ricovero fino al ricevimento della convenzione, senza interruzione della cura e senza ricorrere al ricovero ospedaliero. In base all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, la prosecuzione delle cure è assicurata fino a valutazione dell'Uvg, per la prosecuzione in fase di lungo assistenza in Rsa». La Fondazione promozione sociale ha richia-

(2) Si tratta della delibera 23-3080 “Emergenza Covid-19. Approvazione misure relative a percorsi temporanei protetti di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in Rsa. Approvazione percorsi per assistenza erogata in Rsa o p.l. Cava all'interno delle Rsa ex D.G.R. n. 2-2254/2020”, pubblicata sul Bur della Regione Piemonte del 15 aprile 2021.

mato nella sua argomentazione l'articolo 30 dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie relativo all'Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti", che prevede: «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 dalle regioni e dalle province autonome.*

Com'è noto, infatti, per i malati non autosufficienti non può interrompersi – pena la negazione del loro diritto esigibile alle cure sanitarie – la continuità terapeutica, poiché il Servizio sanitario deve garantire «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2 della legge 833/1978).

Il Garante dei detenuti

Nel frattempo, va ricordato che circa un anno fa intervenne sulla questione della chiusura delle strutture Rsa il Garante nazionale delle persone private della libertà personale, Mauro Palma, che in un comunicato del 12 luglio 2020 scrisse: «*È stata inviata ai Presidenti delle Regioni una circolare per sollecitare un controllo, o laddove necessario una revisione, sulla corretta applicazione delle nuove regole*

che definiscono le modalità di contatto tra gli ospiti delle strutture delle Residenze per persone anziane o con disabilità e i loro cari. La totale chiusura delle strutture a seguito delle norme emanate al primo manifestarsi della pandemia, le aveva trasformate in luoghi rientranti nell'ambito del mandato di vigilanza del Garante nazionale, in quanto di fatto privativi della libertà: da qui non solo il monitoraggio della diffusione del contagio da covid-19, ma anche la vigilanza sulle condizioni di ospitalità delle persone e sulle misure adottate per affrontare l'emergenza sanitaria.

Sono state molte le segnalazioni giunte al Garante nazionale in questo periodo e ancora oggi risulta che in molte strutture persone anziane o con disabilità non hanno la possibilità di incontrare le persone care o di riferimento; in altre tale possibilità è estremamente ridotta e talmente rigida da rendere difficile la significatività dei contatti. Non basta vedere a distanza perché in molti casi, soprattutto per persone con disabilità l'assenza di relazioni anche gestuali dirette determina una regressione cognitiva con forte rischio di istituzionalizzazione.

Il Garante nazionale, nella lettera inviata venerdì ai Presidenti ha evidenziato il rischio che la cosiddetta «fase 2» continui a mantenere in queste strutture un sorta di separatezza prolungata che così si trasformerebbe in una ordinarità caratterizzata dall'isolamento dal mondo esterno e dalla rarefazione degli incontri con le persone care. Ciò può così configurarsi, inoltre, come forma di discriminazione in ordine all'età della persona o al grado di disabilità».

Segregati nelle Rsa. Facciamo i nomi, raccontiamo le storie.

Le testimonianze che seguono sono state raccolte dalla Fondazione promozione sociale Onlus/Ets nei giorni 19, 20 e 21 luglio 2021 da casi seguiti in Piemonte e Lombardia nell'ambito dell'attività di promozione e difesa dei diritti dei malati non autosufficienti, che prevede la consulenza gratuita ai parenti o ai rappresentanti legali del malato. Sono storie che raccontano la difficile condizione dei malati non autosufficienti ricoverati nelle Residenze sanitarie

assistenziali e dei loro parenti: contatti negati, visite con il contagocce, uscite proibite, notizie e coinvolgimento nelle cure prestate ai degen- ti completamente assenti.

A fronte di tutto ciò, e di un calo del persona- le drammatico rispetto a livelli precedenti spes- so già al di sotto degli standard minimi regio- nali, le Rsa hanno continuato a pretendere le rette piene: 3.000 – 3.500 euro al mese, paga- te al 50% dall'Asl (cioè dai soldi di tutti i citta- dini) per i pazienti in convenzione, completa- mente pagate dai degenti e dalle loro famiglie per i ricoveri privati. Questi ultimi sono quei malati «*esclusi*», «*rifiutati*» dalle Asl sulla base di criteri socio-economici non legittimi, perché negano una prestazione sanitaria.

L'ex sottosegretaria del Ministero della Salute, Sandra Zampa, il 15 luglio 2021 su un quotidiano ha invitato i parenti a «*fare i nomi di chi non rispetta le norme sulle aperture*».

«*Quei nomi e quelle storie – ha scritto la Fondazione promozione sociale nel Comuni- cato del 22 luglio 2021 – noi le inviamo ai Presidenti di Senato e Camera, a quelli delle “Commissioni Affari Sociali” della Camera e “Igiene e Sanità” del Senato, al Presidente del Consiglio, oltre che al Ministro della salute e all’Onorevole Sandra Zampa affinché rimetta- no mano alle regole per l’accesso in struttura allentando le restrizioni e non lasciando ai direttori delle singole Rsa alcuna discreziona- lità di imporre arbitrarie restrizioni*».

VISITE OGNI DUE SETTIMANE, NESSUN ACCESSO ALLA STRUTTURA E GARANZIA DELLE CURE

«*Mi chiamo I. P., ho già ricevuto assistenza da voi.*

La presente per segnalarvi che nella Rsa di Torino “Casa Serena”, corso Lombardia 115, è ospite mia madre la Sig.ra M. A. della quale io sono anche l’Amministratore di sostegno.

L’ospite non parla e non cammina, si esprime a gesti e con espressioni facciali e più volte, a causa di questo, ho richiesto visite di presenza (mamma necessita di contatto) ma ho sempre trovato muri ostili da parte del Direttore Sanitario Dott. M.

Gli orari di visita sono imposti dalla struttura (indicativamente 3 mattini a settimana, alla fac-

cia di favorire chi lavora!) quindi bisogna riu- scire a prenotarsi e solo dopo la visita si può prenotare una visita successiva ma non prima di due settimane (a titolo esemplificativo que- sto mese io ho visto mia mamma ai primi di luglio e il prossimo appuntamento è il 28 del mese).

Ho anche chiesto di portarla a spasso nel parco attiguo ma la risposta è che è tutto vie- tato per il loro bene.

Segnalo che gli ospiti sono 150 e loro dicono che non hanno personale per aumentare gli incontri anche a distanza. Lo scorso anno mia mamma ha avuto un grande decubito e ha perso una fetta di tallone, ho chiesto di veder- la anche in videochiamata per sincerarmi che il piede fosse guarito, la risposta è stata no. Ho chiesto di entrare con un medico e assistere a una visita completa di mamma sempre per sin- cerarmi della sua salute e la risposta è stata che potrà entrare un medico esterno coordina- to con loro ma io no, né come figlia né come amministratore di sostegno».

ZERO CONTATTI E USCITE, POCA RIABILITAZIONE: COSÌ T. SI BLOCCHERÀ SULLA SEDIA A ROTELLE

«*Sono T. M. L., mio fratello T. A. è nella Rsa Bosco della Stella corso Francia 214 Cascine Vica - Rivoli (Torino) dall’11 novembre 2020. Spero che la mia modesta testimonianza vi possa essere utile.*

É dal mese di giugno che le visite a mio fra- tello si sono intensificate, vado due giorni la settimana per il momento. La visita dura mezz’ora nella palestra della struttura, seduti ad un tavolo. Io devo indossare i guanti, tutti e due con mascherina, ho chiesto di poterlo por- tare a fare un giro fuori dalla struttura ma non me lo hanno permesso; anche mio fratello ha detto che vorrebbe uscire un po’, ma la rispo- sta è stata negativa nonostante tutti e due abbiamo fatto il ciclo completo del vaccino.

Per l’assistenza non posso dire molto, io lo vedo solo nella palestra (...) gli fanno fare fisio- terapia solo due volte la settimana. Cammina poco e lui si lamenta di questo: sta troppo seduto sulla carrozzella, ma come dicono loro fanno quello che possono perché il personale è carente (!)».

CHIUSO PER FERIE?
STORIA DI UNA RSA DI LODI

«Sono C. F., parente di una ricoverata. Nella Rsa Santa Savina di Lodi, gestita dal 2018 da Emmaus spa, dal 17 maggio u.s. si possono vedere le ospiti dalle 10 alle 12 e dalle 15,30 alle 18 in cortile, se non allettate, esibendo il green pass e firmando il patto di condivisione un giorno fisso la settimana per ognuno dei 4 nuclei + mezza giornata fra il venerdì e il sabato, in modo che ogni due settimane la visita cada di sabato. La domenica è esclusa.

Tempo indicativo di visita mezz'ora, se ci sono postazioni libere, anche un'ora.

Purtroppo, però, nel mese di luglio la struttura è stata richiusa dall'8 al 12 compresi per un fantomatico paventato focolaio a Codogno, pur permanendo Lodi in zona bianca e nuovamente dal 17 luglio ad oggi non ci è stata comunicata una effettiva data di riapertura alle visite.

Il motivo è paradossale: tre operatori sanitari al rientro delle ferie e prima di prendere servizio sarebbero risultati positivi al tampone, risultato il giorno successivo assolutamente negativo. Ma la struttura non ha riaperto.

Di fatto, da quando è cominciato il periodo delle ferie, la struttura cerca ogni pretesto per non far accedere i parenti e non far uscire le ospiti».

«MAI ENTRATI NEI LOCALI COMUNI».

UN FISIOTERAPISTA PER SESSANTA DEGENTI.

«Mio padre è ricoverato in una Rsa "Casa dell'Immacolata" a San Gillio (Torino)

Le visite bisogna prenotarle una volta la settimana, con eccezione due, cercando di conciliare anche gli orari. Posso vedere mio padre all'aperto, uno spazio allestito con tavolini e ombrelloni, con mascherina entrambi, distanziati e non posso abbracciarlo. Chiedono giustamente il foglio della vaccinazione o il tampone negativo. Tutto il personale e gli anziani della struttura sono vaccinati...

perciò mi chiedo: a cosa è servita la vaccinazione?

Non ci hanno mai fatto entrare nei locali comuni interni.

C'è un solo fisioterapista per tutti gli ospiti della struttura (63 posti letto), perciò poca ginnastica. Attività non ne hanno più fatte, anche se mi è stato detto che dovrebbero riprendere poco per volta, immaginate come possano trascorrere le giornate in questo modo.

Non so cosa pensare, in effetti sembra che con la scusa del Covid, le cose si siano fermate. A mio modesto parere, le Rsa e le strutture per ricovero anziani e disabili, si sarebbero dovuti già organizzare da tempo.

Spero di essere stata chiara nella mia esposizione. Mi auguro che tutto ciò, possa essere utile, al fine di poter ottenere nuove regole, che possano migliorare il soggiorno dei nostri cari e ad avere un maggiore "contatto di vicinanza" per poter dare loro una carezza affettuosa, perché l'amore è la cura migliore che possiamo dargli».

QUELLE STANZE INACCESSIBILI:
VISITE NEL PORTICATO

«Descrivo la situazione visite per Rsa Convitto di Torino. La situazione è rimasta invariata l'accesso per le visite Parenti avviene nel porticato dove chi è vaccinato o ha effettuato un tampone negativo nelle ultime 48 ore, può vedere il proprio caro indossando FFP2 mantenendo la distanza di 1 metro quale viene assicurata da due tavolini, per questa modalità di visita è concesso toccare le mani dell'ospite. Il sottoscritto che è vaccinato aiuta anche a bere la mamma.

Chi non è vaccinato e non dispone di un risultato al tampone può vedere il proprio caro attraverso le vetrate e parlare tramite telefono.

Tutte le visite hanno durata di 30 minuti e vengono programmate con una frequenza di 1/2 a settimana secondo la disponibilità della Rsa».

GESTIONE COVID-19 NELLE RSA DEL PIEMONTE: TRENTAMILA MALATI ABBANDONATI DAL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Riportiamo, con minime modifiche formali, un ampio stralcio della relazione finale del gruppo di lavoro costituito all'interno della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte sulla gestione dell'emergenza Covid-19 da parte dell'amministrazione regionale in carica. Il documento, firmato dal consigliere di minoranza Daniele Valle (Pd), è il risultato di 25 sedute verbalizzate, oltre 50 audizioni di soggetti coinvolti a tutti i livelli nella gestione della pandemia, dai politici agli uffici tecnici, dai sanitari interni al Servizio sanitario a quelli che hanno in gestione servizi da svolgere «in nome e per conto» della sanità pubblica.

La relazione è stata depositata all'attenzione del Consiglio regionale a fine luglio e l'esame per la valutazione e l'eventuale approvazione del documento è previsto per la ripresa dei lavori dopo la pausa estiva.

Diamo qui conto in particolare della sezione che ha preso in esame la disastrosa gestione della diffusione del Covid-19 nelle Rsa. Alla base dell'abbandono di migliaia di malati cronici non autosufficienti malati nelle strutture (tantissimi morti per abbandono terapeutico, senza cure palliative) vi fu il misconoscimento dei vertici della Regione Piemonte – sia tecnici, sia politici – della titolarità dell'Assessorato alla sanità sulle strutture che ricoverano in regime socio-sanitario poco meno di 30mila malati cronici non autosufficienti: non si tratta di privati svincolati da qualsiasi regola, ma di operatori accreditati con il Servizio sanitario nazionale per svolgere una funzione ritenuta essenziale in nome e per conto della sanità pubblica, che rimane responsabile in ultima istanza della presa in carico dei malati.

IL CORONAVIRUS NELLE RSA

1. Le morti in Rsa

Secondo il Comitato Nazionale di Bioetica gli anziani «hanno pagato e stanno ancora pagando il prezzo più alto in vite umane [...] soprattutto se ricoverati in istituzioni sociosanitarie [...] hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell'impreparazione generale del sistema sanitario nell'individuare le filiere del contagio, nell'informare correttamente gli addetti all'assistenza sulle misure di prevenzione e, infine, nel fornire questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio».

«Le morti in Rsa si potevano evitare» ha sentenziato a maggio 2020 Paolo Vineis in audizione presso la IV Commissione del Consiglio regionale, duramente rimbrottato dall'assessore alla sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi: «Una enorme sciocchezza, [...] uno sca-

ricabarile senza precedenti: di certe Rsa sulla Regione, di alcuni parenti che vogliono giustizia a tutti i costi e di una politica nazionale che se la prende con le Regioni per nascondere lacune che sono solo sue. In mezzo a tutto questo c'è l'unità di crisi. C'è la Giunta, ci sono io. La mia è una condanna che ha come paragone solo il 41bis».

Ma i fatti ci dicono che il problema è stato prima ignorato, poi si è cercato di evitarlo e quindi ci si è risolti ad affrontarlo, quando ormai era tardi e, in alcuni casi, lo si è anche aggravato con le scelte dell'ente regionale.

2. Marzo 2020 e la natura delle Rsa

Durante la prima fase dell'emergenza Covid19, di fronte al dilagare dell'epidemia con esiti infausti all'interno delle Rsa, si sono confrontate diverse concezioni della natura delle Rsa e delle conseguenti responsabilità in materia di fornitura di dispositivi di protezione indivi-

duale (Dpi, mascherine, camici monouso, guanti...), di predisposizione di misure per il contenimento e di coordinamento delle politiche di screening dei contagi. **Inizialmente, le Rsa non sono state individuate come un comparto di cui è prioritario occuparsi:** il relativo isolamento delle strutture fa sì infatti che il contagio, salvo alcuni casi puntuali (Tortona, Villanova Mondovì), arrivi in ritardo rispetto alla diffusione sul territorio. Questa è l'indicazione che emerge dalle parole del primo commissario dell'Unità di Crisi della Regione Piemonte, Mario Raviolo, audito nel gruppo di indagine. Nonostante ciò e nonostante le smentite successive, la prima comunicazione dell'unità di crisi – il 23 febbraio 2020 – ai direttori generali, sanitari e amministrativi delle Aziende sanitarie regionali ricorda: «*Le strutture private (di ricovero in acuzie e postacuzie, territoriali, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, ecc) hanno come primo livello di afferenza informativa le aziende sanitarie locali competenti per territorio con le quali esistono rapporti di carattere funzionale*».

La concezione originale della Giunta Regionale, esplicitata in diverse occasioni dall'assessore Luigi Icardi, definiva al contrario le Rsa «**strutture private che hanno un loro direttore sanitario e amministrativo. Sono come piccoli ospedali e le decisioni le prendono loro.** Dopodiché noi le aiutiamo perché il comune intento è salvare delle vite; ci sono commissioni di vigilanza che una volta all'anno vanno a verificare che le strutture abbiano i requisiti necessari, ognuna ha anche un responsabile della sicurezza e un piano per evitare il diffondersi di malattie infettive. Lo ribadisco, le strutture sono private, indipendenti, ci sono delle rette che non vengono incassate dalla Regione, ma comunque le sosterranno» (Corriere della Sera, 9 aprile 2020).

Non è un caso che ancora al 26 marzo l'assessore alle Politiche sociali della Regione Piemonte, Chiara Caucino, potesse lamentare, in seduta di Quarta commissione del Consiglio regionale del Piemonte, la mancanza di coordinamento e informazioni, mancando in unità di crisi personale di riferimento del suo assessorato. Non è la prima, né sarà l'ultima, occasione in cui emerge una difficoltà di coordinamento tra gli assessorati alla sanità e al welfare, che

finisce per ricadere sul delicato comparto socio-sanitario, che per sua natura vive in una terra di mezzo.

In una mail del 30 marzo il dott. Roberto Testi, che presiede il comitato tecnico scientifico dell'Unità di Crisi, scriveva: «**Osservo solo che il concetto di responsabilità diretta sui casi in Rsa, ospedali, aziende e comunità è esattamente quello che sto cercando di evitare con vari provvedimenti dell'Unità di crisi [...]** Non vorrei sembrare antipatico, ma non siamo riusciti a gestire 1.000 quarantene. Non oso pensare che cosa succederebbe prendendo la diretta gestione di circa 40 mila tra ospiti delle strutture socio assistenziali e operatori sanitari». Lo stesso giorno, dall'unità di Crisi, partiva una nota sottoscritta da Vincenzo Coccolo, commissario straordinario per il Coronavirus in Piemonte e Flavio Boraso, coordinatore sanitario dell'Unità per una prima rilevazione del fenomeno Covid all'interno delle Rsa. Solo dal primo aprile vengono individuati in unità di crisi una funzione e personale dedicati alla problematica Rsa.

Dalla definizione della natura giuridica delle Rsa discende quindi un diverso approccio operativo e una diversa accezione delle responsabilità e della loro ripartizione.

Le Rsa non sono semplicemente strutture private. Secondo il decreto legislativo 502/1992 l'autorizzazione alla realizzazione di tali strutture è subordinata alla verifica del «*fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture*».

Il successivo accreditamento dipende dalla capacità del privato di rispondere alla programmazione regionale; devono quindi sussistere «*requisiti di qualificazione*» e «*funzionalità della struttura alla programmazione regionale*». Si tratta di una valutazione discrezionale, che crea un nuovo diritto in capo al privato. L'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992, stabilisce che «*le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e*

degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati». Gli accreditati svolgono infatti la loro attività assoggettati ad un intenso regime di controlli sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, che può anche giungere alla revoca dell'accreditamento.

Solo a seguito di questo possono stipularsi accordi contrattuali, i quali però sono vincolati ai bisogni precedentemente individuati dal pubblico. Al privato resta la facoltà di accettare o meno. In definitiva, come è emerso nelle sedute del gruppo di indagine, in sede di audizione con i gestori e con i parenti dei residenti, le Rsa dipendono dal Servizio sanitario regionale per accreditamento e convenzionamento e sono sottoposte al controllo delle Asl. L'Azienda sanitaria, attraverso il convenzionamento, attribuisce ai servizi delle Rsa la natura di servizi pubblici e li finanzia, delegandone l'organizzazione.

Il soggetto convenzionato acquisisce pertanto il ruolo di concessionario della pubblica amministrazione. Addirittura, l'atto autorizzatorio alla realizzazione, secondo parte della dottrina e al di là dell'aspetto nominalistico, avrebbe anch'esso natura concessoria, essendo comunque subordinato a una verifica di carattere discrezionale. L'Asl definisce gli standard ed esercita funzioni di vigilanza nei confronti dei soggetti privati erogatori.

Nelle Residenze socio-sanitarie sono ricoverati anziani malati, con pluripatologie croniche, dalle quali deriva spesso la non autosufficienza. Le problematiche legate alla gestione delle Rsa sono di diverso ordine, ma è evidente che una pluralità di fattori quali autorizzazione, accreditamento e convenzionamento per una parte dei posti letto, la presenza dei medici di medicina generale, responsabili delle terapie e convenzionati col servizio sanitario nazionale, la dipendenza dai Servizi di igiene e sanità pubblica (Sisp) per l'accesso al tampone, sono tutti elementi che riportano a un coinvolgimento importante della Regione e delle Asl in ordine al coordinamento, al controllo, al supporto di tali strutture.

Infine, è il caso di rilevare che diversi interventi normativi nazionali e regionali hanno posto in capo agli operatori privati obblighi su

cui la pubblica amministrazione è tenuta a vigilare:

1) La Legge 208/2015, all'articolo 1, comma 539, prevede che *«le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario»;*

2) La legge 24/2017, all'articolo 1, stabilisce che *«la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».*

3. Da aprile 2020 i primi interventi della Regione nelle Rsa

Da fine marzo la gravità della situazione impone un cambiamento di approccio al tema Rsa, che si sostanzia a partire dall'individuazione di una precisa responsabilità in unità di crisi a partire dal 1° aprile.

Nei giorni precedenti vengono inviate alle strutture le prime note regionali e viene adottata la prima Delibera di giunta regionale. Con la nota protocollo numero 15343 del 25 marzo 2020 sono state fornite indicazioni operative per le Rsa con riguardo agli ospiti ammessi o riammessi in struttura. Con la nota protocollo numero 15863 del 27 marzo 2020 vengono fornite indicazioni in ordine alla vigilanza sulle strutture residenziali per anziani e disabili, tra cui in particolare la predisposizione di un piano che garantisca l'adeguata allocazione degli ospiti risultati positivi, mediante l'isolamento e l'adozione di tutte le cautele ritenute necessarie per tutelare gli ospiti e il personale; infine la prima delibera di Giunta regionale, la numero 2-1181 del 31 marzo 2020 con cui è stato approvato il Protocollo di Intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento Covid-19 e sono state

fornite indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le Rsa. Il protocollo limita ancora agli operatori le operazioni di screening: *«È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale».*

a) Le forniture di dispositivi di protezione individuale (Dpi).

Il 18 marzo con la nota 14216 il direttore dell'Assessorato alla sanità Fabio Aimar e il commissario Vincenzo Coccolo scrivono ai direttori generali delle Aziende per conoscere numero delle strutture e degli operatori sanitari di ciascuna ai fini di distribuire i Dpi carenti, ma le forniture sono col contagocce e non riescono a soddisfare la domanda. Riferisce al gruppo di indagine Michele Colaci, gestore di Rsa e rappresentante dell'associazione di categoria Confapi Sanità: *«All'epoca, c'era il problema dei Dpi e noi siamo stati lasciati da soli in balia delle onde, perché all'epoca i Dpi non si trovavano».* Le Rsa sono anche destinatarie di un lotto delle mascherine «Miroglio», non adeguate a offrire un sufficiente livello di protezione. Le strutture si trovano a doversi rifornire principalmente in maniera autonoma, cosicché si aprirà, nei mesi a seguire, il tema del ristoro dei maggiori costi sostenuti.

L'11 agosto invece il Dipartimento interaziendale malattie e emergenze infettive (Dirmei) scrive alle Asl piemontesi per invitarle a dotarsi entro il 30 di settembre di scorte da destinare alle Asl di Dpi e ossigeno per almeno sei mesi. Inoltre, *«le commissioni aziendali di vigilanza, a partire dagli accessi effettuati dal primo settembre 2020, dovranno verificare che tutte le strutture residenziali dispongano di scorte adeguate di Dpi per far fronte ad almeno 3 mesi di fabbisogno calcolato sui massimi consumi riscontrati durante la pandemia».* Anaste, associazione nazionale strutture terza età, risponde alla nota del Dirmei: *«L'approvvigionamento di scorte di ossigeno e di farmaci per far fronte ad un eventuale ritorno dell'infezione da Covid 19 all'interno delle nostre Residenze deve essere fatto in collaborazione con i Medici di medicina generale, in quanto ai sensi della vigente delibera di Giunta regionale 45-4248 del 30 luglio 2012,*

tutti i farmaci devono essere forniti dal Servizio sanitario regionale tramite la prescrizione del medico curante dell'anziano ospitato presso le nostre residenze».

Anaste coglie anche *«l'occasione per ribadire alla S.V. che le ns. strutture socio-sanitarie non sono adeguate ad assistere pazienti in fase acuta, per cui in caso di eventuale insorgenza della patologia da Covid 19 fra i ns. ospiti, essi saranno inviati tramite il servizio di emergenza sanitaria del 118 presso strutture sanitarie idonee ad assistere pazienti acuti. Infine, per quanto concerne la fornitura di Dpi per almeno tre mesi, si fa notare che le ns. residenze sono ancora in attesa di ricevere il rimborso da parte della Regione Piemonte dei maggiori oneri sostenuti per l'acquisto dei Dpi utilizzati per la gestione della prima fase della pandemia, mediamente stimati in 5 euro giornalieri a posto letto».*

b) La carenza di Operatori socio-sanitari (Oss) e infermieri

Tra le problematiche sollevate in numerosissime comunicazioni degli enti locali e dei gestori di strutture all'Unità di Crisi e agli assessorati competenti vi è la carenza di personale infermieristico e Oss nelle strutture, a causa del diffondersi del contagio, del reclutamento effettuato dalle strutture pubbliche e dalle maggiori esigenze dei pazienti affetti da Covid19.

La Delibera della Giunta regionale n. 4-1141 del 20 marzo 2020 dal titolo "Indicazioni inerenti la sostituzione del personale nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani, disabili e minori in contesto emergenziale da diffusione covid-19" interviene sulle carenze di personale delle strutture e secondo l'assessore Chiara Caucino (IV commissione del 17 aprile), con *«tale provvedimento, la Giunta ha potuto, al verificarsi dell'emergenza, fronteggiare all'assenza del personale nelle strutture residenziali, semiresidenziali sociosanitarie, socioassistenziali per anziani, disabili e minori procedendo alla sostituzione del personale assente con l'assunzione di 650 dipendenti».* **L'assessore ha così ammesso una evidenza, cioè che si è ricorso a personale non adeguatamente qualificato in supplenza di quello ordinario, mentre la stessa delibera consentirebbe di**

impiegare soltanto «operatori a supporto», ovvero che lavorino sempre in affiancamento a un Oss. La delibera apre il reclutamento a tutti coloro che «- *stiano frequentando un corso Oss; - abbiano conseguito l'attestato di qualifica professionale di assistente familiare; - abbiano svolto, con regolare contratto di lavoro, per almeno 6 mesi, anche non consecutivi, mansioni di assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti o disabili; - a conclusione di un corso di studio di istruzione superiore della durata di 5 anni che si conclude con il rilascio di un diploma di maturità, abbiano conseguito il diploma di Tecnico dei Servizi Socio-Sanitari; - abbiano conseguito la laurea triennale in Educazione Professionale (classe di laurea L/SNT2); - siano in possesso del titolo di infermiere volontario (decreto legislativo n. 66 del 2010, articolo 1729 c.c. e seguenti)*».

L'argomento dell'affiancamento a personale esperto come requisito indispensabile delle assunzioni in ruolo di personale sotto-qualificato ha consentito alla Regione di difendere di fronte alla magistratura amministrativa la delibera 4-1141 del 20 marzo 2020, impugnata da una associazione di categoria di operatori socio-sanitari. La tesi regionale è stata accettata dal Tar Piemonte nell'ordinanza 258/2020 pubblicata il 1° maggio 2020.

L'impegno a sostenere le strutture in carenza di personale è ribadito dalla delibera di Giunta regionale 31 marzo 2020, n. 2-1181 con cui si approva lo schema di Protocollo d'intesa con Unità di Crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento Covid-19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le Rsa.

Il 25 marzo, ad esempio, una nota dell'unità di crisi assegna complessivamente 25 infermieri militari, di cui 3 sull'Asl Torino, alle Rsa in sofferenza. Il 30 marzo Vincenzo Coccolo e Flavio Boraso scrivono ai Direttori delle aziende al fine di acquisire una rilevazione dei fabbisogni di personale nelle strutture residenziali per anziani e disabili, impegnandosi alla ricezione ad inviare ai responsabili di distretto i nominativi di Operatori socio-sanitarie e infermieri in graduatoria, mentre non sono disponibili graduatorie utilizzabili.

Questo primo intervento sembra pagare ben poco: ad esempio il 26 aprile la cooperativa Punto Service scrive all'Asl di Novara e per conoscenza alla Giunta regionale per rifiutare i nuovi inserimenti di pazienti Covid-19 positivi e sollecitando la presa in carico di 25 casi positivi dalle strutture che ha in gestione, dei quali nel frattempo si prenderà cura «*tenendo conto della altissima percentuale di operatori assenti per malattia e della impossibilità di trovare operatori disponibili sul mercato del lavoro. A questo riguardo Vi segnaliamo che **dopo essere rimasti "vittime" di assunzioni di nostri operatori da parte del Servizio sanitario nazionale, abbiamo ricevuto dal Servizio sanitario nazionale stesso scarsi elenchi di operatori (nessun infermiere professionale), tutti già occupati e/o in malattia/quarantena e/o che non si sono in ogni caso resi disponibili, una volta contattati, a lasciare il proprio posto di lavoro***». Il 23 aprile 2020 anche Villa Primule Gestioni scrive all'unità di crisi: «*Vi precisiamo che il personale è decimato da malattie oltreché da una, a nostro parere improvvida, ricerca di personale realizzata dalla Regione Piemonte nei confronti del personale delle nostre Rsa*».

La nota dell'Unità di Crisi protocollo numero 17811 del 7 aprile 2020 avente ad oggetto "Emergenza da Covid-19. Incremento dell'attività assistenziale territoriale/alberghiero e residenziale mediante personale infermieristico" individua la possibilità di inviare task force medico infermieristiche nelle strutture residenziali che ne facciano richiesta scritta, motivata e a fronte di criticità debitamente relazionate. In diversi casi l'invio avviene, con problematiche sollevate dai sindacati rispetto all'invio in orario di lavoro e non in prestazione aggiuntiva, come avviene poi in una seconda fase.

4. Screening e accessi nella prima ondata

Il tema dello screening della popolazione residente in Rsa e del personale impiegato potrebbe apparire slegato rispetto alle disposizioni relative alle limitazioni all'accesso alle strutture, ma finisce per intrecciarvisi strettamente **se si considera l'estrema permeabilità "naturale" di queste strutture (sostituzione di degenti venuti a mancare con nuovi**

ingressi, ndr), cui si aggiunge una movimentazione “artificiale” in entrata di pazienti per scelte della Giunta Regionale.

Bisogna infatti considerare che queste strutture, al di là dei visitatori, conoscono fisiologicamente nuovi inserimenti, per quanto ridotti in quel periodo. Inoltre, esiste un considerevole via-vai di utenti in andata e in ritorno dall'ospedale per delle prestazioni specialistiche, eventualità tutt'altro che infrequente nelle Rsa. Inoltre, tutto il personale (dipendente oppure no, com'è ad esempio per i medici di medicina generale) esaurito il proprio turno di servizio ritorna alle proprie case e alla propria vita privata.

A questo ordinario flusso in entrata e in uscita, che comporta di per sé rischi ingenti di veicolazione del contagio, si aggiunga la scelta relativa all'impiego delle Rsa quali polmone per un sistema ospedaliero vicino al sovraccarico e un sistema di assistenza territoriale idoneo a garantire una risposta adeguata.

Se già la circolare 1997 del 22 gennaio 2020 indicava le persone anziane tra «*le più suscettibili alle forme gravi*», in materia di limitazioni alle visite, l'ordinanza ministeriale 20A01277 del 23 febbraio 2020 stabilisce che le Direzioni sanitarie ospedaliere pubbliche e private convenzionate debbano predisporre la massima limitazione dell'accesso dei semplici visitatori nelle aree di degenza, che le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali di post acuzie, fra cui ad esempio le Rsa, devono limitare l'accesso dei visitatori e degli ospiti.

La circolare ministeriale 5443 del 22 febbraio 2020 prevede inoltre che «i casi confermati di covid19 devono essere ospedalizzati», ma questo in Piemonte, per i pazienti delle Rsa, non avviene. A titolo di esempio, Residenza Riccardo Bauer di Berzonno di Pogno il 23 aprile 2020 scrive alla presidenza della Regione e agli assessorati competenti: «*Ci preme sottolineare, infine, che con riferimento alla circolare Ministero della Sanità n. 0013468-18 del 18/04/2020 la nostra struttura non è in grado di garantire un servizio infermieristico h/24 e pertanto, se continuerete a rifiutare il ricovero dei pazienti acuti, dovremo provvedere a erogare un servizio compatibile con l'attuale stato di necessità*».

Una circolare, la 7865 del 25 marzo 2020

del Ministero della salute, imponeva inoltre uno screening sistematico di tutti gli operatori delle strutture residenziali: «*È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2*».

Il 27 marzo il bollettino regionale riporta che «*l'Unità di Crisi della Regione ha disposto di effettuare il test sierologico a tappeto per tutti i dipendenti e gli ospiti delle oltre 700 case di riposo del Piemonte*» (conteggio nel quale la Regione inserisce le strutture socio-sanitarie e quelle prettamente socio-assistenziali, ndr) e la delibera di Giunta regionale n. 2 -1181 del 31 marzo 2020 impegna la Regione a valutare un «*programma graduale di monitoraggio sierologico*». Di questa campagna non vi è ulteriore traccia, mentre quasi un mese dopo la delibera della Giunta del 21 aprile 2020, n. 1-1253 dispone l'attivazione di un piano di screening tramite test sierologici a favore del personale del Servizio sanitario regionale, dei medici specialisti ambulatoriali, degli operatori del 118 e dei medici convenzionati.

Dalle notizie fornite in commissione e alla stampa è possibile ricavare che nella prima parte di aprile parte una campagna di screening nelle Rsa mediante tampone molecolare. Una campagna che si concluderà soltanto l'8 maggio, raggiungendo 40mila ospiti e dei 13mila dipendenti.

Il 31 marzo l'Unità di crisi scrive alle Rsa per informare della procedura di attivazione delle credenziali necessarie per l'accesso al portale covid Piemonte. **Tuttavia, al 30 aprile, lamenta l'associazione di categoria dei gestori Anaste che le Rsa non sono ancora in grado di accedere all'applicativo per la gestione dei casi Covid, con una media di 6 giorni di attesa per l'esito dall'effettuazione dell'esame.**

Il Ministero della Salute il 3 aprile 2020 emana il documento “Pandemia di Covid-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determi-

nazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio”, dove stabilisce tra le priorità, stante la difficoltà del sistema nell’effettuazione di test diagnostici:

«- operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori), per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l’eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle Rsa e altre strutture residenziali per anziani;

- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per Covid-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;

- primi individui sintomatici all’interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari».

Solamente il 17 aprile l’Istituto superiore di sanità (Iss) produce le “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da Sars-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie”, che fissano «in base alle indicazioni regionali e alla disponibilità, richiedere un tampone ai residenti durante un nuovo ingresso o un trasferimento per dimissioni protette dall’ospedale».

A fronte di queste indicazioni, resta estremamente difficoltoso l’accesso al tampone almeno a tutto il mese di aprile. A titolo di esempio, il verbale dei Nuclei antisofisticazione e sanità - Nas del 13 aprile, in accesso alla Rsa Madama Cristina, di via Madama Cristina 125, riporta ad esempio come la struttura avesse richiesto i tamponi *«per sei ospiti e per tutto il personale*

però l’incaricata dell’Asl ha riferito che i tamponi saranno inviati, ma unicamente per i dipendenti, non essendocene a sufficienza». Inoltre, la richiesta, del 13 aprile, viene evasa solo il 21 aprile. Per questo caso l’ipotesi avanzata dagli esposti in Procura è di epidemia e omicidio colposi.

Agli atti dell’Unità di Crisi, una nota della Rsa Carlo Alberto, gestita dalla cooperativa Il Quadrifoglio, riferisce, dopo primi 8 tamponi a pazienti e 20 a operatori a marzo, di aver potuto contare su uno screening completo dei dipendenti soltanto al 17 aprile e solo nell’ultima settimana di aprile per gli ospiti. Nel sollecito inviato per lo screening degli ospiti, si legge: *«I pochi tamponi effettuati alla data odierna (23 aprile), tutti successivi alla data del 12 marzo, si sono di fatto caratterizzati come segue:*

- somministrazione operata solo presso alcuni presidi ed a seguito di comparsa sintomatologica o di ricovero, pertanto, con prevedibile contagio ormai diffuso ormai già intervenuto [...],

- somministrazione operata per lo più in forma parziale e non sistemica [...], in alcuni casi, addirittura, comunicazione ritardata di positività al tampone rispetto ad ospiti inviati in Rsa dalle strutture ospedaliere» (sic!).

5. La delibera di Giunta n. 14-1150/2020

Nella migliore delle ipotesi, la macchina regionale registra con ritardo quello che sta capitando a marzo e aprile 2020 nelle Rsa: ci sarebbe da chiedersi quale sia stata l’attività svolta dalle commissioni di vigilanza in quei mesi terribili del 2020.

Una scarsa consapevolezza e una mancanza di controlli in cui si inserisce la delibera della Giunta regionale n. 14-1150/2020 e le sue controverse vicende. Il provvedimento, adottato in giunta il 21 marzo, viene anticipato in consultazione a diversi soggetti. Prevedeva la facoltà di trasferire pazienti covid positivi dagli ospedali verso le Rsa. **Solo nella versione ufficialmente pubblicata sul Bollettino regionale, il 10 aprile, il testo della delibera specificava che i pazienti dovevano avere «bisogni sanitari compatibili con l’assistenza in Rsa»** e che si prescriveva la «netta separazione degli spazi, percorsi e personale dedicati».

Tuttavia è nelle quasi tre settimane che intercorrono tra l'adozione da parte della Giunta e la pubblicazione (di un testo diverso da quello uscito dalla Giunta stessa) che accadono gli eventi più significativi di questa vicenda.

Già il 24 marzo, con la nota 15121 il responsabile del coordinamento sanitario Boraso e il commissario dell'unità di crisi si affrettavano a richiedere ai direttori generali e sanitari delle aziende di indicare strutture residenziali con disponibilità di posti per pazienti «dimissibili». La nota specifica la necessità di ospitarne almeno 10 – 15 per volta, in «*strutture o parti di strutture da un lato non in contiguità con altre ospitanti al momento pazienti non covid e dall'altro potendo garantire già una strutturata e solida capacità gestionale*».

La nota 18735, del 14 aprile, a seguito della pubblicazione della delibera nella sua versione definitiva distingue due casistiche: «*Rsa non ancora attive, e quindi vuote*» e «*Rsa già funzionanti e che intendano candidarsi ad ospitare solo pazienti covid, mediante inserimento di pazienti covid positivi insieme a pazienti tutti covid positivi*». Nel secondo caso, si ha cura di specificare che l'area dedicata ai pazienti covid «*deve essere completamente isolata dal resto della struttura e dotata di accessi, percorsi dedicati e personale separato*». Viene inoltre specificato che i nuovi inserimenti o dimissioni da ospedale verso Rsa, per pazienti non covid, devono essere fortemente limitati e comunque devono passare attraverso un tampone negativo e 14 giorni di isolamento.

Una gestione della comunicazione almeno confusionaria di cui nessuno vuole assumersi la paternità: nella quarta commissione del 17 aprile «l'Assessore Caucino precisa che lei può rispondere delle delibere da lei sottoscritte e che questa attiene alla competenza dell'Assessore alla sanità Icardi».

Ciononostante, dopo la delibera regionale 14-1150/2020, il 24 aprile l'Asl To 4 pubblica un avviso per disponibilità «*a ricoverare presso le vostre Rsa pazienti covid positivi*» e le Asl trasmettono il giorno stesso l'avviso pubblico ai direttori delle Rsa del loro territorio (nota 23467 dell'Asl di Novara, nota 26381 dell'Asl Cn2, nota 40394 Asl To4).

Pochi giorni dopo, il 29 aprile, l'unità di crisi

si affretta a chiedere all'Asl di rettificare l'avviso, dovendosi esplicitare la richiesta di «*nuclei vuoti, immediatamente disponibili, con percorsi e personale dedicati*».

Il 27 aprile l'Associazione di categoria dei gestori, Anaste, replica preoccupata alle richieste pressanti di ricovero che provengono dalle Asl: «*La fascia assistenziale alta incrementata da voi richiamata prevede parametri assistenziali non adeguati per un paziente ad alto bisogno di assistenza sanitaria*» (46 minuti al giorno tra infermiere e fisioterapista), inoltre «*vi sollecitiamo a non ridurre la disponibilità di posti letto all'interno dei reparti ospedalieri piemontesi dedicati ai pazienti affetti dal Covid-19, in quanto all'interno delle Rsa piemontesi sono presenti 4000 ospiti risultati positivi, che devono essere presi in carico dal Servizio sanitario regionale per assicurare loro le cure sanitarie dovute*».

Da fonti giornalistiche, riportate nei lavori del gruppo di indagine, è stato possibile apprendere che la magistratura sta indagando su quanto successo in quelle settimane nelle Rsa Chiabrera e d'Azeglio di Torino, dove il 24 marzo sarebbero arrivati 60 ospiti positivi al Covid-19 dagli ospedali Martini, Mauriziano e Molinette, autorizzati senza che la commissione di vigilanza dell'Asl verificasse lo stato dei luoghi di persona, mentre altrettanti pazienti della Chiabrera venivano spostati alla d'Azeglio per fargli spazio, senza verificarne la negatività.

Risultano quindi indagati anche una responsabile della vigilanza sulle Rsa dell'unità di Crisi, che si dimette, e gli 8 commissari che effettuarono 4 sopralluoghi dal 24 marzo al 14 maggio senza prescrizioni significative, mentre non si registravano ingressi e uscite separati, i percorsi erano misti, non c'era attenzione ai dispositivi di protezione individuale.

Mancherebbero inoltre fondamenti giuridici su cui furono autorizzati quei trasferimenti: il richiamato atto ministeriale che autorizzava al trasferimento di pazienti, del 1° marzo, faceva riferimento a «*non affetti*» da covid e a «*strutture private autorizzate all'esercizio di attività sanitaria*». Un'altra nota ministeriale, del 22 gennaio, ammoniva che «*le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi di Coronavirus*».

6. Seconda ondata

Anche nel corso della seconda ondata le strutture residenziali finiscono nuovamente sotto pressione, nonostante i forti limiti ai nuovi inserimenti e agli accessi di familiari non abbiano conosciuto significativi allentamenti durante l'estate. I numeri mostrano tuttavia una situazione più sotto controllo rispetto alla prima ondata.

Il 3 novembre il Dipartimento interaziendale malattie ed emergenze infettive scrive alle Rsa di non trasferire in Pronto soccorso pazienti che non siano in condizioni gravi e questo nonostante i reiterati allarmi del settore sulla difficoltà, per strutture dal carattere assistenziale, di differenziare adeguatamente percorsi e personale.

Il rimbalzo di responsabilità tra Rsa e sistema sanitario sul ricovero dei malati di Covid-19 è una costante. Il tema veniva già sollevato nel corso della prima ondata (come precisava la summenzionata nota di Anaste del 27 aprile indirizzata a Vincenzo Coccolo, commissario straordinario per il Coronavirus in Piemonte). A titolo di ulteriore esempio, nel corso della cabina di regia monitoraggio Rsa della Città metropolitana di Torino del 16 ottobre, Anaste «*chiede ad oggi quante Rsa per pazienti Covid positivi dell'area geriatrica siano stati individuati in tutta la regione e quanti posti letto disponibili ci sono. Perché a noi risulta, come associazione di categoria, che non superano i 200 posti su un totale dei 26.000 autorizzati ed accreditati dalla Regione Piemonte*». Anaste, attraverso il suo Presidente regionale, Michele Assandri, pone la questione più volte nel corso della riunione, senza ricevere risposte.

Esce a metà novembre un nuovo protocollo sulle Rsa, che vieta le visite di parenti (che nei fatti solo pochi direttori sanitari avevano autorizzato) e prevede un tampone negativo, poi 14 giorni di isolamento e nuovamente un tampone negativo per essere riammesso alla vita comune (senza isolamento) nella Rsa dalla quale il malato era stato ricoverato in ospedale oppure in una struttura dedicata esclusivamente ad ospitare anziani positivi al Covid. Lo stesso percorso, per garantire l'assoluta negatività, è richiesto in caso di primo inserimento nella struttura.

Nel mese di novembre aprono finalmente

alcune Rsa vuote destinate a soli malati Covid: a Torino e in provincia tra le altre la Rsa di via Botticelli a Torino, la Debouchè di Nichelino, la Piccola Mole di Torino e altre ancora.

Una circolare del Dirmei, firmata dai medici Manno e Dassio, del 13 novembre, impedisce l'ingresso di nuovi ospiti in Rsa qualora ci sia un positivo al Covid. Praticamente sono impediti nuovi ingressi ovunque e i soggetti gestori reagiscono con durezza.

I direttori delle Rsa, una novantina, il 30 novembre, scrivono al Presidente della Regione Alberto Cirio e alle Asl, segnalando:

1. Mancanza il personale sanitario e sociosanitario;
2. Inadeguata quantificazione dei parametri assistenziali;
3. Insufficiente osservazione clinica dei Medici di Medicina generale dei pazienti;
4. Mancanza degli inserimenti e calo dei ricavi del 20%.

Inoltre, in più occasioni si lamenta il mancato intervento all'interno delle Rsa delle Usca, le Unità speciali di continuità assistenziale.

Intanto, interviene una parziale retromarcia della Regione, che aveva precedentemente impedito nuovi ingressi in caso di presenza di un positivo in struttura, mentre ora indica la responsabilità ultima decidente in capo al direttore sanitario.

Un provvedimento del 30 novembre 2020 dalle Direzioni della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute consente in occasione delle festività natalizie, l'ingresso nelle Rsa ai parenti e la Regione annuncia l'intenzione di mettere a disposizione il tampone rapido per i visitatori.

Altri interventi significativi della Regione nel corso della seconda ondata:

a) i medici a disposizione per chi è privo di direttore sanitario (che non ha competenza di cura sugli utenti, ma solo di organizzazione della struttura e che non è previsto nelle strutture sotto i 40 posti letto). I degenti continuano invece ad avere il loro medico di medicina generale, spesso diverso tra i pazienti e, durante la pandemia, con evidenti difficoltà di presenza, più volte segnalate dalle associazioni dei familiari; per tutto quello che invece riguarda l'apporto specialistico, questo viene reperito

fuori dalla struttura, movimentando i malati fuori dalla struttura.

Nel corso della seconda ondata, per ovviare almeno in parte a queste esigenze, la Regione ha annunciato la messa a disposizione personale medico perché svolgesse la funzione di direttore sanitario.

b) Fornitura di tamponi rapidi

Nel corso della seconda ondata sono stati forniti 700.000 tamponi rapidi alle Rsa per effettuare uno screening ogni 15 giorni (la prima partita da 70.000 è stata consegnata il 26 ottobre, le altre sempre da 70.000 lo sono state il 9 novembre, 23 novembre, 7 dicembre, 21 dicembre, 4 gennaio, 18 gennaio, 1° febbraio, 15 febbraio, 1° marzo); 15.000 nelle residenze per disabili, 12.500 nelle residenze per minori, 20.000 nelle residenze psichiatriche, 5.000 nelle residenze per persone affette da dipendenza.

c) Osservatorio: con la delibera di Giunta regionale del 7 agosto 2020, n. 38-1858 la Regione ha istituito in via permanente un Osservatorio regionale sulle Rsa, articolato in tavoli provinciali.

7. I numeri del contagio nelle Rsa

Nel corso della quarta commissione del 6 aprile 2020 viene riferito che relativamente ai tamponi effettuati all'interno delle diverse Rsa, su 3000 effettuati, circa 1300 hanno dato un esito positivo al coronavirus. I tamponi effettuati complessivamente in Piemonte sono stati circa 40.000, di cui 3000 appunto all'interno delle Rsa.

Al 17 aprile 2020, in commissione sanità, il dottor Edoardo Tegani, direttore sanitario dell'Asl Città di Torino, riferisce che non tutti i pazienti deceduti nelle Rsa hanno effettuato il tampone e che nel primo trimestre 2020 sono stati registrati 388 decessi in più rispetto al primo trimestre dello scorso anno una differenza, precisa, non eclatante e in misura percentuale inferiore al 20%.

A partire dal 22 giugno i dati delle Rsa vengono monitorati con una piattaforma predisposta dal Csi Piemonte e si abbandona l'invio settimanale di fogli excel. Con l'ordinanza del 3 ottobre diventa un obbligo per le strutture caricare i propri dati in piattaforma e questo porta

ad un incremento notevole delle strutture adempienti. A fine 2020 si è raggiunto circa l'80% delle strutture con l'applicativo.

8. Sostenibilità economica e organizzativa

L'epidemia ha duramente messo alla prova anche la sostenibilità del sistema delle Rsa. Durante tutto l'arco dell'epidemia, infatti, sono progressivamente venuti meno i nuovi inserimenti, sia in regime di convenzione, sia in regime privatistico. Contemporaneamente, una elevata mortalità colpiva la popolazione residente.

Si consideri che il Piemonte, a partire dal 2014, ha eliminato il vincolo della delibera di Giunta regionale n. 85 del 2013, per cui i risparmi del settore socio-sanitario residenziale geriatrico non hanno più vincolo di destinazione ma finiscono nel fondo indistinto delle Asl. In questo modo si sono ridotte nell'anno in corso le risorse destinate ai posti letto convenzionati, producendo risparmi per milioni di euro per il sistema Piemonte e allungandosi le liste d'attesa.

Alcuni dati d'insieme:

- Gli anziani malati cronici non autosufficienti in attesa di un posto residenziale in convenzione in Rsa erano al 31 dicembre 2017, 10.389 persone; al 31 dicembre 2018, 10.769 persone; al 31 dicembre 2019, 11.105 persone (interrogazioni n. 216 e 218) [Circa 15mila hanno invece richiesto alle Asl prestazioni socio-sanitarie domiciliari, che sono state negate, ndr].

- La spesa del Servizio sanitario regionale per la compartecipazione alle rette di ricovero in Rsa era di 244 milioni e 895.983 euro nel 2017, 249 milioni 402.754 nel 2018 e 249 milioni 370.350 nel 2019, partendo da una spesa storica di 265 milioni indicata dai gestori delle Rsa al gruppo di indagine.

- I posti letto accreditati in Piemonte erano 29.595 al 31.12.2019. Di questi, circa 2000 sono dedicati a ricoveri di sollievo o di continuità terapeutica limitata nel tempo;

- Tutto il sistema residenziale (compreso quello socio-assistenziale) conta circa 45.000 posti letto e 780 strutture.

- Si stima che con 265 milioni di euro si potrebbero convenzionare all'incirca 16.500

posti letto nelle residenze socio-sanitarie; nel 2020 la spesa per le convenzioni è stata circa di 220 milioni.

Con queste premesse, è possibile dedurre che i posti letto convenzionati siano passati dai 15.500 circa che si sono coperti negli ultimi anni a circa 13.700 del 2020.

Analoga riduzione, per ritiri e decessi, dovrebbe aver interessato anche gli inserimenti in regime privato.

Il risparmio prodotto è stato utilizzato per sostenere (vedi infra) ristoranti e integrazioni per i posti convenzionati.

Altre regioni invece hanno reagito rendendo ancora più rigido il vincolo per tutelare le strutture: non riuscendo a garantire i nuovi inserimenti in sostituzione dei decessi, hanno adottato il pagamento «vuoto per pieno».

Politiche più espansive sono inoltre state adottate nelle altre regioni in materia di dispositivi di protezione individuale. Le associazioni dei gestori – in audizione in commissione di indagine – hanno indicato in audizione una media di 26 euro a paziente convenzionato e 15 euro a paziente privato, di contributo regionale per l'acquisto di tali dispositivi, mentre in Piemonte *«l'Assessorato alla Sanità della Regione ha stanziato 13 milioni di euro che verranno erogati sulla base dei costi sostenuti durante la pandemia e consentire ai vari enti mantenere l'equilibrio economico-finanziario»*, dichiara l'assessore Icardi.

Si tratta della delibera di Giunta regionale 1-2252 del 10 novembre e della rettifica 3-2433 del 1 dicembre 2020, che, oltre al resto, include altri soggetti (Ipab, Enti Morali, Enti pubblici e consorzi) e sposta al 20 dicembre il termine per la rendicontazione delle spese.

Una differenza davvero significativa che sarà in parte colmata dal disegno di legge 128 «Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche», adottato dalla Giunta Regionale il 23 dicembre 2020. Il disegno di legge prevede risorse importanti a favore del sistema Rsa per ristorarle dai maggiori oneri legati alla pandemia Covid-19.

L'integrazione tariffaria prevista vale 2,65

euro a giornata per le strutture per anziani; 1,5 per le strutture per persone con disabilità, con patologie psichiatriche o per i minori; 1,20 per le strutture per persone affette da tossicodipendenza, impegnando in tutto oltre 40 milioni di euro. Trenta dei quali arrivano dal Servizio sanitario regionale, 6,3 milioni vengono indicati come ricavati dai rimborsi della nuova legge regionale sulle concessioni idroelettriche, 2 milioni dal fondo sull'edilizia sociale e 1,8 milioni dal fondo premi di risultato dei dirigenti della Regione. Il provvedimento diventa legge il 20 gennaio 2020.

Peraltra resta aperto un dubbio importante sulla copertura dei 4,2 milioni di euro (6,3 nel disegno di legge originale) derivanti dalla conversione monetaria della cessione di energia elettrica gratuita alla Regione da parte dei concessionari. Se è vero, infatti, che la norma cui fa riferimento il finanziamento (articolo 17 della legge regionale 31 marzo 2020, n. 7) non è stata impugnata dal Governo, resta un fatto la volontà politica nazionale di riappropriarsi della competenza, esplicitata anche dall'impugnativa della legge regionale 26 del 29 ottobre 2020 "Assegnazione delle grandi derivazioni ad uso idroelettrico". Non è un caso che martedì 29 dicembre, in Consiglio Regionale, l'assessore Marnati riferisca dell'intendimento di alcuni player del settore di resistere al pagamento per vie legali.

Allo stesso modo sussistono **dubbi di legittimità sulle risorse del Servizio sanitario destinate ai ristoranti**, in quanto **attinte dal capitolo finanziamento Lea per le quote sanitarie**, che sono state anche oggetto di un esposto alla Corte dei Conti da parte della Fondazione Promozione Sociale.

In particolare, la legge prevede che agli oneri finanziari derivanti dall'articolo 2 (vale a dire l'integrazione tariffaria per i maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2 sostenuti dalle strutture contrattualizzate e convenzionate di tipo sanitario e socio-sanitario, con riguardo alle prestazioni acquistate nel periodo intercorrente dal 21 febbraio 2020 al 30 giugno), quantificati in euro 30 milioni, si provveda con risorse a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale, di cui alla missione 13 (Tutela della salute), programma 13.01 (Servizio sanitario regionale -

finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA), titolo 1 (Spese correnti).

La Dgr 13-2888 del 19 febbraio 2021, provvedimento attuativo della Legge regionale, all'Allegato 1, punto 3, considera «*ammissibili a rendicontazione le spese relative: a) alla sanificazione degli ambienti (ad esempio, detergenti e soluzioni disinfettanti/antisettici e servizi di sanificazione); b) all'acquisto di dispositivi di protezione individuale; c) alle maggiori spese per il personale assunto nei periodi di cui al successivo punto 4; d) allo smaltimento dei rifiuti speciali; e) a specifici investimenti per la messa in sicurezza degli ospiti e degli operatori (ad esempio, costi strutturali e logistici per l'isolamento degli ospiti positivi e la definizione di percorsi separati; f) a specifici investimenti volti a migliorare la qualità dell'assistenza con interventi finalizzati a garantire il benessere psicofisico degli ospiti nel contesto emergenziale (ad esempio, costi per l'acquisto di dispositivi medici, per la gestione delle comunicazioni con le famiglie degli ospiti anche attraverso sistemi di video chiamata o per garantire modalità di accesso sicure dei famigliari in visita agli ospiti della struttura)*».

Si tratta dunque di prestazioni non rientranti nelle prestazioni Lea – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie – così come definite dal Dpcm 12 gennaio 2017 e pertanto si andrebbe a configurare una spesa con fondi Lea che sfuggirebbero così alla perimetrazione delle spese sanitarie obbligatorie.

La Corte dei Conti non risulta si sia ancora espressa sul punto, ma all'inaugurazione dell'anno giudiziario il procuratore generale della magistratura contabile ha indicato in «numerosi» i fascicoli aperti relativi ai decessi nelle Rsa e alle spese della pubblica amministrazione connesse all'emergenza.

(...) I gestori delle strutture segnalano al gruppo di indagine regionale come la generale penuria di personale qualificato per affrontare l'emergenza, in particolare operatori socio-sanitari e infermieri, ha finito per scaricarsi con maggior intensità proprio sulle strutture private, in grado di offrire contratti e garanzia meno concorrenziali sul mercato del lavoro. **In questo senso, a poco sono servite le azioni di compensazione attuate dalle Asl, che hanno**

nesso a disposizione limitate risorse di personale per supplire alle carenze di personale delle strutture che spesso esse stesse avevano contribuito a creare.

Peraltro, circa le modalità, non sono mancate in audizione le rimostranze anche da parte dei lavoratori. Infatti nel corso del gruppo di indagine del 16 novembre il Segretario regionale della Funzione pubblica Cisl, Alessandro Bertaina, lamenta che «*i dipendenti delle Asl [...] vengono mandati a coprire non solo prestazioni di carattere Usca, ma pure turnazioni intere anche di 12 ore, perché in diverse situazioni non esiste più un operatore in Rsa. La stessa cosa che è successa nella prima ondata, con la differenza che, durante la prima ondata, il dipendente veniva mandato quasi esclusivamente in orario di servizio; tra l'altro, atto illegale e giuridicamente non corretto, di natura anche penale, perché un dipendente pubblico non può sostituire intere turnazioni in un contesto privato, tant'è vero che sono partite diverse segnalazioni alla Procura, molte delle quali sono al vaglio. Sulla seconda ondata, nell'urgenza, grazie alle Organizzazioni sindacali qui presenti, sono state fatte molte pressioni e si è riusciti a ottenere che il dipendente pubblico viene comunque mandato a coprire queste turnazioni, però per fortuna viene mandato a coprirle in prestazioni aggiuntive. Che cosa significa? Viene mandato a coprirle al di fuori del proprio orario di lavoro: si creano delle convenzioni con le Rsa, che hanno un prezzo economico di tariffa oraria che si aggira attorno ai 30-35 euro, dove sostanzialmente almeno si recupera l'inghippo che il privato in questione pagherà l'Asl, che pagherà i dipendenti*».

In ultimo, in sede di audizione delle associazioni dei gestori, è stata sollevata la problematica dell'indisponibilità o del prezzo elevato degli strumenti assicurativi dedicati al comparto.

9. Conclusioni

In conclusione, dalle risultanze del gruppo di lavoro e di indagine sulla gestione del Covid-19 da parte della Regione Piemonte in particolare per quanto riguarda le strutture Rsa, è possibile osservare che:

1. Per i primi due mesi almeno di epidemia **il tema Rsa è stato deliberatamente ignorato e**

poi accantonato, sulla scorta di una errata convinzione sull'isolamento delle strutture e di interpretazione sbagliata della natura giuridica delle stesse. Una mancanza grave, che ha portato a terribili conseguenze, e che non può comunque giustificarsi. Infatti, indipendentemente dalla natura giuridica delle strutture, la fragilità particolare dei cittadini lì ricoverati imponeva in ogni caso alla Regione di intervenire con tempestività in ordine alle sue funzioni di tutela della salute pubblica.

2. Non è possibile, per le Rsa, separare con efficacia spazi (buona parte delle camere sono pensate per ospitare due persone), percorsi e personale (che inevitabilmente deve turnare, entrando e uscendo dalla struttura) e garantire quindi il contenimento del contagio interno qualora si presentassero casi di positività, ancorché asintomatici. È necessario, in vista di esigenze future, individuare strutture in grado di accogliere, temporaneamente, gli utenti delle Rsa che risultassero positivi.

3. Non è possibile utilizzare le Rsa con posti vuoti per scaricare le tensioni del sistema ospedaliero. È possibile solo nel caso si ricorra a strutture vuote e autonome da altre, nei percorsi, nelle attrezzature e nel personale.

4. Stante la velocità con cui si propaga il contagio e l'importante numero di chi sviluppa la malattia in maniera asintomatica o paucisintomatica, facilmente confondibile con altre patologie influenzali più comuni, **è necessario provvedere a screening periodici almeno bisettimanali**, anche ricorrendo a strumenti semplificati, quali il tampone cosiddetto «rapido» o il test sierologico. La normativa e l'attività di vigilanza conseguente deve individuare anche standard di scorte di dispositivi di protezione individuale per le strutture.

5. Al fine di evitare il continuo spostamento verso l'ospedale degli utenti delle strutture, con grave stress degli stessi e notevoli rischi di contagio, **è tempo di rivedere l'organizzazione di queste strutture perché l'assistenza medica venga riorganizzata in forma di equipe multidisciplinare**, coinvolgendo gli specialisti necessari ad affrontare le patologie tipiche e frequenti di una popolazione tanto fragile, anche ripensando all'attuale modello che consente all'ospite di scegliere il proprio medico di

medicina di generale. Si potrebbe consentire al direttore sanitario di assumere in carico gli ospiti della Rsa e istituire un medico responsabile di struttura.

Inoltre, per quanto concerne l'aspetto sanitario, è anche il caso di sottolineare che le Rsa con meno di 40 infermi non hanno l'obbligo della sua presenza (circa 340 strutture in Piemonte hanno il direttore sanitario, su un totale di strutture residenziali, comprese le socio-assistenziali, di circa 800), mentre per quanto concerne le strutture più complesse vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale, sovrintendendo più Rsa. E che infine i medici delle Rsa intervengono a livello individuale nei confronti dei degenti che hanno in carico e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario.

In questo quadro, sarebbe quindi interessante, piuttosto che definire standard sulla presenza del direttore o sul minutaggio di certe figure, introdurre indicatori di risultato (quanti ricoveri e di che tipo, quanti invii inappropriati, etc...) cui collegare un sistema di premialità.

6. Stanti i rischi e i costi dei ricoveri in Rsa, nonché alcuni limiti intrinseci e insuperabili di questo tipo di strutture, **è indispensabile sviluppare il sostegno all'assistenza domiciliare.** L'Adi (l'Assistenza domiciliare integrata) dovrebbe essere ricompresa in un unico servizio domiciliare del Servizio sanitario nel quale far confluire l'ospedalizzazione a domicilio, le prestazioni sanitarie dell'Adi, e le prestazioni domiciliari di cui necessitano 24 ore su 24 i malati non autosufficienti, con l'erogazione di un contributo economico, anche forfettario, dell'Asl. Il Piemonte è già dotato di una legge avanzatissima sul tema, la legge regionale 10 del 2010, di cui manca l'approvazione del regolamento attuativo, in modo da garantire in tutto il Piemonte il diritto all'accesso a questi sostegni.

7. Nella Relazione 2020 del Difensore civico, si dava conto di «*narrative dei cittadini pervenute a questo Ufficio nel periodo della fase più acuta della pandemia: alcune di esse volte a sostenere la inaccettabilità dei provvedimenti governativi limitativi della libertà di visita ai parenti, altre, più ponderate e condivisibili, che evidenziavano come, dall'applicazione delle rigorose regole adottate con i Dpcm, fosse con-*

seguito, in non pochi casi, un evidente peggioramento della condizione di salute psicofisica dei propri cari».

La normativa nazionale e regionale ha individuato, per quello che riguardava la regolamentazione degli ingressi dei familiari, una responsabilità finale in capo al direttore sanitario di struttura che, in molti casi, ha preferito sospendere questa possibilità. Diverse strutture non hanno riaperto a questa possibilità neanche nel periodo estivo. Si pone dunque il tema di garantire ai familiari la possibilità di accedere alle strutture per permettere di mantenere un legame coi propri familiari – che non sono dei reclusi – e d'altro canto di attendere a funzioni di cura integrativa e di controllo. Se le restrizioni legate all'epidemia dovessero protrarsi ancora, **bisognerebbe aprire, ai familiari interessati, percorsi di formazione per dotarli di quelle competenze necessarie ad accedere alle strutture in sicurezza**, garantendo contestualmente gli strumenti di screening e protezione individuali. Per alcune situazioni familiari infatti, la presenza costante e continuativa di un familiare di riferimento acquista un rilievo paragonabile a quello del personale di cura.

8. È necessario al più presto un intervento organico e complessivo, da concertare con le associazioni categoria e le associazioni degli

utenti, **sul budget da garantire per gli inserimenti in struttura e lo scorrimento delle liste d'attesa, sull'adeguamento delle tariffe e le quote di compartecipazione** e sui ristori per le maggiori spese legate al periodo emergenziale, che possa garantire la sostenibilità dei servizi negli anni a venire. In questo quadro, non è secondario un confronto Stato – Regioni per la profonda revisione delle cure nelle Rsa, non solo per l'aumento della percentuale di oneri a carico della sanità per il ricovero del paziente (che dovrebbe essere almeno del 70%), ma per la piena appartenenza delle Rsa alla filiera del percorso di continuità terapeutica sanitaria.

9. Al tempo stesso sarebbe necessaria l'apertura di un tavolo per la radicale revisione delle delibere sulla **presa in carico dei malati cronici non autosufficienti**, revisionando i criteri selettivi introdotti dalle delibere di Giunta regionale approvate in vigore del piano di rientro, limitanti gli ingressi in convenzione. La pandemia ha dimostrato – se mai ve ne fosse bisogno – che le gravi patologie e le loro complicanze, anche fatali, in Rsa non guardano alla condizione sociale o socio-economica, ma alla condizione clinica degli utenti, sola condizione che sarebbe da tenere presente per la predisposizione delle opportune prestazioni a loro favore.

APPLICARE L'ISEE SENZA CEDERE ALLE IRREGOLARITÀ DEI COMUNI. APPUNTI PER RESISTERE AD UNA «RIFORMA» A SFAVORE DEGLI UTENTI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE LORO FAMIGLIE

Il 10 giugno il sito welforum.it ha pubblicato un articolo di Maurizio Motta e Franco Pesaresi dal titolo "Che cosa non va nell'Isee e cosa migliorare" che contiene alcune analisi critiche in merito all'Isee, l'Indicatore della situazione economica equivalente, e un analitico documento dal titolo "Per una Riforma dell'Isee - Proposte per il miglioramento dell'Isee". Le proposte di riforma (di una, come vedremo, inapplicata normativa entrata in vigore nel 2014) si configurano come un vero e proprio attacco diretto alle categorie deboli: persone con disabilità intellettiva grave e malati cronici non autosufficienti.

Gli aspetti critici della normativa

Gli autori sostengono, in sintesi, che le criticità dell'Isee riguarderebbero in primo luogo il fatto che per il modo in cui è costruito questo strumento, fotograferebbe una situazione economica vecchia, che non rappresenta la corretta situazione socio-economica dei richiedenti al momento del suo utilizzo. Ad esempio, i dati sui redditi dichiarati al fine della valutazione Isee si riferiscono anche a due anni prima della dichiarazione e si riferiscono al valore lordo del reddito, quindi non al valore economico realmente disponibile, bensì a quello ancora da alleggerire delle ritenute fiscali.

Neppure il rimedio a questa situazione attraverso la possibilità di calcolare un Isee «corrente» (che prevede di aggiornare l'Isee qualora i redditi del nucleo familiare subiscano una variazione significativa, per esempio a seguito di cessazione di un rapporto di lavoro), secondo gli autori risolverebbe il problema per intero.

Anche i patrimoni mobiliari e immobiliari considerati per l'Isee, scrivono, sono vecchi (in genere anch'essi contemplano la situazione di due anni prima) e l'applicazione delle franchigie non sarebbe appropriata al reale valore dei beni.

Gli appunti di Motta e Pesaresi prendono poi in esame la "scala di equivalenza" - quel valore a denominatore su cui si divide l'Isee (con una

sola "e"), l'indicatore della situazione economica dalla cui risultante deriva il valore finale dell'Isee. Il valore, secondo gli autori sarebbe calcolato su stime vecchie di 30 anni, non più rappresentative dei valori e delle economie di scala oggi realizzabili all'interno di un nucleo familiare.

Il riconoscimento della «estraneità affettiva ed economica» dei figli dal richiedente (che permette di non considerare la loro condizione economica nella valutazione) sarebbe poi svolta secondo gli autori in maniera difforme sul territorio nazionale.

Diritto esigibile ignorato

Fin qui gli aspetti critici dell'Isee, non gli unici come segnalato a più riprese su questa rivista (1), messi in evidenza dagli autori. Che poi cadono però sul punto più importante: l'illegittimità dell'utilizzo dell'Isee per disciplinare l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Motta e Pesaresi prendono infatti in esame la ricaduta - che loro inquadrano solamente come negativa, mentre è ben di più, essendo illecita - dell'utilizzo dell'Isee da parte delle Istituzioni per permettere o meno l'accesso alle prestazioni di Livello essenziale, per esempio un posto convenzionato in Rsa, Residenza sanitaria assistenziale, o l'inserimento di una persona con grave disabilità in un Centro Diurno, o in una struttura residenziale, preferibilmente una comunità alloggio di tipo familiare con non più di 8 posti e inserita nel contesto abitativo del luogo di residenza dell'utente.

La dinamica è nota. L'ultima volta ne abbiamo

(1) A. Ciattaglia, Il nuovo Isee: cosa cambia per le persone non autosufficienti che ricevono prestazioni socio-sanitarie, *Prospettive assistenziali*, *Prospettive assistenziali*, 185, 2014. Articoli sulle bozze del nuovo Isee sono stati pubblicati su questa rivista nei numeri 179, 2012, "Presentato al Sottosegretario al welfare un documento del Csa sull'Isee", 181, 2012, "Molto negative per le persone non autosufficienti le proposte del nuovo Isee", e 182, 2013, "Ingiuste e ingiustificate disparità di trattamento previste dalla bozza del nuovo Isee".

riferito diffusamente nell'articolo "Tecnici che negano le cure. Unità di valutazione sotto accusa: ecco perché non possono rifiutare le cure sanitarie e socio-sanitarie" pubblicato sul numero 201, 2018 di questa rivista. Le cose non sono cambiate. Allora, mentre fornivamo ai lettori le contromisure per far leva sui loro diritti e ottenere le prestazioni, ricordammo che: *«Le Unità di valutazione (geriatriche, multidisciplinari...) sono diventate strumenti dall'obiettivo palese: anziché impostare un piano di cura, limitare, spesso impedire, l'accesso alle cure degli utenti. Addio alla seria e complessiva valutazione dei casi, che era alla loro genesi. Gli amministratori delle Regioni e delle Asl non hanno alcuna base giuridica per negare o ritardare le indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei malati non autosufficienti, così usano le commissioni tecniche per "sdoganare" la negazione del diritto alla cura. Sono migliaia i professionisti inseriti in questa dinamica, che contrasta non solo con le leggi in vigore, ma anche con i loro codici deontologici».*

L'esclusione dei malati e delle persone con grave disabilità non autosufficienti avviene proprio per mezzo della valutazione socio-economica degli utenti, senza considerare però che questo utilizzo dell'Isee è illegittimo: le prestazioni di livello essenziale finalizzate alla tutela della salute, in base alle leggi vigenti (gli articoli 1 e 2 legge 833/1978) non possono essere negate per condizioni individuali e sociali dei richiedenti e per motivazioni di tipo economico! Persino la seppur negativa sentenza n. 1858/2019 del Consiglio di Stato relativa alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari ha previsto che non può essere condivisa *«la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche, ndr] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari».*

Considerazioni e proposte

Il punto di caduta del ragionamento degli autori è chiaro: non sono sufficienti piccoli correttivi dell'Isee, la misura va riformulata in toto. È curioso il fatto che gli autori non dedichino alcuno spazio ad approfondire l'altra – a nostro parere più logica – opzione: che l'Isee si appli-

chi nella maniera corretta, cioè senza farne lo strumento di selezione degli utenti rispetto a bisogni indifferibili e diritti individuali, applicando con rigore la legge senza lasciare «campo libero» a migliaia di Comuni italiani nella arbitraria definizione di regolamenti ancor più draconiani dell'Isee, che impongono (e non è giusto, perché la norma lo vieta espressamente) condizioni di valutazione socio-economica più sfavorevoli per l'utente di quelle dell'Isee stesso.

Va inoltre sottolineato che l'Isee può essere richiesto per la valutazione dell'importo della compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie, ma anche per le agevolazioni fiscali ed economiche familiari, per la casa, per le utenze, per l'Università, per la mensa scolastica, ecc. Occorrerebbe pertanto valutare le proposte degli autori alla luce dei vari ambiti distinti di applicazione dell'Isee.

Proviamo a sviluppare alcune considerazioni.

1) Le persone con disabilità intellettiva grave, spesso sin dalla nascita, non subiscono nella stragrande maggioranza dei casi le eventuali distorsioni sopra citate dell'Isee. Difatti, in genere non percepiscono reddito e le altre entrate (pensione invalidità e indennità di accompagnamento) sono stabili.

2) Per quanto riguarda il parametro della scala di equivalenza, considerando che il nucleo familiare di riferimento è quello ristretto, ovvero si riduce in genere al solo beneficiario della prestazione, il problema di fatto non si pone né per il numero dei familiari né per l'individuazione di una scala di equivalenza appropriata.

3) Per quanto concerne gli anziani malati cronici non autosufficienti, la situazione è effettivamente diversa da quella di cui al punto 2) poiché nel conteggio che porta al valore Isee è compresa anche una componente aggiuntiva dei figli, ma occorre considerare che con riferimento a redditi e patrimonio, gli anziani si possono generalmente considerare abbastanza stabili, potendo contare in genere su una pensione da lavoro, su eventuale indennità di accompagnamento, nonché su una situazione immobiliare oramai definita.

Il conteggio dell'Isee ha certamente delle storture evidenti, persino discriminatorie e a nostro parere contrarie alla Costituzione (il

caso del conteggio dei figli per i malati anziani è in questo senso evidente), ma comunque appare adeguato almeno nell'intento – purtroppo minato dalla diffusa illegittimità dei regolamenti comunali – di dare un metodo unico di conteggio e di valutazione della condizione socio-economica, omogeneo per tutte le amministrazioni del paese.

Nefasta riforma

In realtà, la conseguenza peggiore per l'utenza sopra rappresentata potrebbe derivare proprio dalla richiesta, promossa dagli Autori, di rivisitazione integrale della normativa Isee, col pericolo che essa possa essere modificata in maniera più sfavorevole rispetto alla situazione attuale, per esempio per quanto concerne a franchigie sul patrimonio, all'inclusione nel conteggio di ulteriori componenti del nucleo familiare, ecc.

Non solo. Visto il contenuto del documento "Proposte per il miglioramento dell'Isee", allegato all'articolo di Motta e Pesaresi, la proposta di riforma dell'Isee appare come una serissima minaccia e viene da chiedersi quale «miglioramento» intendano gli autori, alla luce delle proposte avanzate.

Tra queste: "Maggiori gradi di libertà per gli Enti erogatori" (pag. 12) tra cui non solo «*Poter modificare la franchigia prevista per i patrimoni mobiliari, quando appare troppo elevata*» ma addirittura «*poter includere tra i redditi anche trattamenti assistenziali che oggi sono esclusi, come l'indennità di accompagnamento (...). Nonché i diversi trattamenti per l'invalidità civile*» (2).

In merito alle "Rette delle strutture residenzia-

(2) Va ricordato che il 25 marzo 2014 le associazioni Aps e Utim (aderenti al Csa di Torino) presentarono ricorso al Tar su una serie di illegittimità dell'allora approvato Dpcm 159/2013. La sentenza di merito del Tar del Lazio n. 2458 (analoghe le sentenze 2454 e 2459/2015) dell'11 febbraio 2015 ha ANNULLATO l'articolo 4, comma 2, lettera f) del Dpcm 159/2013, dove era previsto che: «*Il reddito di ciascun componente il nucleo familiare è ottenuto sommando le seguenti componenti...f) trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, incluse carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche, laddove non siano già inclusi nel reddito complessivo di cui alla lettera a)*». Il 29 febbraio 2016 anche il Consiglio di Stato con la sentenza 838/2016 [analoghe le sentenze 841 e 842/2016] ha sostanzialmente confermato le disposizioni della sentenza del Tar del Lazio n. 2458. In estrema sintesi, il giudizio dei Tribunali amministrativi ha confermato che l'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità non devono essere considerate nell'Isee.

li" (pag. 17) gli autori propongono «*di valutare in sede di determinazione delle rette per le strutture residenziali alcuni redditi non fiscalmente rilevanti come l'indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità o anche i contributi economici assistenziali forniti dal Comune*».

A pagina 18 poi, al capitolo 7 "Ridefinire i parenti che partecipano alla spesa" si propone «*che la famiglia dell'assistito, se necessario, partecipasse alle spese per la compartecipazione*» ovvero «*ci deve essere una partecipazione alla spesa nel caso in cui le risorse dell'assistito non siano sufficienti che mantenga il coinvolgimento e la responsabilizzazione della famiglia*». «*Nel caso dell'assistenza residenziale, per esempio la nuova norma dovrebbe stabilire che la compartecipazione alla spesa può essere richiesta solo al coniuge, ai figli e ai genitori (...). Occorre infine dare consequenzialità a quanto già previsto dall'art. 6 del dpcm 159/2013 sulla aggiunta parziale dei redditi dei figli a quello dei genitori prevedendo che questo non serva solo ad aumentare l'Isee dell'anziano accolto in struttura residenziale ma che comporti anche una responsabilizzazione economica dei figli nel versare alle strutture un importo collegato a quanto già stabilito nel citato articolo*».

Proposte vessatorie, alle quali Prospettive assistenziali come voce delle associazioni del Csa - Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base esprime una fortissima opposizione e contrarietà.

Non si tiene conto che i soggetti di cui si parla e che sono costretti, considerate le loro condizioni, a richiedere le prestazioni sociali agevolate, sono persone malate o con disabilità non autosufficienti, il cui diritto alla prestazione sanitaria e socio-sanitaria è assolutamente soggettivo, legato cioè allo stato di malattia o di disabilità, ovvero di salute nel suo complesso, e non deve e non può – in base alle norme vigenti – essere condizionato da alcun altro aspetto.

Con l'introduzione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria) dal 2001 si è purtroppo introdotta una quota forfetaria del costo della prestazione (in genere dal 30 al 60% a seconda dei casi) non più a carico della Sanità ma a carico dell'utente o del

Comune. Ma si parla comunque di “utente” e di nessun altro eventuale componente del nucleo familiare.

Pensare a promuovere nuove norme di legge tali da introdurre la compartecipazione al costo di prestazioni legate alla carenza della salute, da parte dei familiari della persona malata non autosufficiente, va respinta con tutte le forze, in quanto assolutamente immorale ed illegittima.

Qualora si pensasse al fatto che mancano le risorse per assicurare le prestazioni a cui hanno diritto le persone malate e non autosufficienti occorre ricordare che tali prestazioni sono diritti esigibili e che non devono essere condizionati dalle risorse ma viceversa (come ha anche confermato a più riprese, con le recenti sentenze 62 e 157/2020, la Corte costituzionale): sono le risorse che devono essere orientate in funzione dei bisogni.

Altresì è inaccettabile pensare di trovare le risorse fornendo agli Enti gestori la possibilità eventuale di diminuire le franchigie o addirittura di estendere la compartecipazione ai familiari.

Peraltro, questa proposta oscena di modifica

normativa è rivolta contro coloro che chiedono prestazioni socio-sanitarie ovvero, per esempio, persone anziane malate croniche o con grave disabilità, si tratta delle fasce più indifese della popolazione. Perché invece non proporre la compartecipazione dei familiari anche per le prestazioni per gli adulti e le patologie acute? Per i ricoveri in ospedale? Per le operazioni chirurgiche, per i trapianti? Per le cure chemioterapiche?

Non è assolutamente questo a nostro avviso l'orientamento corretto, ma provocatoriamente occorre porsi queste domande per capire la vessazione contenuta nella proposta. Premesso che i Lea per definizione sono il livello essenziale ovvero minimo di prestazioni da garantire e pertanto, come già accennato, devono essere obbligatoriamente destinate alla loro copertura le relative risorse, occorrerebbe attivarsi prioritariamente a eliminare o ridurre il più possibile l'evasione e l'elusione fiscale, gli sprechi e le spese inutili.

Forse per gli Autori è più semplice accanirsi con i più deboli che orientarsi diversamente.

TREMILA PEDOFILI NELLA CHIESA: INCHIESTA CHOC IN FRANCIA

«Migliaia di pedofili operano all'interno della Chiesa cattolica francese dal 1950», lo ha dichiarato a inizio ottobre 2021 il funzionario pubblico Jean-Marc Sauve, ex Presidente del Consiglio di Stato, oggi a capo di una commissione indipendente istituita nel 2018 dalla Chiesa cattolica francese in risposta a una serie di scandali di preti pedofili che hanno scosso la chiesa in Francia. La commissione è composta da 22 professionisti legali, medici, storici, sociologi e teologi, il cui compito è stato quello di indagare sulle accuse di abusi sessuali su minori da parte di chierici che risalgono agli anni '50. Quando ha iniziato il suo lavoro – riportano le agenzie di stampa italiane – la commissione ha richiesto le dichiarazioni dei testimoni e ha istituito una linea telefonica diretta. Nei mesi successivi ha ricevuto migliaia di segnalazioni. L'inchiesta ha scoperto tra 2.900 e 3.200 preti pedofili o altri membri della chiesa, ha detto Sauve, aggiungendo che si tratta di «una stima minima». Il rapporto della commissione ha richiesto due anni e mezzo di ricerche basate sugli archivi della chiesa, dei tribunali e della polizia, così come le interviste con i testimoni.

CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITÀ. DIRITTO ESIGIBILE CHE VA RICHIESTO COME TALE ALLE ISTITUZIONI

La Fondazione promozione sociale onlus/Ets ha ricevuto nel luglio scorso dalla signora Giuliana Nocentini (dell'associazione Agaph, Genitori ed Amici dei Portatori di Handicaps con sede in provincia di Lecco) il seguente quesito: «*Nella nostra zona ci sono tre centri di terapia occupazionale per persone con disabilità grave. Due sono gestiti dall'Unione dei Comuni attivi nel territorio da oltre 30 anni. Uno di un Comune (Bibbiena) che si è distaccato dall'Unione e quindi di recente apertura. In uno dei due centri gestiti dall'Unione dei Comuni ci sono 5 utenti che lo frequentano da sempre, però residenti nel comune di Bibbiena. I cinque utenti non vogliono spostarsi assolutamente nel centro di Bibbiena in quanto è una vita che frequentano il centro dell'Unione con amicizie, punti di riferimento ecc. Dovrebbe valere il diritto di libera scelta come per tutti i cittadini basta che in questo caso il centro scelto sia accreditato dalla regione. Fra l'altro il centro del Comune di Bibbiena non può nemmeno soddisfare i requisiti e parametri che invece hanno già gli altri centri e per assurdo sembra che non abbiano nemmeno i posti sufficienti per inserire altre 5 persone! Purtroppo il Consiglio di Stato non ci ha dato ragione. Le famiglie sono in subbuglio [...]*».

La Fondazione ha chiesto di precisare la tipologia degli utenti e l'invio, oltre alla sentenza già allegata, del test del ricorso. Con comunicazione successiva della signora Nocentini è emersa per tutti la diagnosi di disabilità intellettiva associata ad altre patologie e la connotazione di persone con disabilità in situazione di gravità. Nello specifico: un utente di anni 33 frequenta il Centro da 18 anni; un altro di anni 56, frequenta da 39 anni; un terzo di anni 42 frequenta da 22 anni; il quarto di anni 61 frequenta da 40 anni e l'ultimo di anni 31 frequenta da circa 6 anni (più altre due persone che nel frattempo sono decedute anch'esse frequentanti da oltre 30 anni).

Di seguito riportiamo la nota di valutazione del caso inviata dalla Fondazione promozione sociale onlus/Ets assieme al facsimile di lette-

ra che si consigliava di utilizzare per la richiesta di prestazioni all'Asl (1).

RISPOSTA DELLA FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE ONLUS/ETS

Il ricorso giudiziario presentato dai familiari non è stato purtroppo incentrato sul diritto esigibile alla frequenza dei centri diurni delle persone ultra18enni con disabilità intellettiva riconosciute in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, con percentuale di invalidità del 100% e diritto all'indennità di accompagnamento.

Il diritto è riconosciuto sulla base all'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (2). I Lea sono garantiti ai sensi della

(1) Ricordiamo che sul sito www.fondazionepromozionesociale.it sono presenti altri facsimili utili per richiedere le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali in base alle norme vigenti.

(2) L'articolo 34 "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità" del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 stabilisce quanto segue:

«1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;

b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a presta-

legge 833/1978 e del decreto legislativo 502/1992, dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio e del 29 novembre 2001, resi cogenti dall'articolo 54 della legge 289/2002, aggiornati dal sopraccitato dpcm del 12 gennaio 2017 (G.U. n. 15, 2017).

Occorrerebbe dunque agire sulla base della prioritaria rivendicazione dell'esigibilità del diritto alla continuità terapeutica e nell'ambito del centro attualmente frequentato, avendo presente che in base ai Lea socio sanitari, la risposta deve esser data dal Servizio sanitario, a livello di tutto il Distretto sanitario di riferimento, che ha la responsabilità tecnico istituzionale della prestazione socio sanitaria di cui sopra per le persone con disabilità (cfr. articolo 27, dpcm 12 dicembre 2017).

Contestualmente si richiede di poter «libera-

zioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

4. I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

5. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

mente scegliere» (secondo le indicazioni della relativa legge regionale di riferimento che dovrebbe essere indicata) il centro diurno preferito.

Occorre altresì fare riferimento all'articolo 21 del dpcm 12 dicembre 2017 (Lea) ove al comma 2 è stabilito che l'accesso **unitario** ai servizi deve essere garantito dal Servizio sanitario nazionale assieme alla presa in carico e alla valutazione multidimensionale (3) che dovrà predisporre il Pai - Piano assistenziale individualizzato (4) con «*tutte le componenti dell'offerta assistenziale*»: dunque con l'Asl, il Comune/Unione dei Comuni e con gli utenti e le famiglie, ovvero tenendo conto delle loro esigenze e dei trattamenti «*terapeutico-riabilitativi*» già praticati (da decenni) e dalla necessità di evitare soluzioni di continuità.

La Fondazione promozione sociale rammenta che al Direttore generale dell'Asl spetta il riconoscimento del diritto soggettivo alle prestazioni Lea all'utente beneficiario definite nel nuovo Pai. Pertanto, è lui che si dovrà assumere la responsabilità di una eventuale «deportazione» in un centro diurno comunale diverso da quello scelto dalla famiglia, scelta che andrebbe comunque motivata e che potrebbe venir impugnata, ove ritenuta lesiva della salute degli utenti, che va però argomentata con una relazione medica da parte di uno specialista. Lo stesso potrebbe partecipare anche alla ri-valutazione del Pai presso la relativa Commissione.

Per quanto sopra si è suggerito ai componenti dell'associazione Agaph l'invio tramite lettere raccomandate A/R della richiesta di rivalutazione del Pai e la prosecuzione della frequenza del centro diurno scelto.

(3) «2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza».

(4) « Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato».

Abbiamo confermato che in ogni caso il Comune di Bibbiena ha l'obbligo di integrare la quota alberghiera in quanto la prestazione è un Lea.

Tuttavia, nel caso venga proposta una prestazione analoga, concordata e accreditata con l'Azienda sanitaria territoriale, si potrà contestare solo, come sopra indicato, attraverso la richiesta di rivalutazione della Commissione dell'Azienda stessa, con riferimento al diritto di libera scelta e all'eventuale rischio di problemi di salute per utenti e disagio per i familiari.

TESTO DELLA LETTERA FAC-SIMILE PROPOSTA AI FAMILIARI

Raccomandata A/R

Egr. Direttore generale Asl

Via.....

Città.....

Raccomandata A/R

Egr. Assessore ai Servizi sociali

Comune di

Raccomandata A/R

Eg. Difensore civico della Regione

(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)

e p.c. (lettere con affrancatura ordinaria)

- Assessore alla sanità Regione

- Assessore alle politiche sociali Regione

- Associazione

Il/La sottoscritt... .. nato a

..... il..... residente in

Via

genitore (*oppure* in qualità di tutore/amministratore di sostegno) di

nat... .. a

il,

residente in

persona con disabilità

intellettiva e/o autismo (*indicare eventuali altre*

patologie certificate) con invalidità del

in possesso della certificazione di handicap in

situazione di gravità rilasciata dalla competen-

te commissione medica (articolo 3, comma 3,

legge 104/1992), ai sensi:

- della legge 833/1978, articoli 1 e 2

- dell'articolo 54 della legge 289/2002, che ha

reso cogente le prestazioni socio-sanitarie rien-

tranti nei Lea, Livelli essenziali di assistenza

socio-sanitaria, ivi comprese quelle del Decreto

del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 15 del 12 gennaio 2017, che il Servizio sanitario nazionale è obbligato a garantire (articolo 1);

chiede la continuità della frequenza del centro diurno per il proprio figlio (*indicare se a tempo pieno oppure il numero dei giorni e per quante ore al giorno*) presso il Centro diurno

Tale frequenza avviene con generale soddisfazione dell'utente e dei familiari da ... (*specificare il numero*) anni.

La succitata richiesta è motivata dal fatto che è stato prospettato un trasferimento della frequenza del Centro diurno, per ragioni non legate alle esigenze o richieste da parte dell'utenza o dei familiari, con nocumento dell'utente e disagio da parte dei familiari, come accertato dalla relazione che si allega.

Ai sensi della normativa vigente il sottoscritto chiede la rivalutazione del progetto assistenziale individualizzato da parte della relativa Commissione medica e chiede altresì di essere presente al momento della valutazione e informo che sarò accompagnato dal dott. medico di mia fiducia.

Per quanto riguarda la compartecipazione alla quota alberghiera si provvederà in base alla normativa vigente. Con la presente si chiede pertanto all'Ente gestore delle attività socio-assistenziali di assumere le iniziative di sua competenza per l'eventuale integrazione della retta alberghiera.

Lo scrivente chiede al Difensore civico regionale di intervenire per promuovere l'attuazione di quanto richiesto nell'interesse della tutela della salute dell'interessato.

Ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990 si richiede una risposta scritta (in primo luogo dal Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo, Autorità che deve garantire le prestazioni).

Lo scrivente ringrazia e invia cordiali saluti.

Data.....

Firma.....

Indirizzo.....

LA DESIGNAZIONE ANTICIPATA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO: PERCHÉ È OPPORTUNO PROVVEDERE PER TEMPO

Tra le storie di cronaca che, negli ultimi mesi, hanno “tenuto banco” sui principali quotidiani (1), grande risalto ha avuto la vicenda che ha coinvolto il filosofo Gianni Vattimo ed il suo assistente personale che, secondo la Procura della Repubblica di Torino, approfittando di un presunto stato di non lucidità del filosofo (che però, al momento in cui questo articolo viene scritto, non risulta del tutto provato e viene fermamente smentito dallo stesso interessato) (2), avrebbe circuito il noto intellettuale torinese per sottrargli ingenti beni economici.

Fermo restando che non è nostra intenzione addentrarci nel merito dei fatti, che sarà la Magistratura a dover accertare, è possibile trarre dalla vicenda una riflessione generale sul tema della rappresentanza giuridica delle persone che, indipendentemente dal motivo sanitario che è alla base, si ritrovano nella condizione di non lucidità, non essendo quindi più in grado, o non più sempre pienamente in grado, di poter programmare autonomamente il proprio presente ed il proprio futuro.

Chi decide?

Per le persone che si trovano nella situazione di non poter più nemmeno indicare le loro necessità elementari, chi prende legittimamente le decisioni? Chi le rappresenta? Secondo l'ordinamento italiano i maggiorenni non sono rappresentati che da sé stessi. Al momento della sopraggiunta non autosufficienza non possono essere rappresentati automaticamente nemmeno da genitori, figli, fratelli, coniugi.

Per prevenire eventuali situazioni quale quella sopracitata che ha interessato le cronache giornalistiche, è quindi possibile predisporre per tempo alla presenza di un Notaio, una procura, generale o particolare, per conferire ad una persona di nostra fiducia la facoltà di com-

piere alcuni atti a nostro nome (come, ad esempio, quelli relativi alla gestione della propria situazione patrimoniale). Sarà però in questo caso necessario produrre una documentazione medica che provi che il delegante è lucido e quindi perfettamente in grado di autodeterminarsi.

Non è però possibile, sulla base delle norme attualmente vigenti, predisporre una procura relativa alla tutela del diritto alla salute di ognuno di noi. Pertanto, in caso di sopraggiunta non lucidità o incapacità di espressione, che può essere determinata da un evento improvviso, nessun soggetto può, ad esempio, essere delegato ad avere accesso ai documenti sanitari del malato, nemmeno i familiari (3).

L'ordinamento vigente, come scritto poco sopra, prevede che una persona possa rilasciare procura ad un'altra affinché questa provveda – anche in via transitoria, e quale conseguenza di una incapacità del rappresentato – al compimento di atti negoziali determinati o indeterminati, ma non è ammessa la delega al compimento di atti diversi, in particolare quelli che concernono la salute dell'incapace, le scelte degli interventi sanitari più appropriati e il controllo sulla qualità delle prestazioni sanitarie fornite.

La designazione anticipata dell'amministratore di sostegno

Diventa quindi di primaria importanza che ogni individuo cerchi di prevenire eventuali situazioni di mancata tutela, così che sia possibile riuscire a delegare provvisoriamente una persona di propria fiducia in attesa della nomina definitiva dell'Amministratore di sostegno da parte del Giudice tutelare (4).

(3) Ad esempio, se vi è l'urgenza di un intervento chirurgico, la Direzione sanitaria provvederà a richiedere al Giudice tutelare la nomina di un Amministratore di sostegno provvisorio per il consenso informato.

(4) A tal proposito, segnaliamo che nell'articolo *“Rischio della non autosufficienza: le possibili concrete misure di autotutela personale”*, pubblicato sul n. 191/2015 di Prospettive assistenziali, è riportato un fac-simile della dichiarazione che è possibile predisporre per designare anticipatamente un proprio soggetto di fidu-

(1) Tra tanti, si veda l'articolo *“Caso Vattimo, l'assistente rinviato a giudizio per circonvenzione”*, pubblicato sul quotidiano La Repubblica, ed. Torino, del 10 giugno 2021.

(2) Si veda in merito l'articolo *“Scontro sulle perizie su Vattimo. ‘E’ in difficoltà’. ‘No, è lucido”*, pubblicato sul quotidiano La Repubblica, ed. Torino, del 3 giugno 2021.

A questo proposito, è stata individuata la designazione anticipata del Tutore/Amministratore di sostegno, procedura consentita dalle norme vigenti che può facilmente evitare situazioni temporanee di assenza di tutela.

Per poter designare anticipatamente una persona di nostra fiducia quale Tutore o Amministratore di sostegno è necessario redigere e sottoscrivere, alla presenza di un Notaio, un documento ufficiale con il quale, qualora a causa di malattia o handicap invalidante non si fosse più in grado di auto tutelare la propria persona ed i propri diritti, si richiede all'autorità Giudiziaria di nominare quale Tutore/Amministratore di sostegno, la persona da noi indicata, elencando le funzioni per le quali lo si richiede (es. tutela del patrimonio o del diritto alle cure).

Contemporaneamente, è necessario che la persona di fiducia da noi designata, presenti formale accettazione scritta, impegnandosi a svolgere le proprie funzioni nell'interesse del malato.

Sulla base di tale designazione e della conseguente accettazione, il soggetto beneficiario potrà allora disporre una delega alla propria persona di fiducia per autorizzarla al compimento di determinati atti.

Tale atto può essere utile, ad esempio, al fine di: richiedere il ricovero del malato presso idonea struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e/o privata convenzionata; verificare l'idoneità funzionale della struttura di degenza, assumendo le iniziative occorrenti affinché, sulla base delle prestazioni a cui il malato ha diritto, vengano assicurate le necessarie cure e il miglior benessere possibile; controllare la correttezza delle cure medico infermieristiche e riabilitative, incluse le misure dirette ad evitare ogni forma di accanimento terapeutico e ogni altra condizione potenzialmente lesiva della salute del malato; verificare l'igiene ambientale e personale; controllare la qualità e quantità del vitto somministrato; assumere tutte le iniziative ritenute necessarie per ottenere dagli enti tenuti ad intervenire prestazioni adeguate alle esigenze del malato.

cia quale Amministratore di sostegno nel caso di sopraggiunta non autosufficienza.

Proposte di legge

Su iniziativa del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base e della Fondazione promozione sociale onlus è stata presentata più volte nei due rami del Parlamento una proposta di legge per modificare la normativa vigente: al Senato dal Sen. Fassone (n. 5495 del 16 giugno 2005), riproposta allo stesso Senato dai Sen. Salvi e Caruso (n. 1050 del 29 settembre 2006) e dai Sen. Caruso e Mugnai (n. 774 del 12 giugno 2008); alla Camera dei Deputati dagli On. Lucà e altri (n. 4126 del 1° marzo 2011). Il disegno di legge era volto ad integrare l'attuale disciplina riguardante l'amministrazione di sostegno al fine di prevedere la possibilità di una designazione anticipata di un soggetto di fiducia dell'interessato, anche al fine di poter tutelare provvisoriamente il proprio diritto alla salute, nell'attesa della nomina dell'Amministratore di sostegno o del Tutore da parte del Giudice tutelare (5). Il disegno di legge n. 1050 era stato approvato in sede referente dalla Commissione Giustizia del Senato il 27 ottobre 2007, come era stato segnalato in questa rivista nei numeri 151/2005, 156/2006, 163/2008, 171/2010 e 174/2011. Le proposte non hanno, per ora, avuto seguito.

Data la delicatezza e la fondamentale importanza dell'argomento, è auspicabile che il Parlamento voglia riprendere tali disegni di legge, al fine di poter assicurare a tutti i cittadini la possibilità di disporre anticipatamente la nomina di una persona di propria fiducia per avere la certezza che, nel caso in cui dovesse essere necessario, venga assicurata la corretta attivazione dei diritti previsti dalle norme vigenti.

(5) In data 16 aprile 2013, era stata inoltre presentata una analoga proposta di legge (n. 457/2013), il cui testo completo è stato pubblicato nell'articolo *"Ripresentato al Senato il disegno di legge sulla tutela temporanea della salute dei soggetti impossibilitati a provvedervi personalmente"* nel n. 184/2013 di *Prospettive assistenziali*, avente ad oggetto "Modifica al Codice civile in materia di tutela temporanea della salute dei soggetti impossibilitati a provvedervi personalmente". L'obiettivo era ed è quello di poter garantire a tutti i cittadini maggiorenni la possibilità di essere rappresentati, per quanto concerne la loro salute psico-fisica, da una persona di loro fiducia dall'insorgere della non autosufficienza (ictus, infarto, infortuni di grave entità, ecc.) fino a quando l'autorità giudiziaria (magari dopo mesi) provvede alla nomina di un tutore, o curatore, o amministratore di sostegno, oppure di un tutore o di un amministratore provvisori.

QUANDO L'ASL NON RICONOSCE LA NON AUTOSUFFICIENZA DEL PAZIENTE: INUTILI RITARDI, MAGGIORI SPESE SANITARIE E DERISIONE DEI FAMILIARI

Il presente articolo tratta il caso del Signor Bruno (nome di fantasia), persona anziana ultra settantenne, affetta sin dalla nascita da disabilità intellettiva e ormai non più autosufficiente, ricoverato a seguito di una caduta presso un ospedale del Torinese. La sorella, con la quale il malato convive e che finora si è sempre presa cura volontariamente del fratello da quando è rimasto orfano dei genitori, decide di presentare formale opposizione alle dimissioni per poter ottenere il ricovero del malato, da parte dell'Asl, in idonea struttura residenziale socio-sanitaria per persone non autosufficienti (Rsa).

La decisione, pur dolorosa, è necessaria a seguito dell'aggravarsi delle condizioni del fratello e della convalescenza; la sorella si rende conto di non avere più le forze necessarie per far fronte alle esigenze del fratello malato. L'obiettivo è l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria.

La genesi della vicenda

Il Signor Bruno viene ricoverato in data 18 maggio 2020 presso un Ospedale del torinese «a seguito di episodio di deviazione della rima buccale con vertigine e confusione», come risulta dalla relazione clinica di dimissione ospedaliera. Sino ad allora, la sorella del paziente si è fatta carico volontariamente di suo fratello presso il proprio domicilio (1), senza richiedere sostegni all'Asl o ad altri Enti, pur previsti dalla normativa vigente sui Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (2).

L'opposizione alle dimissioni

A fine maggio 2020, a fronte di proposta di dimissioni del paziente, ormai non solo non

autosufficiente a causa della disabilità, ma aggravatosi a causa delle patologie croniche subentrate quali la «*vasculopatia cronica*», e poiché non era prevista alcuna presa in carico da parte dell'Asl, previo consulto con la Fondazione promozione sociale onlus, la sorella procede all'invio delle Pec alle istituzioni preposte, con le quali si oppone alle dimissioni. Come previsto dalle norme vigenti a tutela della salute del fratello, richiede la prosecuzione della continuità terapeutica fino al ricovero definitivo presso idonea struttura residenziale socio-sanitaria.

In merito, è bene precisare che che:

- il paziente, Signor Bruno, è ora malato cronico non autosufficiente oltre che affetto da

(1) Si ricorda in merito che, ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione, «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» ed il Parlamento mai ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi – compresi quelli disabili e non autosufficienti – compiti spettanti per legge in capo al Servizio sanitario nazionale. Gli articoli 433 e seguenti del Codice civile non riguardano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. La legge 1531/1930 (diritto di rivalsa) è stata inoltre abrogata.

(2) In merito, si richiama l'articolo 34 del Dpcm 12 gennaio 2017, rubricato "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità", il quale dispone che: «1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di

mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: (...) c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare; 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare. 2. (...) I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera».

disabilità intellettiva e, pertanto, ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978, il Servizio sanitario deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*»;

- la sorella non intende più assumere volontariamente responsabilità e oneri per garantire tutte le prestazioni di cui il paziente necessita, 24 ore su 24 e per 365 giorni l'anno;

- l'opposizione alle dimissioni è stata attivata ai sensi dell'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, dell'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e dell'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 che consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità;

- nella sua citata opposizione alle dimissioni, la sorella ha dichiarato la disponibilità ad accettare sin da subito il trasferimento del paziente in altro reparto dello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria e/o socio-sanitaria, compreso l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria idonea ad accogliere un paziente disabile intellettivo con limitatissima autonomia, con la compartecipazione del Servizio sanitario regionale e la parte restante a carico dell'utente/Comune, in base al Dpcm 15/2017 che regola le prestazioni socio-sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, sopra richiamati.

Pochi giorni dopo la presentazione dell'opposizione alle dimissioni, il paziente viene trasferito dall'Ospedale ad altra struttura di lungodegenza locale, in attesa di presa in carico definitiva da parte dell'Asl mediante ricovero presso idonea struttura residenziale socio-sanitaria (Rsa), come richiesto dalla sorella con la sua opposizione alle dimissioni.

Per l'Asl il paziente è "autosufficiente"

Nonostante le evidenti condizioni di non autosufficienza del paziente (che percepisce anche l'indennità di accompagnamento da diverso tempo), l'Uvg (Unità di valutazione geriatrica) dell'Asl certifica che il paziente è «*autosufficiente secondo i parametri regionali vigenti*» e che «*attualmente non [è] ipotizzabile una progettualità*».

A seguito del rilascio di una relazione medica da parte della struttura di lungodegenza che definisce il paziente «*autonomo nelle ADL*», la

sorella comunica con Pec di confermare la propria opposizione alle dimissioni e la propria richiesta di continuità terapeutica in favore del paziente, richiamando i seguenti pareri medici, a dimostrazione della pluridecennale condizione di disabilità e di non autosufficienza del fratello:

- il certificato redatto dal Dottor M. del novembre 1990, in cui si precisa che «*l'esame psichico evidenzia invece, già ad un primo e sommario approccio, una grave involuzione, caratteristica e tipica, per lo specialista, delle encefalopatie epilettiche (...) il quadro psichico appare decisamente deteriorato*» per cui il paziente «*presenta dunque, in termini assolutamente non discutibili né confutabili, una grave sindrome epilettica farmaco resistente, con concomitante deterioramento psichico ed evidenti turbe comportamentali e caratteriali*»;

- il certificato del Dottor G. del gennaio 2017, il quale evidenzia: «*Le sue giornate [del paziente] sono scandite da continue manifestazioni e comportamenti ossessivi e compulsivi che di fatto rendono impossibile una vita autonoma*»;

- la già richiamata "Relazione clinica di dimissione ospedaliera", rilasciata a seguito del ricovero ospedaliero nel mese di maggio 2020, in cui si evidenzia che il paziente è affetto da «*disturbo della deambulazione in vasculopatia cerebrale cronica; epilessia farmacoresistente e ritardo mentale; ipertensione arteriosa*» con la precisazione che «*trattasi comunque di paziente che necessita assistenza continuativa essendo incapace di attendere alle comuni attività del quotidiano*».

Nel novembre 2020, il Signor Bruno viene ulteriormente trasferito dalla struttura di lungodegenza, in regime Cava (Continuità assistenziale a valenza sanitaria) presso altra struttura socio-sanitaria.

La richiesta dell'Amministratore di sostegno

Nel mese di luglio 2020, la sorella presenta richiesta formale al Giudice tutelare del Tribunale di Torino per la propria nomina nel ruolo di Amministratore di sostegno del fratello, Signor Bruno, procedimento per cui è stata successivamente informata della fissazione della data d'udienza.

Ciò nonostante, nel mese di novembre 2020 le viene notificata la nomina del locale Consorzio per i servizi socio-assistenziali nel ruolo di Amministratore di sostegno provvisorio al suo posto, a seguito di segnalazione da parte dell'Asl alla Procura della Repubblica di Torino, cosa di cui nessuno l'aveva avvisata.

Da notare che la segnalazione dell'Asl alla Procura della Repubblica di Torino è di diversi mesi successiva rispetto alla domanda presentata dalla sorella del malato, per cui non si comprende per quale ragione il Giudice tutelare abbia provveduto alla nomina dell'Amministratore di sostegno provvisorio senza sentire la sorella che, ai sensi delle norme vigenti, avrebbe diritto di essere consultata per prima, salvo fatti gravi.

La sorella riceve nel contempo una comunicazione dallo stesso Consorzio per i servizi socio-assistenziali che, basati quanto lei, hanno appreso della loro nomina nel ruolo di Amministratore di sostegno provvisorio del malato su richiesta dell'Asl. Le confermano pertanto che, stante la sua disponibilità come familiare a ricoprire tale ruolo, comunicheranno la loro rinuncia al Giudice tutelare in favore della sorella.

La riconosciuta non autosufficienza e conclusione della vicenda

È a questo punto che arriva la svolta della vicenda. Fallito il tentativo di estromettere la sorella dalle decisioni in merito alle esigenze di cura del fratello, l'Uvg dell'Asl dispone una nuova valutazione del paziente e, questa volta, il Signor Bruno è riconosciuto non autosufficiente con un punteggio sanitario pari a 13 punti su 14 (sic!), con intensità «Alta» (3), e la necessità urgente di un trasferimento del

(3) Sulla base delle definizioni di cui alla tabella allegata alla Dgr 45/2012 e s.m.i. della Regione Piemonte, una situazione di "Alta intensità" corrisponde a: «*Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni*».

paziente in una Rsa per il ricovero definitivo. Ricordiamo che appena pochi mesi prima la stessa Asl aveva definito il Signor A.B. «*autosufficiente secondo i parametri regionali vigenti*», affermando inoltre che «*attualmente non [è] ipotizzabile una progettualità*».

Il paziente viene quindi trasferito da parte dell'Asl in una Rsa del Comune di residenza, dove ha così inizio il ricovero definitivo in convenzione.

Considerazioni finali

Da quanto emerge da questa vicenda, l'unico aiuto che il Servizio sanitario è stato in grado di fornire ad una persona che si era sempre fatta carico a casa propria del fratello, affetto da disabilità intellettiva e non più autosufficiente – senza averne obbligo – è di metterla da parte nel momento in cui la stessa non è più in grado di sostenere oneri e responsabilità.

Consapevole dei suoi limiti e, nel contempo, delle esigenze indifferibili di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie del fratello, la sorella ha giustamente deciso di rivolgersi all'Asl per ottenere le prestazioni sanitarie cui aveva diritto il fratello, che lei non era più in grado di garantirle a casa.

Ci ha ringraziato per il sostegno, ancora incredula per il trattamento ricevuto da parte del Servizio sanitario, Ente che sulla base delle leggi vigenti dovrebbe sempre garantire «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», nonché provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

La vicenda mette in evidenza, ancora una volta, che i medici delle Uvg non valutano le condizioni cliniche dei pazienti non autosufficienti, ma si basano su elementi che sono tutt'altro che oggettivi e piuttosto discrezionali, dettati probabilmente dalla preoccupazione di rispettare il budget, anche a scapito del diritto dei malati.

“SUPERAMENTO DELLA CONTENZIONE MECCANICA NEI LUOGHI DI CURA DELLA SALUTE MENTALE”: IMPORTANTE DOCUMENTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Sul quotidiano on-line Superando.it, in data 9 settembre 2021, è stato pubblicato un articolo dal titolo “*L’ennesima tragica storia di contenzione*”, relativo al decesso – avvenuto nella Rsa Casa Serena di Sanremo (Im) – di un’anziana «*soffocata*» dalle cinghie di contenzione che la tenevano immobilizzata nel proprio letto. In seguito alla denuncia presentata dai parenti della vittima, la Magistratura competente ha avviato le relative indagini, che dovranno chiarire se il ricorso ai mezzi di contenzione fosse giustificato e, nel caso, se siano stati applicati correttamente o meno, nonché eventuali responsabilità per la morte della paziente.

Quanto emerge da questa drammatica e purtroppo non isolata vicenda è certamente la necessità di un maggior controllo sull’utilizzo dei mezzi di contenzione meccanica per i malati non autosufficienti e un intervento mirato sugli standard delle strutture residenziali per persone con disabilità e/o malati non autosufficienti, poiché spesso l’utilizzo, anche massiccio, della contenzione viene “giustificato” dai gestori dei servizi con la scarsità di personale impiegato.

A proposito di misure di restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto, il 9 aprile 2021 il Ministero della Salute ha approvato un documento dal titolo “*Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*”, che, dopo aver analizzato il problema presenta sette raccomandazioni volte al superamento dell’utilizzo dei mezzi di contenzione.

La contenzione meccanica viene definita dal Ministero della Salute come «*la pratica volta a limitare o impedire il movimento volontario di una persona in cura, allo scopo dichiarato di evitare che procuri danno a sé o ad altri*», definendola senza mezzi termini «*un atto di limitazione della libertà personale, lesivo della dignità e dei diritti della persona*». Come ricordato nel documento, anche «*il Comitato Nazionale per la Bioetica (Cnb) definisce la contenzione ‘una violazione dei diritti fonda-*

mentali della persona’ il cui superamento deve essere considerato ‘un tassello fondamentale nell’avanzamento di una cultura della cura in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario’ [poiché] ‘il rispetto dell’autonomia e della dignità della persona è il presupposto per un intervento terapeutico efficace’» (1).

Osserva il Ministero della Salute che «*nei servizi che ricorrono alla contenzione, in particolare negli Spdc [Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ndr], sono attuate di norma altre limitazioni delle libertà personali: la porta chiusa; le perquisizioni e le spoliazioni delle persone al momento del ricovero, e perfino dei familiari in visita, da oggetti di uso comune, riconosciuti dall’organizzazione come pericolosi; il sistema di videosorveglianza; la rigidità delle regole*», ma «*la contenzione, in particolare se prolungata, produce esiti psicofisici negativi: organi e funzioni possono essere danneggiati direttamente dalla pressione o dal mal posizionamento del mezzo di contenzione*».

Ricorda peraltro il Ministero della Salute che, già nel 2008, il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (Cpt) del Consiglio d’Europa ha denunciato «*l’eccesso di ricorso alla contenzione, talvolta utilizzata anche come punizione o mezzo pedagogico*».

Anche la Corte di Cassazione, come ricorda il Ministero nel proprio documento, «*afferma che la contenzione meccanica non rientra in nessuna delle categorie che definiscono l’atto medico*» in quanto, oltre ad essere potenzialmente pericolo per la salute del paziente, è «*un ‘presidio restrittivo della libertà personale’ (...) lecita solo ‘al ricorrere delle condizioni di cui all’art. 54 c.p., allorquando sussista una concreta situazione di pericolo attuale di grave danno alla persona (del paziente o di coloro che con lui*

continua a pag. 45)

(1) I riferimenti alle dichiarazioni del Comitato Nazionale di Bioetica sono contenuti nel documento “La contenzione: problemi etici”, pubblicato dallo stesso Comitato nel 2015.

LE REGISTRAZIONI, SENZA CONSENSO DELL'INTERESSATO, SONO LEGITTIME SE VOLTE ALLA TUTELA DI UN DIRITTO. LA SENTENZA N. 11322/2018 DELLA CORTE DI CASSAZIONE

Riportiamo di seguito la sintesi di una importante decisione della Corte di Cassazione in materia di registrazioni di conversazioni. I principi che emergono dalla pronuncia della Cassazione possono riguardare anche i casi in cui occorra tutelare il diritto alle cure degli anziani malati cronici non autosufficienti o di persone con gravi disabilità: si pensi ad esempio alle situazioni in cui i familiari ricevono minacce (verbali) di denuncia o di segnalazione alle Forze dell'ordine nel caso in cui non accettino la dimissione dei loro cari non autosufficienti da ospedali o case di cura. Oppure ai casi in cui ricevono comunicazioni di pagamento o di condizioni di ricovero/prestazione, che il gestore della struttura residenziale o del servizio rifiuta di rilasciare per iscritto (e che quindi, oltre a non essere valide, non sono segnalabili alle associazioni di tutela dei malati e, di conseguenza, alle autorità di vigilanza, per esempio delle Aziende sanitarie regionali).

In sintesi, la Cassazione ha chiarito che la registrazione di conversazioni verbali effettuata con mezzi tecnologici non costituisce un illecito se la persona che registra ha posto in essere tale comportamento per esigenze di tutela dei propri diritti ed ha adottato tutte le cautele necessarie al fine di evitare la diffusione dei dati raccolti e la loro pubblicazione per scopi diversi dalla tutela di un proprio diritto. Importante: la registrazione è pienamente legittima anche se avviene all'insaputa dei propri interlocutori. E vale sia per registrazioni di chiamate telefoniche, che per registrazioni di incontri di persona.

Con la sentenza n. 11322 del 10 maggio 2018, la Corte di Cassazione si è infatti pronunciata su di un giudizio relativo ad un dipendente che, in sede di giustificazioni orali in merito ad altra precedente contestazione della società, aveva consegnato una chiavetta Usb contenente registrazioni di conversazioni effettuate in orario di lavoro e sul posto di lavoro coinvolgenti altri dipendenti, ad insaputa degli stessi e senza alcuna autorizzazione da parte loro.

In merito alla questione circa la legittimità o meno di tali registrazioni, effettuate in assenza di consenso degli interessati, la Corte di Cassazione, dopo aver sottolineato che – nei fatti di causa – il dipendente in questione aveva adottato tutte le cautele al fine di evitare la diffusione dei dati raccolti e la loro pubblicazione per scopi diversi dalla tutela di un proprio diritto, ha ricordato che *«la giurisprudenza di questa Corte ha costantemente sottolineato, in termini generali, come la rigida previsione del consenso del titolare dei dati personali subisca “deroghe ed eccezioni quando si tratti di far valere in giudizio il diritto di difesa, le cui modalità di attuazione risultano disciplinate dal codice di rito” (Cassazione, Sezioni Unite, 8 febbraio 2011, n. 3034)»* e che *«la registrazione fonografica di un colloquio tra presenti, rientrando nel genus delle riproduzioni meccaniche di cui all'art. 2712 del Codice Civile, ha natura di prova ammissibile nel processo civile del lavoro così come in quello penale»*.

Inoltre, per la Corte di Cassazione **«il diritto di difesa non va considerato limitato alla pura e semplice sede processuale, estendendosi a tutte quelle attività dirette ad acquisire prove in essa utilizzabili, ancor prima che la controversia sia stata formalmente instaurata mediante citazione o ricorso. Non a caso nel codice di procedura penale il diritto di difesa costituzionalmente garantito dall'art. 24 Cost. sussiste anche in capo a chi non abbia ancora assunto la qualità di parte in un procedimento»**.

La registrazioni di conversazioni anche in vista di una difesa del diritto dell'utente – ad esempio il malato non autosufficiente o una persona con disabilità intellettiva e limitata o nulla autonomia – sono assolutamente legittime. Si tratta, si legge ancora nella sentenza *«di una condotta legittima, pertinente alla tesi difensiva del lavoratore e non eccedente le sue finalità, che come tale non poteva in alcun modo integrare non solo l'illecito penale ma anche quello disciplinare, rispondendo la stes-*

sa alle necessità conseguenti al legittimo esercizio di un diritto».

È quindi opportuno ribadire qui il consiglio che viene sempre dato a coloro che si rivolgono alla Fondazione promozione sociale Onlus/Ets e alle organizzazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base per la difesa dei diritti (in primo luogo alle prestazioni sanitarie) di persone malate o con disabilità non autosufficienti: considerare solo le risposte/comunicazioni scritte;

anche quando giungono comunicazioni verbali richiedere conferme/resoconti scritti e, comunque, registrare le conversazioni e le telefonate, anche quelle, se del caso, intrattenute con le organizzazioni di difesa dei diritti. D'altronde, tutte le indicazioni fornite ai casi che la Fondazione promozione sociale Onlus/Ets segue sono riportate per iscritto sul sito www.fondazionepromozionesociale.it e negli articoli di questa rivista. *Scripta manent, verba volant.*

Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute... (segue da pag. 43)

interagiscono durante la degenza), non altrimenti evitabile e rispondente al criterio di proporzionalità'» (così la Cassazione, V Sezione penale, n. 50497 del 20 giugno 2018).

Pertanto, il Ministero della Salute ha formulato sette "Raccomandazioni e azioni per il superamento della contenzione entro un triennio (2021-2023)", superamento che «*si configura come un processo necessario e urgente, ma complesso, che necessita di molteplici azioni a tutti i livelli istituzionali, così come a livello dei beneficiari dei servizi e della cittadinanza*».

Le sette raccomandazioni del Ministero riguardano: l'attivazione di percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali; l'assunzione di iniziative per conoscere e monitorare la contenzione; la garanzia delle attività di formazione e tutte le operatrici e gli operatori; il rispetto dei diritti e della dignità delle persone (in quanto «*non c'è cura senza il riconoscimento dell'altro come persona, titolare*

di dignità e di diritti»); l'organizzazione di servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza integrati, inclusivi e radicati nel territorio; la garanzia della qualità dei luoghi di cura e dei servizi; la promozione del lavoro di equipe e del lavoro in rete dei servizi sanitari e sociali.

In merito, il Ministero della Salute «*definerà uno specifico percorso di monitoraggio finalizzato all'analisi dei progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente documento (...) nella finalità generale del pieno riconoscimento dei diritti e della dignità della persona in cura*».

In conclusione del documento, il Ministero propone uno schema di Accordo sul documento per il superamento delle misure di contenzione meccanica, di cui si propone l'assunzione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

LOTTA ALLA POVERTÀ E EMARGINAZIONE SOCIALE: COMMENTO AL LIBRO DI CRISTIANO GORI

FRANCESCO SANTANERA

Sul tema della lotta alla povertà, la tendenza di commentatori e politici di intestarsi «la soluzione cui nessuno aveva mai pensato» è forte. E quasi sempre del tutto errata. È il caso, ancora una volta poiché non è nuovo a questa dinamica di dimenticanza del passato, del professor Cristiano Gori che nel suo libro “Combattere la povertà. L'Italia dalla social card al Covid-19” (Laterza 2020, 219 pagine, 20 euro) non riconosce la realtà dei fatti, affermando che «sino al recente passato, nel nostro Paese non esistevano specifiche politiche pubbliche contro la povertà» (pag. VII). Nemmeno corrisponde al vero un'altra affermazione dell'Autore, secondo cui «il cammino verso il reddito minimo è stato lungo e tormentato. Infatti, è dai primi anni '80 che vari esperti, operatori ed esponenti politici [dei quali non fornisce né i nominativi, né le iniziative intraprese, ndr] hanno iniziato a promuovere l'introduzione elaborando proposte in tal senso» (pag. 13).

Prendiamo le affermazioni di Gori per dimostrare l'esatto contrario: le politiche di concreta lotta alla povertà sono iniziate prima degli Anni Ottanta, spinte dall'attivismo delle associazioni di rivendicazione e tutela dei diritti fondamentali e non dalla supposta benevolenza e buona volontà di «esperti, operatori ed esponenti politici».

Il 19 marzo 2018 la Fondazione promozione sociale onlus, in risposta al suo articolo “Verso un modello italiano di povertà?”, aveva inviato a Cristiano Gori copia della delibera approvata dal Consiglio comunale di Torino il 21 giugno 1978 (1) concernente la “Determinazione dei

criteri generali di erogazione e degli importi per l'assistenza economica (2). Per dare conto dell'atmosfera dell'epoca intorno alla povertà e ai poveri, basti dire che ad esclusione di *Prospettive assistenziali* e delle organizzazioni di volontariato dei diritti che vi fanno riferimento, non erano state espresse contestazioni di rilievo da «esperti, operatori ed esponenti politici» in merito alle devastanti affermazioni contenute nella relazione sul bilancio dello Stato del 1969 del Ministero dell'interno secondo cui «l'assistenza pubblica ai bisognosi (...) racchiude in sé un rilevante interesse generale, in quanto i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari». Dunque, la povertà veniva catalogata come questione di difesa della parte «rispettabile» della cittadinanza, una sorta di attività di sicurezza sociale, più di competenza della polizia e dei carabinieri che di altri servizi dello Stato.

Anni dopo, «esperti ed operatori» avevano sostenuto il rilevante valore umano e sociale della legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” asserendo la presenza, assolutamente inesistente, di norme dirette ad assicurare diritti esigibili anche ai poveri (3).

(2) Nell'allegato A viene riprodotta la tabella riassuntiva delle prestazioni, pubblicata sul n. 44, 1978 della sopra citata rivista insieme al Testo completo della citata delibera.

(3) Com'è stato segnalato nel volume di Maria Grazia Breda, Donata Micucci e Francesco Santanera, “La riforma dell'assistenza e dei servizi sociali. Analisi della legge 328/2000 e proposte alternative”, Utet Libreria, 2001. Emanuele Ranci Ortigosa sul n. 14/2000 di “Prospettive sociali e sanitarie” aveva sostenuto che, fra «le previsioni più innovative» del testo, vi era «l'affermazione di un vero e proprio diritto dei cittadini a usufruire delle prestazioni dei servizi del sistema integrato». A sua volta Franco Mazzocchi, un portavoce del Forum del Terzo Settore, sul n. 2-9 gennaio 2000 di “Avvenimenti” aveva asserito che il testo esaminato dal Parlamento era fondato «sui servizi e sulle prestazioni di assistenza necessari a garantire a tutti un adeguato livello di assistenza». Analoghe le fuorvianti affermazioni di Maurizio Giordano (n. 7-8/2000 della “Rivista del volontariato”), di Paola Rossi, Presidente nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali (n. 2/2000 di “Rassegna dei servizi sociali”), di Alessia Fossi Fiaschetti (n. 3/2000 di “Nuova Proposta”, rivista dell'Uneba) e di Franco della Mura (n. 1/2000 di “Cittadini in crescita”). La promotrice della legge 328/2000, l'allora Ministro per la solidarietà sociale, On. Livia Turco, su “La Stampa” del 10 giugno 2000 aveva addirittura

(1) Nell'articolo pubblicato sul n. 4, 2017 di “La rivista delle politiche sociali”, Cristiano Gori sosteneva che «pur essendo il Rei [Reddito di inclusione] una misura ancora limitata per copertura e adeguatezza, la sua attivazione – avvenuta nel 2017 – ha rappresentato una rottura con la pluridecennale disattenzione italiana nei confronti dell'indigenza». Il testo della citata delibera del Comune di Torino ricalca le proposte dell'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, riportate sul n. 41, 1978 di “Prospettive assistenziali” ed era stata approvata dopo l'entrata in vigore delle norme, varate dal Consiglio comunale del 20 luglio 1976, concernente le priorità degli interventi del settore socio assistenziale, l'avvio delle prestazioni domiciliari, gli affidamenti di minori, di handicappati adulti e di anziani, l'istituzione di comunità alloggio, l'unificazione nel Comune delle competenze assegnate dalle leggi vigenti alle Province.

Inoltre, nessuna iniziativa concreta era stata assunta da «*esperti, operatori ed esponenti politici*» volta ad evitare che la legge 328/2000 consentisse – come in seguito è successo anche in base ad altre iniziative – la sottrazione all'esclusiva destinazione ai poveri dei patrimoni mobiliari e soprattutto immobiliari delle Ipub, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, il cui valore economico è stato stimato in «*almeno 50 miliardi di euro*» (4). Detti patrimoni sono stati in parte regalati ai privati, enti religiosi compresi, e in parte trasformati in aziende pubbliche di servizi alla persona, e mai destinati esclusivamente ai poveri.

Non solo Cristiano Gori nulla ha detto e fatto in merito al furto delle Ipub, ma è stato uno degli esperti che, non avendo mai preso posizione contro la discriminazione sanitaria dei malati non autosufficienti non curati dal Servizio sanitario nazionale, ha favorito l'impressionante impoverimento di migliaia e migliaia di famiglie precipitate nell'indigenza (5) a causa della continua e impunita violazione della legge 833/1978

dichiarato che «*il welfare – dagli asili nido all'assistenza domiciliare per gli anziani, dai centri diurni per gli handicappati alla lotta contro la povertà – non dipende più dalla benevolenza o dall'efficienza dei Comuni. Abbiamo fissato uno standard: servizi che non possono non esserci, e che tutti i Comuni devono realizzare con il concorso dello Stato. I diritti sociali sono diventati esigibili per tutti*». Da notare che la legge 328/2000 conserva solamente i diritti concernenti le prestazioni economiche a carattere previdenziale (pensioni, indennità di accompagnamento, ecc.) e non ne prevede altri.

(4) Cfr. l'articolo "Ipub: sottratti alle persone povere miliardi di euro", "Prospettive assistenziali", n. 196, 2016. In merito alle Ipub, il compianto Mons. Giovanni Nervo, all'epoca Coordinatore della Conferenza episcopale italiana per i rapporti Chiesa-Territorio, nel convegno di Torino del 12 dicembre 1989, organizzato dal Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, aveva affermato quanto segue: «*Il primo principio etico equivale per i credenti ad un Comandamento di Dio: non rubare. I patrimoni delle Ipub sono stati donati da privati cittadini per i poveri, prima che fossero donati erano di proprietà dei privati; dopo che sono stati donati sono diventati proprietà dei poveri. Questo principio rimane, qualunque siano state le vicissitudini storiche o giuridiche*». Cfr. anche l'articolo di Giovanni Nervo, Principi etico-sociali sulla privatizzazioni delle Ipub", "Prospettive assistenziali", n. 90, 1990.

(5) Segnaliamo nuovamente che nel VII Rapporto, redatto da Rbm Assicurazione salute e dal Censis, del 7 giugno 2017, viene evidenziato che «*ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle*» e che nell'area dei "saluteimpoveriti" (locuzione utilizzata da Rbm e Censis che non fa certo onore alla Sanità pubblica e privata), 1,8 milioni di persone «*sono entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria [...] 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*».

che impone, come da decenni ripetiamo in questa rivista, al Servizio sanitario nazionale di assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2) a tutti i malati, compresi quelli non autosufficienti.

Ricordiamo altresì che non vi sono leggi che obbligano i congiunti dei malati, compresi quelli non autosufficienti, a fornire prestazioni sanitarie ai loro parenti. Al riguardo l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*» e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai familiari degli infermi compiti attribuiti al Servizio sanitario.

Nonostante l'assoluta chiarezza delle vigenti disposizioni costituzionali e legislative, Cristiano Gori è da sempre in prima linea fra i negazionisti dei vigenti diritti: si tratta pertanto di una posizione fondamentalmente razzista (6).

Purtroppo, sono anni che, nonostante le nostre puntuali precisazioni, Cristiano Gori – e altri esperti, nonché numerosi medici – continuano ad accettare come intervento corretto o a disporre essi stessi il confinamento di adulti e di anziani malati cronici non autosufficienti in illegittime e crudeli liste di attesa, nonostante le loro esigenze sanitarie, diagnostiche e terapeutiche siano indiscutibilmente indifferibili (7).

Purtroppo, i numerosi articoli pubblicati su questa rivista (cfr. l'Allegato B) e i molteplici messaggi inviati a Cristiano Gori non solo non hanno finora modificato la sua posizione negativa sulle indifferibili esigenze sanitarie degli anziani malati non autosufficienti, fornendo in tal

(6) Ricordiamo che nell'approfondimento contenuto nell'Enciclopedia Treccani, Sergio Parmentola precisa quanto segue: «*È antichissima, invece, la tendenza a discriminare i "diversi" (nazioni, culture, classi sociali inferiori), e la principale funzione del razzismo in tutte le sue varianti, fu sempre di giustificare qualche forma di discriminazione o oppressione*».

(7) Si tratta di una prassi che non solo viola il fondamentale diritto alla salute, ma che provoca anche rilevanti situazioni di impoverimento. Infatti. Se questi inermi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti che – com'è ovvio – operano in base alle loro scarse conoscenze relative alle esigenze sanitarie e nei limiti delle loro possibilità economiche. Per quanto concerne il numero degli infermi relegati nelle liste di attesa, presenti in tutte le zone del nostro Paese, ricordiamo che in Piemonte sono circa 30 mila secondo i dati (cfr. la nota 20) riportati nell'articolo del Giurista Francesco Pallante "Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute", pubblicato sul n. 1/2019 de "Il Piemonte delle Autonomie", promosse dal Consiglio regionale del Piemonte, per cui è ipotizzabile che in Italia siano circa 200 mila.

modo un sostegno ai servizi agli operatori che li emarginano, ma sono state anche la base della legge n. 33/2017 “Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali”, nonché del relativo decreto legislativo n. 147/2017 “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”.

In primo luogo occorre tener conto che – deplorabile esempio di razzismo – l’articolo 1 della legge 33/2017 stabilisce che «*al fine di contribuire a rimuovere gli ostacoli economici e sociali che limitano la libertà e l’uguaglianza dei cittadini e il pieno sviluppo della persona [...] il Governo è delegato ad adottare entro sei mesi dall’entrata in vigore della presente legge [...] uno o più decreti legislativi recanti [...] b) il riordino delle prestazioni di natura assistenziale finalizzate al contrasto della povertà fatta eccezione per le prestazioni rivolte alla popolazione anziana non più in età di attivazione lavorativa, per le prestazioni a sostegno della genitorialità e per quelle legate alla condizione di disabilità e di invalidità del beneficiario*».

Da tenere presente che, per quanto concerne le decine di migliaia di persone con disabilità totale, l’importo della pensione mensile, per 13 mensilità, era nel 2018 di appena euro 282,55, ammontare evidentemente insufficiente anche per la semplice sopravvivenza (8). Dunque, un razzismo nei confronti dei nostri concittadini più deboli, spesso impossibilitati ad autodifendersi a causa della gravità delle loro condizioni di salute.

È altresì inaccettabile, soprattutto sotto i profili etici, giuridici e sociali, che la citata legge n. 33/2017 sia stata promossa dall’Alleanza contro

(8) Ricordiamo che il primo comma dell’articolo 38 della Costituzione stabilisce quanto segue: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale*» e che, solamente a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 152, 2020, l’ammontare della pensione mensile per gli invalidi civili totali è stata aumentata ad euro 651,51. Nel silenzio totale di tutte le istituzioni e le organizzazioni, comprese quelle facenti parte dell’Alleanza contro la povertà in Italia, l’intervento della Corte costituzionale era stato richiesto da Vincenzo Bozza, Presidente dell’Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettive, associazione aderente al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base. Nella sentenza la Corte costituzionale ha evidenziato «*la manifesta inadeguatezza dell’emolumento pensionistico in questione [nel 2020, euro 296,81 al mese per 13 mesi, ndr] rispetto all’esigenza di garantire i mezzi necessari per vivere alle persone totalmente inabili al lavoro*».

la povertà (9) di cui Cristiano Gori asserisce di essere stato «*ideatore e coordinatore scientifico*» (pag. IX) sulla base dell’insensata definizione dell’Istat che, come viene precisato a pagina 4 del volume in oggetto, considera «*in povertà assoluta chi non può sostenere le spese minime necessarie ad acquisire i beni e i servizi ritenuti essenziali, nel contesto italiano, a conseguire uno “standard di vita minimamente accettabile”*», senza però tenere in alcuna considerazione i patrimoni immobiliari e mobiliari posseduti, qualsiasi sia il loro valore economico (10)!

Come dovrebbe essere ovvio a tutte le persone di buon senso, in particolare a «*esperti, operatori ed esponenti politici*», nonché alle innumerevoli organizzazioni, che asseriscono di tutelare le persone e le famiglie in effettive e spesso gravi difficoltà, nei casi in cui vi siano individui o anche familiari in possesso dei beni immobiliari e mobiliari (11) di qualsiasi entità,

(9) Sono soggetti fondatori dell’Alleanza: Acli, Action Aid, Anci, Azione cattolica italiana, Caritas italiana, Cgil, Cisl, Uil, Cnca, Comunità S. Egidio, Confcooperative, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Federazione nazionale Società di S. Vincenzo de Paoli, Fio-Psd, Fondazione banco alimentare, Forum nazionale del Terzo Settore, Jsn – Jesuit social network, Legautonomie, Save the children, Umanità nuova – Movimento dei Focolari. Sono soggetti aderenti dell’Alleanza: Adiconsum, Associazione professione in famiglia, Atd Quarto mondo, Banco farmaceutico, Cilap Eapn Italia, Csvnet – Coordinamento nazionale dei Centri di servizio per il volontariato, Federazione Scs/Cnos – Salesiani per il sociale, Fondazione Banco delle opere di carità, Fondazione Èbbene, Piccola Opera della divina provvidenza del Don Orione, Unitalsi. L’Alleanza contro la povertà in Italia è stata realizzata grazie al contributo delle Segreterie confederali di Cgil, Cisl e Uil e degli altri aderenti. Alle Acli è stato affidato il coordinamento politico-organizzativo.

(10) Si tenga presente che, secondo il Report dell’Istat del 18 giugno 2019 «*se una famiglia che vive in una casa di proprietà [di qualsiasi valore, ndr] e sta pagando un mutuo, dal punto di vista economico e contabile, questa voce di bilancio è un investimento, e non risulta quindi nelle spese per consumi*», com’è stato asserito sul “Memoriale delle vittime dell’emarginazione sociale” consultabile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it, «*ne consegue che, se la somma dei redditi (stipendi, ecc.), dedotte le quote versate per il mutuo, è inferiore all’importo calcolato dall’Istat per lo standard di vita minimo accettabile, tutti i componenti della famiglia sono considerati poveri assoluti. Analoga – una manna per migliaia di famiglie e di persone – la situazione dei possessori di una o più abitazioni di qualsiasi valore che non producono alcun reddito*».

(11) È inoltre evidente la necessità di ottenere da coloro che richiedono dal settore pubblico contributi economici a fondo perduto di natura assistenziale, qualsiasi ne sia la motivazione, la sottoscrizione di una dichiarazione analoga a quella giustamente richiesta dal Consorzio dei servizi socio-assistenziali di Gassino (Torino) così redatto: «*Dichiaro altresì [...] di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi dell’articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, il Consorzio Cisa, e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali dell’assistito ad enti terzi, ivi inclu-*

ma privi del necessario contante per vivere, non dovrebbero mai essere concessi contributi a fondo perduto, ma prestiti, se del caso con interessi molto limitati, da restituire appena risolta la situazione di bisogno o, nei casi di decesso, dagli eredi, ferma restando la loro facoltà di rinunciare all'eredità.

Per quanto concerne la definizione dell'Istat sulla povertà assoluta, è assai importante – tenuto anche conto che, come succede da secoli, risultano sempre insufficienti le risorse destinate ai poveri veri – secondo i dati statistici ufficiali, oltre l'80% degli italiani vive in abitazioni di loro proprietà.

Inoltre, l'omessa considerazione dei patrimoni immobiliari e mobiliari posseduti, ma non produttori di redditi, ha rilevanti conseguenze per quanto concerne, in particolare, l'integrazione al minimo delle pensioni, la maggiorazione sociale, nonché gli assegni o pensioni sociali: altri milioni e milioni di euro erogati a coloro che non possono assolutamente essere considerati poveri (12).

È altresì necessario tener presente, come era stato comunicato a Cristiano Gori con una e-mail della Fondazione promozione sociale del 19 marzo 2018 che, come risulta dall'articolo di Maurizio Motta "Quanti sono i poveri? Come misurare la povertà e a quale scopo", pubblicato sul n. 195, 2015 di questa rivista, è molto discutibile «*l'individuazione delle condizioni di povertà da parte dell'Istat intervistando a domicilio un campione "rappresentativo" di residenti costituito nel 2014 da 19.653 famiglie di circa 800 Comuni*».

Inoltre, pur considerando i criteri differenti utilizzati dall'Istat e dal Comune di Torino per individuare i poveri, le differenze risultavano abissali: anziani poveri assoluti secondo l'Istat n. 13.515; beneficiari dell'assistenza economica fornita dal Comune di Torino n. 869. Per quanto concerne le persone di ogni età: secondo l'Istat, n. 66.738, secondo il Comune di Torino n. 4.803.

Da notare che differenze assai consistenti sono state rilevate anche da Mauro Perino (cfr, l'articolo "Riflessioni sull'assistenza economica come indicatore e misura per il contrasto della

povertà", n. 168, 2016) nei Comuni di Collegno e Grugliasco: secondo l'Istat i poveri assoluti sarebbero 6.516, mentre, sulla base dei dati del Consorzio dei sopra citati Comuni, il loro numero è di 921. Per quanto concerne gli anziani i dati sono i seguenti: Istat n. 953, Consorzio n. 90.

Ciò nonostante, sulla base dell'insensata definizione dell'Istat sui poveri assoluti, la citata legge n. 33/2017, promossa dall'Alleanza contro la povertà è segnalata come disposizione altamente positiva da Cristiano Gori nel volume in esame.

Purtroppo, la segnalata negativa impostazione della legge n. 33/2017 è stata ripresa dalla vigente legge n. 26/2019 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni", in cui è previsto che il beneficiario può possedere non solo la casa di abitazione di qualsiasi valore, ma anche altri patrimoni immobiliari di valore non superiore a 30 mila euro, nonché beni mobiliari valutabili non oltre 6 mila euro, aumentabili di 2 mila euro per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo fino ad un massimo di 10 mila euro, incrementati di euro 5 mila per ogni componente in condizioni di disabilità e di euro 7.500,00 per ogni soggetto con disabilità grave o non autosufficienza.

Mentre anche la legge 26/2019 prevede l'erogazione di contributi a fondo perduto non solo a coloro che sono in possesso di patrimoni immobiliari anche consistenti, ma anche di beni mobiliari immediatamente disponibili.

In conclusione, in merito al volume di Cristiano Gori, rileviamo come principio generale che, com'è evidente da sempre, la povertà deve essere, con assoluta priorità e con risultati sempre positivi, eliminata settore per settore, assicurando a tutti l'utilizzo dei servizi fondamentali, a partire dalle prestazioni sanitarie previste dalla legge 833/1978, che devono essere assicurate ancor prima della nascita delle persone (si pensi a tutte le prestazioni prenatali destinate alla prevenzione e presa in carico dei nascituri).

Com'è precisato nella seconda pagina di copertina di "Prospettive assistenziali" anche in materia di povertà «*solo riconoscendo alle persone incapaci di autodifendersi le stesse esigenze e gli stessi diritti degli altri cittadini, si può vincere l'emarginazione sociale. Eventuali interventi dell'assistenza sociale devono essere aggiuntivi e non sostitutivi delle prestazioni della sanità, della casa, della scuola e delle altre attività di interesse collettivo*».

si istituti di credito e banche, al fine di eseguire le opportune verifiche sulla condizione socio-economica del medesimo».

(12) Cfr. ad esempio, su "Prospettive assistenziali" gli articoli: "Considerazioni in merito alle proposte dell'Alleanza contro la povertà in Italia" e "Miliardi di euro erogati ai non indigenti: uno spreco immorale", n. 189, 2015.

Allegato A

Tabella riassuntiva delle prestazioni previste dalla delibera del Consiglio comunale di Torino, delibera 21 giugno 1978 sull'assistenza economica.

<i>Tipo di contributo</i>	<i>Utenti</i>	<i>Competenze</i>	<i>Durata</i>	<i>Entità</i>	<i>Motivi di esclusione</i>	<i>Documentazione e accertamento</i>
A1 - Contributo integrativo al minimo vitale	<ul style="list-style-type: none"> - persone di età superiore ai 65 anni; - persone con invalidità superiore al 67% riconosciuta dalla Commissione competente; - ciechi, sordi, minori handicappati fino ai 18 anni; - persone soggette ad assistenza psichiatrica per le quali l'équipe di zona dichiara un'inabilità lavorativa temporanea; - minori di età inferiore ai 15 anni a carico di invalidi o anziani. 	<p>Comune - Cap. Inabili 568/2</p> <p>Comune - Cap. Inabili 568/2</p> <p>Provincia</p> <p>Provincia</p> <p>Comune - Cap. Minori 537/4</p>	A tempo indeterminato con revisione almeno annuale.	E' pari alla differenza fra minimo vitale + affitto e spese e il reddito accertato.	<ul style="list-style-type: none"> - reddito superiore al M.V.; - proprietà di beni immobili (salvo il caso d'oggi o adeguato alle esigenze del nucleo) o di beni mobili registrati che non siano strumenti di lavoro; - esistenza di persone tenute agli alimenti. Il reddito dei tenuti agli alimenti si prende in considerazione secondo le seguenti percentuali: 100% nel caso di coniugi o di unioni accertate di fatto, di figli o di genitori; 70% nel caso di fratelli e sorelle; 60% nel caso di zii e nipoti; 40% nel caso di generi e nuore. 	<ul style="list-style-type: none"> - stato di famiglia e verifica anagrafica; - libretti di pensione (o dichiarazione Commissione prov.le invalidi civili o della Previdenza Sociale); - ricevuta affitto; - libretto mutua; - certificato medico comprovante l'inabilità lavorativa; - accertamento diretto a domicilio dell'interessato o dei tenuti agli alimenti; - accertamento indiretto presso gli uffici.
A2 - Contributo erogato in base al criterio del minimo vitale fino al tetto del minimo salariale (lire 7900) + assegni familiari	<ul style="list-style-type: none"> - persone di età superiore ai 60 anni e inferiore ai 65; - donne in stato di gravidanza per un periodo di due mesi prima del parto e tre mesi dopo e con altri mino- 	<p>Comune - Cap. ex Eca 1199</p> <p>Provincia</p>	A tempo determinato fino al compimento del 65° anno di età e con revisione almeno annuale.	È pari al minimo vitale (M.V.) + affitto sino al tetto del minimo salariale (comprensiva della quota prevista per affitto) (lire 190.000) + assegni familiari - reddito accertato.	<ul style="list-style-type: none"> - reddito superiore al minimo vitale oppure al minimo salariale (comprensiva della quota prevista in L. 50.000 ossia 190.000 + assegni familiari). Per quanto 	La documentazione e gli accertamenti sono gli stessi indicati al punto A1.

	ri a carico durante tale periodo.				riguarda gli altri motivi di esclusione vale quanto disposto nel precedente punto A1.	
A3 - Contributi per bisogni particolari (assistenza cure e protesi)	Questi contributi sono erogati sia agli utenti del contributo di cui al punto A) sia a quelli del successivo punto B) nei casi di cure costose e prolungate non coperte in tutto o in parte da altri Enti (con esclusione dei medicinali non coperti da Enti mutualistici o prodotti stranieri) - custodia anche temporanea ai minori, anziani o inabili - assistenza a soggetti non autosufficienti - trasporto necessario per accedere a servizi o a prestazioni relative ad un handicap, ecc.	Comune: - per anziani Cap. Inabili 568/2; - per minori cap. 537/4	- A tempo determinato per i contributi continuativi con revisione periodica almeno annuale; - straordinari.	È pari alla spesa da sostenere se il reddito annuo è pari o inferiore al minimo vitale annuo oppure, se il reddito è superiore al M.V., è pari alla differenza fra la spesa da sostenere e la differenza fra il reddito e il M.V.	- quando il reddito è superiore alla spesa da sostenere + il M.V. + affitto del nucleo. Per quanto riguarda gli altri motivi di esclusione vale quanto disposto nel precedente punto A1.	- certificati medici; - preventivi di spese sanitarie e di altro tipo; - fatture; - altri elementi di prova. Gli accertamenti da effettuare sono quelli indicati al punto A1.
A4 - Contributi in carenza di servizi pubblici	Sono erogati nei casi in cui gli interessati non possono utilizzare i servizi pubblici in carenza di questi e siano pertanto costretti a ricorrere a quelli privati (come ad esempio per gli asili nido e scuole materne).	Comune Cap. Minori 537/4	Continuativo a tempo determinato, oppure straordinario.	Pari al costo della prestazione quando il M.V. è pari o inferiore al reddito. Se il reddito è superiore al M.V. + affitto il contributo sarà pari alla differenza tra la spesa da sostenere e la differenza fra il reddito e M.V. + affitto.	- quando il reddito del nucleo è superiore al costo della prestazione + il M.V. del nucleo. Per quanto riguarda gli altri motivi di esclusione vale quanto esposto nel precedente punto A1.	La documentazione richiesta dovrà comprovare la necessità del servizio e la sua utilizzazione.

A5 - Contributi a titolo di prestito in attesa di prestazioni previdenziali	Sono erogati alle persone che hanno acquisito il titolo alle prestazioni INPS o di invalidità e sono in attesa delle relative liquidazioni. Il prestito è subordinato alla esibizione da parte del richiedente della dichiarazione scritta comprovante il riconoscimento del diritto da parte degli enti competenti.	Comune Cap. Inabili 568/2	Continuativo a tempo determinato.	È pari all'importo mensile della pensione fino al massimale del M.V. + affitto per gli utenti di cui al punto A1, mentre l'entità dello stesso è pari all'importo mensile della pensione fino al massimale del minimo salariale compreso affitto + assegni familiari.	- quando non sia stato acquisito il titolo alle prestazioni INPS od invalidità oppure tali prestazioni siano superiori al M.V. + affitto. Per quanto riguarda gli altri motivi di esclusione vale quanto esposto nel precedente punto A1 per gli utenti di cui al punto A2.	Occorre esibire la dichiarazione scritta comprovante il riconoscimento del diritto da parte degli enti competenti.
A6 - Contributi per persone soggette ad assistenza psichiatrica che vivono in pensioni o in comunità	Persone soggette ad assistenza psichiatrica che sono ospiti di pensioni o comunità.	Provincia	A tempo determinato con possibilità di rinnovo.	Contributo che non può essere superiore al M.V. più una somma massima di L. 100.000 per spese di alloggio.		Dichiarazione che comprovi la retta della pensione o della comunità.
B1 - Contributo integrativo del minimo alimentare	Persone e nuclei familiari in temporanea situazione di crisi comunque determinata il cui reddito non raggiunge il minimo alimentare.	Comune Cap. 1199 ex Eca	A tempo determinato, con revisione periodica (periodo massimo di erogazione: 6 mesi).	Pari alla differenza fra l'importo corrispondente al minimo alimentare e il reddito.	- reddito superiore al minimo alimentare o al minimo salariale (140.000) + assegni familiari. Per quanto riguarda gli altri motivi di esclusione vale quanto esposto al precedente punto A1.	- stato di famiglia e verifica anagrafica; - libretto di lavoro o talloncino di disoccupazione; - libretto mutua; - ricevuta affitto; - eventuale documentazione sanitaria dell'Ufficio d'igiene o dei medici condotti, compresa la momentanea incapacità lavorativa. Accertamenti: indiretti agli uffici competenti e diretti a domicilio dell'interessato.

B2 - Contributi straordinari	Persone o nuclei familiari di cui al precedente punto B1, in presenza di situazioni debitorie relative a spese di cui al M.V.	Comune Cap. 1199 ex Eca	Straordinari ripetibili più volte nell'anno.	È variabile a seconda dei casi nell'arco dei 12 mesi. L'insieme dei contributi non può essere superiore a una cifra pari a 3 volte il minimo salariale (lire 140.000) + assegni familiari.	I motivi d'esclusione sono quelli indicati al punto B1.	Oltre a quella prevista al punto B1 è necessaria la documentazione specifica relativa alla situazione debitoria per la quale viene richiesto il contributo (es. Intimazione di sfratto, bollette, luce, gas non pagate, altra documentazione comprovante i debiti). Gli accertamenti sono quelli indicati al punto B1.
C - Contributi eccezionali e assegni terapeutici	Sono interventi particolari ed eccezionali non facilmente determinabili a priori relativi ad alcune forme di handicap e a persone soggette ad assistenza psichiatrica: tali interventi sono di natura diversa rispetto quelli previsti al punto A3.	Provincia o Comune Cap. Inabili 568/2 o Cap. Minori 537/4 o Cap. 1199 ex Eca	Continuativi straordinari a seconda dei casi.	Le erogazioni sono previste senza riferimenti al M.V. o al reddito e sono rivolte a quelle persone verso le quali per legge l'Ente locale è obbligato a intervenire: il massimale è il 75% della quota base del M.V.		<ul style="list-style-type: none"> - l'operatore nel proporre l'assegno terapeutico deve indicare le spese a cui l'assegno si riferisce; - certificati medici che attestino la particolarità del bisogno; - fatture d'acquisto di alimenti speciali, o medicinali o di prodotti particolari, ecc.
D - Contributi urgenti e una tantum	Sono erogati a coloro ai quali non è possibile, data l'urgenza dell'intervento o per altri gravi motivi, richiedere la documentazione prevista ai punti A e B.	Comune Cap. 1199 ex Eca	Una tantum.	L'ammontare massimo è pari al 50% dell'importo mensile del minimo alim.		Nel limite del possibile anche per questi interventi dovrà essere acquisita la relativa documentazione.

(*) Eguale delibera è stata assunta dalla Provincia di Torino. Gli accertamenti ed i pagamenti verranno effettuati dai servizi comunali con rimborso da parte della Provincia delle somme di sua competenza.

Allegato B

Articoli più significativi sugli anziani malati cronici non autosufficienti pubblicati su "Prospettive assistenziali"

"Iniziativa contro le dimissioni dagli ospedali di anziani cronici", n. 46, 1979; "Diritto degli anziani cronici all'assistenza sanitaria e ospedaliera", n. 54, 1981; "L'abbandono degli anziani cronici non autosufficienti: Tragica conseguenza della negazione del diritto alla salute", n. 77, 1979; "Difendere continuamente i diritti degli anziani cronici non autosufficienti", "Testo della proposta di legge di iniziativa popolare per la Regione Piemonte: riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani cronici non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali" e "Per il diritto alle cure sanitarie delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza", n. 92, 1990; G. Nervo, "Le residenze sanitarie assistenziali: aspetti etico sociali", n. 93, 1991; M. G. Breda, "Eutanasia attiva, passiva e da abbandono", n. 104, 1993; "Messaggio del Cardinale Martini sugli anziani cronici non autosufficienti", n. 102, 1993; "La Regione Emilia Romagna continua a negare agli anziani cronici non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie", n. 104, 1993; "Preoccupante svolta dei Sindacati in materia di anziani cronici non autosufficienti", n. 105, 1994; G. Nervo, "Anziani: etica ed economia", n. 110, 1995; Primari Geriatri del Piemonte, "Le Rsa devono essere strutture sanitarie", n.118, 1997; "Cgil, Cisl e Uil negano lo stato di malattia degli anziani cronici non autosufficienti", n. 119, 1997; "Intesa tra il Governo ed il Forum del Terzo settore per l'emarginazione sociale dei cittadini aventi limitate capacità di auto difesa", n. 127, 1999; E. Brugnone, "Fatti illeciti in strutture ricettive per anziani e abbandono di ricoverati non autosufficienti: considerazioni sui due ultimi comunicati stampa dei Nas", n. 140, 2002; "Una irragionevole e contro-

produttore proposta di legge dei Sindacati del pensionati Cgil, Cisl e Uil sulla non autosufficienza", n. 152, 2005; "Fuorvianti le valutazioni e le proposte contenute nel volume *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*", n. 156, 2007; F. Santanera, "Se diventiamo non autosufficienti sono guai molto seri anche a causa del nostro disinteresse verso noi stessi", n. 158, 2007; "Molto negativa la legge della Regione Toscana sulla non autosufficienza: Cgil, Cisl e Uil plaudono", n. 165, 2009; "Allarmante il novo documento dei negazionisti del vigente diritto alle cure socio-sanitarie delle persone con patologie invalidanti e non autosufficienti", n. 172, 2010; "Altre iniziative di negazionisti dei diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti" e E. Colombo, "L'esperienza degli sportelli dei diritti per gli anziani non autosufficienti dello Spi-Cgil di Torino e Provincia" e "Espedienti messi in atto per negare agli anziani cronici non autosufficienti il diritto alle cure socio-sanitarie", n. 173, 2011; "Autorevoli conferme sui diritti esigibili delle persone non autosufficienti e sulle contribuzioni economiche a carico degli assistiti" e "Pregevole provvedimento della Corte di Cassazione sulle dimissioni ospedaliere", n. 174, 2011; "Petizione popolare nazionale per l'attuazione dei Lea: la nostra contro proposta al disegno di legge delega del Governo per la riforma del settore assistenziale", n. 175, 2011; "Una petizione popolare nazionale per l'effettivo riconoscimento del diritto prioritario delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari" (e relativo teso), n. 181, 2013; M. Bo, "La tutela della salute dei malati non autosufficienti acuti e cronici", n. 182, 2013; M. Perino, "Contro l'eugenetica economica e l'eutanasia sociale",

n. 184, 2013; “Contro l’economia che esclude, l’appello di Papa Francesco”, n. 186, 2014; “Il Consiglio di Stato sposa l’eugenetica sociale. Si riducono le risorse economiche ed ai disabili gravi e agli anziani malati cronici non autosufficienti non sono fornite le cure socio-sanitarie” e “Si estende il numero di negazionisti che non segnalano il vigente diritto alle cure socio-sanitarie dei cittadini non autosufficienti”, n. 189, 2011; F. 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”, n. 190, 2015 e “Rischio della non autosufficienza: le possibili concrete misure di auto tutela 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”, n. 191, 2015; “Appello a Papa Francesco per la tutela dei diritti e delle prestazioni sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti” e “1983. Anziani e 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; “Ordine dei Medici, fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: Sono indifferibili e di competenza sanitaria”, n. 193, 2016; “Un altro libro dei negazionisti dei vigenti diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti”, n. 194, 2016; L. Raiteri, “Sindacati dei pensionati: informazioni omesse o fuorvianti sulla non autosufficienza”, 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”, L. Raiteri, “La Caritas continua a non segnalare i diritti esigibili delle persone non autosufficienti” e F. Santanera, “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 e delle persone con demenza senile”, n. 197, 2017; “Ancora sevizie e crudeltà ad anziani malati cronici non autosufficienti”, n. 198, 2017; Ulces (a cura di), “Disabili e malati non autosufficienti: è epidemia di omicidi/suicidi e maltrattamenti. Ecco l’effetto della negazione delle prestazioni socio-sanitarie”, n. 202, 2018; “Quando la Chiesa cattolica riconoscerà le proprie responsabilità sul diritto negato agli anziani malati cronici non autosufficienti alle indifferibili cure sanitarie e socio-sanitarie”, n. 203, 2018; F. Pallante, “La Sanità in Umbria: se non ti sbrighi a guarire, paghi”, n. 205, 2019; “I nulla”, n. 206, 2019; A. Ciattaglia, “I Sindacati contro i malati non autosufficienti: silenzio sui diritti, ignorata la legge sanitaria”, “Sanità di serie B, famelici profitti dei gestori privati e controlli inadeguati o inesistenti” e “Lombardia *mon amour*: immotivate lodi al sistema sanitario lombardo, promotore di emarginazione e negazione delle cure”, n. 208, 2019; “Dopo il coronavirus, quale sanità per i malati non autosufficienti”, n. 209, 2020; “Documento base per un’azione comune”, “Esposto dell’Ulces alle Procure: accertare se nelle Rsa sono stati commessi illeciti e se queste strutture sono conformi al diritto alle cure sanitarie per i malati non autosufficienti” e A. Bravetti, “Persistente e drammatica situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti in Lombardia”, n. 210, 2020; M. Perino, “Piano pandemico inapplicato e mai aggiornato. Anche così il Covid-19 è dilagato nelle Rsa”, n. 211, 2020; “Fuorvianti valutazioni sui dati statistici e interventi necessari sui malati non autosufficienti: la negativa relazione del Direttore del Ministero della salute, Andrea Urbani” e “Messaggio di Papa Francesco per la Giornata mondiale dei poveri, il nostro commento”, n. 212, 2020.



FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE ONLUS

C.F. 97638290011

◀ Anche quest'anno puoi destinare alla Fondazione promozione sociale onlus il **5x1000** dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi.

◀ **Perché sostenerci**

La Fondazione promozione sociale onlus non riceve contributi da enti pubblici e il tuo 5x1000 contribuisce a permetterci di essere liberi di agire nei riguardi delle istituzioni (Regioni, Asl, Comuni,...) quando non rispettano i diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente.

I costi per la gestione della sede e per i dipendenti, assunti a tempo pieno proprio per garantire l'attività di consulenza che non può essere retta solo con volontari, sono coperti solo in parte con il patrimonio della Fondazione.

Con il tuo contributo ci aiuterai a portare avanti le iniziative per tutelare i diritti delle persone malate non autosufficienti e/o con gravi disabilità e per garantire il nostro diritto alla salute: ciascuno di noi può diventare un malato cronico non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ...

... **Per contributi** (deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi):

Fondazione promozione sociale onlus - Ccb. Iban: IT 66L 02008 01058 000020079613

CURE DOMICILIARI PER I MALATI
E LE PERSONE CON DISABILITÀ
NON AUTOSUFFICIENTI. È POSSIBILE
UNA SCELTA POLITICA «DI SINISTRA»?

Il 17 giugno, dopo aver partecipato all'iniziativa del Partito democratico "Oltre la pandemia: per un Servizio sanitario nazionale più forte" (11 giugno 2021), la Fondazione promozione sociale onlus/ets ha scritto il seguente promemoria, inviato ai parlamentari ed esponenti del Partito democratico (1). Perché sono state compiute tante omissioni sulle leggi vigenti e sui diritti dei malati, in un contesto in cui si trattava del rafforzamento del Servizio sanitario?

«Osserviamo – ha scritto la Fondazione – che nessuno dei presenti, neppure il Ministro della salute Roberto Speranza, ha richiamato la legge 833/1978 quale pilastro del diritto soggettivo ed esigibile alle cure sanitarie per chi è anziano malato cronico non autosufficiente, nonché del diritto alle prestazioni socio-sanitarie definite dai Lea (Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie), che rappresentano il nucleo irriducibile del nostro diritto alla tutela della salute costituzionalmente garantito.

In particolare, valutiamo molto negativo il fatto che non sia stato precisato che i cittadini malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani con demenza o con la malattia di Alzheimer, rientrano a pieno titolo nella tutela del Servizio sanitario in quanto malati inguaribili ma sempre curabili tenuto conto che la strage avvenuta per la Covid-19, più volte richiamata dai relatori, ha colpito soprattutto gli anziani con pluripatologie croniche e non autosufficienza ricoverati.

Al riguardo, nel corso del dibattito tutti i relatori erano d'accordo nel richiamare concetti quali "prossimità", "domiciliarità", "la casa prima di tutto", nonché l'Adi (Assistenza domiciliare

integrata), con riferimento a risorse destinate e al conseguente potenziamento previsto nel Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza).

Non c'è stata alcuna informazione in merito alle risorse che dovrebbero essere stanziare per garantire al malato cronico non autosufficiente (di ogni età) tutte le altre prestazioni di cui necessita per sopravvivere 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno per poter vivere ed essere curato al proprio domicilio e che non sono garantite dall'Adi anche se potenziate.

In questo momento nel Pnrr "Missione 6" non è previsto nessun aiuto economico del Servizio sanitario (assegno di cura), mentre l'innovazione, che concretamente può sostenere prima di tutto la cura a casa, è garantire, oltre alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, un contributo economico della Sanità, tanto quanto viene garantito se lo stesso malato cronico non autosufficiente venisse ricoverato in convenzione in Rsa.

Ci sono due proposte del Pd: una del senatore Mauro Laus depositata in commissione Igiene e Sanità del Senato, l'altra dell'onorevole Stefano Lepri, depositata presso la commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

È su queste proposte che ci attendiamo una scelta politica «di sinistra», misura necessaria per evitare l'impoverimento dei nuclei familiari (anche del ceto medio) e con essi anche le generazioni future.

I Parlamentari piemontesi del Partito democratico (Pd) sono in grado di testimoniare quanto sia efficace sostenere economicamente le prestazioni domiciliari con contributi erogati con accesso universalistico.

In Piemonte, e nella Città di Torino in particolare, vi sono migliaia di congiunti che hanno potuto garantire il loro supporto per anni a casa grazie ad «assegni di cura» inseriti in progetti dell'Asl con benefici per i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti, nonché risparmi per il Servizio sanitario.

Anche per queste esperienze positive, siamo rimasti ancor più sconcertati nel prendere atto che tutti i relatori abbiano dato per scontato, senza mai citarla, che «a casa» ovviamente

(1) La comunicazione è stata inviata al Ministro della Salute, Roberto Speranza, al Segretario del Partito democratico, Enrico Letta, ai Parlamentari Graziano Del Rio, Deborah Serracchiani, Elena Carnevali, Stefano Lepri, Mauro Laus, Andrea Giorgis, Davide Gariglio, all'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, Raffaele Donini, al Presidente dell'Anci, Antonio De Caro.

c'è la famiglia (meglio, la donna), che dovrà garantire tutto quello che non può certo assicurare l'Adi.

Al riguardo è opportuno ricordare che non vi sono leggi che impongano l'obbligo di curare i propri congiunti malati cronici non autosufficienti, obblighi che lo Stato ha posto in capo al Servizio sanitario nazionale.

La solidarietà familiare, che non si può imporre per legge, quando c'è andrebbe sostenuta dal Servizio sanitario e non solo con tante lodi, ma nessun aiuto, come è previsto nelle proposte di legge per i caregiver.

L'idea che è passata alla fine dal dibattito in oggetto è che si voglia «sfruttare» la famiglia, quando c'è, qualunque sia il colore del Governo o della Regione che amministra.

In secondo luogo, benché le Rsa (e le Case di riposo o analoghe strutture) siano state al centro delle stragi avvenute causa Covid-19, non una parola è stata spesa per dire che cosa si intende fare per avviare con urgenza la indispensabile riforma radicale delle cure sanitarie evocata da tutti i massimi esperti del Ministero della salute e non solo.

Anzi, proprio non sono state citate come se non parlarne annullasse il problema che resta drammatico, perché ci sono i sopravvissuti delle Rsa e i loro familiari che continuano attraverso i comitati vittime e sopravvissuti a sollecitare visite in presenza, aumento degli standard del personale, direzione sanitaria, copertura delle convenzioni da parte delle Asl e abbattimento delle liste d'attesa per le convenzioni, altra causa di impoverimento dei nuclei familiari. È la grave carenza di medici e infermieri e di direttori sanitari ad aver contribuito a determinare le decine di migliaia di decessi.

Ci auguriamo che non vi sia l'idea che si possano ricoverare in una comunità familiare anziani con pluripatologie croniche, demenza o Alzheimer, non autosufficienti. La strage avvenuta dovrebbe aver messo in chiaro che, al contrario, è urgente potenziare la presenza sanitaria nelle Rsa perché siano parte integrante della filiera del Servizio sanitario nazionale».

Così terminava l'appello della Fondazione promozione sociale: «Confidiamo che, dopo aver ascoltato gli enti del terzo settore che gestiscono e co-progettano con le Istituzioni, siate disponibili a confrontarvi anche con le

organizzazioni scriventi che, nell'ambito della propria attività di volontariato di promozione e tutela dei diritti alle cure sanitarie dei malati cronici non autosufficienti, seguono i casi individuali, attraverso lo sportello attivo tutti i giorni e in tutta Italia.

E' dalla presa in carico di situazioni concrete che si può capire che cosa chiedono i cittadini con un malato cronico non autosufficiente, specie se con demenza o Alzheimer (ma vale anche per la disabilità intellettiva e l'autismo) e toccare con mano dove il Sistema sanitario non funziona (sia che la Giunta sia di destra, di centro o di sinistra), perché non vengono rispettate le leggi che garantiscono il diritto soggettivo alle prestazioni».

**CURE DOMICILIARI SOCIO-SANITARIE:
RISORSE PER IL 5% DEI RICHIEDENTI.
GLI ALTRI RESTERANNO
A BOCCA ASCIUTTA?**

La Regione Piemonte – Assessorato alle Politiche sociali, non alla Sanità – ha comunicato per l'anno 2021 l'erogazione di contributi economici domiciliari, sotto forma di sussidi sociali erogati su base discrezionale, per malati/persone con disabilità non autosufficienti. Qualcuno in assessorato o nella Giunta della Regione Piemonte ha fatto il conto di quante prestazioni per malati non autosufficienti possono essere garantite con queste – misere – risorse e con l'inquadramento delle stesse nel settore socio-assistenziale anziché sanitario?

L'ammontare di 5 milioni di euro stanziati, che fa parte della dotazione del Piano per la non autosufficienza regionale – già duramente contestato dalla Fondazione promozione sociale e dal Coordinamento sanità e assistenza –, coprirà per un anno circa 750 malati/persone con disabilità non autosufficienti sugli oltre 15mila che hanno fatto richiesta di una presa in carico sanitaria e ai quali le Asl hanno negato la prestazione domiciliare. I malati/persone con disabilità non autosufficienti verranno valutati in base all'Isee e ad altri parametri socio-economici (possesso della casa, composizione del nucleo familiare...), mettendo sullo stesso piano condizione sociale e situazione sanitaria del paziente, operando una discriminazione su

base economica a utenti che hanno diritto all'accesso universalistico (identico per ricchi e poveri) alle cure. In più, l'ammontare delle risorse è contingentato: finite quelle, finite le prestazioni.

L'Assessorato alle Politiche socio-assistenziali, e non sanitarie, ha previsto poi un altro stanziamento che verrebbe fornito agli accuditori famigliari che hanno lasciato il lavoro perché i propri cari non venivano curati. Un contributo che elargisce una «mancetta» con criteri ancora più discrezionali di quelli per i 750 di cui sopra, poiché saranno i Consorzi dei servizi socio-assistenziali a «valutare caso per caso» in base all'Isee.

Le misure della Regione non sono diritti esigibili, che invece i malati/persone con disabilità avrebbero se fosse l'Assessore alla sanità Luigi Icardi e non su quello al Socio-Assistenziale, Chiara Caucino, a garantire il contributo per chi è malato cronico o con disabilità e non autosufficiente.

Il contributo arriverà per pochissimi e dopo una valutazione (il cui esito potrebbe arrivare fino a sei mesi dopo la richiesta) che taglierà fuori la stragrande maggioranza dei possibili richiedenti. Le risorse stanziate non solo non sono sufficienti a coprire la domanda ma sono conteggiate per coprire solo i poverissimi (che si attestano normalmente intorno al 5% dei richiedenti le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie): il 5% dei 15.000 in lista di attesa per le prestazioni domiciliari fa infatti 750.

Per tutti gli altri niente, nonostante siano malati/persone con disabilità non autosufficienti, titolari del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dell'Asl, a domicilio se vi è la disponibilità di un parente-accuditore.

Solo per la città di Torino sono stati mantenuti in essere gli assegni di cura con quota sanitaria corrisposta dall'Asl, ma non verranno rinnovati alla morte dei beneficiari.

Il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale hanno chiesto alla Giunta regionale di approvare subito un provvedimento attuativo della legge 10 del 2010, per garantire la quota sanitaria a casa, come avviene nelle Rsa, per chi è malato non autosufficiente e ricoverato. La legge regionale 10/2010, che prevede le cure domiciliari con la quota sanitaria –

svincolata dall'Isee – è in vigore da 11 anni. Adesso è ora di applicarla e di chiamare la sanità a fare la sua fondamentale parte.

UOMINI O CAPORALI? IL GRAVE DISSERVIZIO ALLE PERSONE INCAPACI DI RAPPRESENTARSI DA SÉ PER LA MANCATA PROROGA DI VALIDITÀ DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO

La decisione del Governo di non prorogare le scadenze dei documenti di riconoscimento oltre la data del 30 settembre 2021, senza conoscere gli arretrati degli uffici anagrafici, almeno delle maggiori città italiane, è degna della penna di Kafka e di Pirandello. Bari, a causa del *lockdown*, ha un arretrato di 30 mila carte di identità, e i tempi d'attesa per un appuntamento sono minimo di sei mesi (2). Per questa ragione ho vissuto un fatto paradossale. Alla Posta mi hanno negato di riscuotere la pensione di un mio parente disabile che vive in Rssa (Residenza socio-sanitaria assistenziale), di cui sono amministratore di sostegno (Ads), a causa delle rispettive carte d'identità scadute. Io sono riuscito ad aggirare l'ostacolo con la patente, ma per l'altro documento non c'è stato niente da fare; la rigida burocrazia applicata in «modo esemplare», teutonico ed irrevocabile (la legge è legge!) ha sfoggiato tutta la sua disumana freddezza, e il suo «ritualismo» descritto dal sociologo Merton. Non ho potuto prendere la pensione – dovrò attendere il mese prossimo quando rinnoverò la carta d'identità del mio parente – e non potrò pagare la retta. A nulla è valso il decreto di nomina di Amministratore di sostegno come a nulla è valso il fatto che da anni mi reco al solito ufficio postale ove tutti, direttore compreso, mi conoscono: documento scaduto, esistenza cessata! Pur insistendo sul fatto che io sostituisco, come da decreto, l'amministrato, e che perciò sarebbe bastato anche solo il mio documento, davanti al ripetuto diniego, diventato nel frattempo del direttore, mi sono chiesto che senso avesse quel decreto «di carta». L'accumulo di due mensilità da pagare apre un altro paradoss-

(2) https://bari.repubblica.it/cronaca/2021/09/05/news/bari_carte_d_identita_-316530723/

so legale: sono vietati i pagamenti in contanti superiori a duemila mila euro. La retta arretrata la dovrò pur pagare, e non è colpa mia se la Posta non mi paga. Avrei potuto effettuare il prelievo con la carta libretto, ma il giudice tutelare del tribunale di Bari non autorizza il rilascio degli strumenti elettronici di credito/debito; anche questo va a scapito dell'amministrato, perché non può portare in detrazione fiscale le visite mediche senza pagamenti elettronici. Intanto, anche a un anziano signore entrato dopo di me, dicono no rispetto ad analoga richiesta: «Questo è il terzo ufficio postale che mi nega la mia pensione, ho lavorato una vita!

Sono soldi miei! Per darmi la carta d'identità elettronica serve la prenotazione dal sito con lo Spid; per lo Spid serve l'appuntamento in Posta con il telefonino... io non ci capisco niente! Ho il mio libretto, perché non mi pagate? Come farò a sopravvivere questo mese?». Attonito per quanto stava accadendo a quell'anziano, fragile e avulso dalle conoscenze tecnologiche, ho pensato alla massima di Totò: «Siamo uomini o caporali?» La burocrazia digitale è al servizio dell'uomo o viceversa?

(*Davide Pizzi*, assistente sociale iscritto all'Ordine della Puglia, e curatore del suo blog <https://assistentesocialereporter.wordpress.com/>)

CENTRI DI SALUTE MENTALE, SONO IRREGOLARI PIÙ DI DUE SU DIECI

Secondo l'Agi – Agenzia giornalistica Italia del 14 luglio 2021 «sono 536 i centri di salute mentale controllati, su tutto il territorio nazionale, dai carabinieri dei Nas, in 122 dei quali (pari al 22%) sono state accertate irregolarità. Nel corso delle verifiche sono state comminate 141 sanzioni penali e amministrative per un ammontare complessivo di 62 mila euro».

Tra le infrazioni più gravi riportate nella notizia la contestazione «di reati di maltrattamento e abbandono di incapaci riscontrati presso due strutture di Agrigento e Sassari i cui gestori sono stati deferiti all'Autorità giudiziaria per aver ospitato pazienti con patologie mentali in ambienti insalubri, senza assicurare la presenza di figure professionali e un adeguato livello di cura».

Un ambulatorio di salute mentale in provincia di Avellino è stato invece sequestrato poiché funzionante in assenza di requisiti e di autorizzazioni. In 8 episodi ispettivi, i Nas hanno rinvenuto farmaci scaduti di validità, così come bombole di ossigeno, detenuti all'interno delle astanterie delle strutture, in promiscuità con i medicinali ancora validi destinati alla somministrazione ai pazienti. Ben 240 sono le confezioni contenenti vari farmaci a base di ansiolitici e per il trattamento dell'umore scaduti.

Ulteriori violazioni, specifica l'agenzia, sono state riscontrate in almeno 11 esercizi monitorati: «Sono riconducibili a inosservanze in materia di sicurezza sul lavoro, mancata valutazione dei rischi e inadempienze alle misure di contenimento del Covid-19. La maggior parte delle irregolarità hanno interessato inadeguatezze strutturali, assistenziali ed organizzative dei servizi dedicati alle persone con patologie psichiche, rilevando 77 strutture con spazi insufficienti e servizi igienici malfunzionanti indistinti per sesso, carenze nei livelli di assistenza dovute alla mancanza di piani riabilitativi e di operatori adeguati alle necessità rieducative dei pazienti, ambienti insalubri per umidità e muffe alle pareti, esfoliazione degli intonaci, mobilio fatiscente, mancanza di climatizzatori».

Sono state inoltre accertate carenze nella corretta conservazione e preparazione degli alimenti nei centri ove è previsto un servizio semiresidenziale o di ricovero 24 ore su 24: presso 9 cucine associate a tali strutture sono state contestate violazioni di carattere igienico sanitario.

LA STRISCIANTE EPIDEMIA:
OMICIDI-SUICIDI DI MALATI NON
AUTOSUFFICIENTI E LORO CONGIUNTI,
ABBANDONATI DAL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

Atti di accusa silenziosi, ma strazianti. Le storie di Mario e Alberto, mariti che a pochi giorni di distanza questa estate hanno ucciso nella città di Roma le loro mogli malate non autosufficienti e si sono tolti la vita, chiamano in causa il Servizio sanitario nazionale e le Asl di residenza delle persone decedute, che – con tutta probabilità – non hanno dato risposte ai loro bisogni di tutela della salute, soprattutto di continuità delle cure domiciliari, scaricando sulle spalle dei coniugi l'accudimento, faticosissimo e straziante, delle mogli malate gravissime.

Mario P., riporta il sito di informazione roma-today.it del 17 agosto, «ha lasciato un biglietto prima di impiccarsi nella sua villetta di Roma Nord: 'Scusate, non ce la faccio più'. Questo il messaggio con il quale ha spiegato le ragioni che lo hanno portato prima ad uccidere l'anziana moglie, Pierina G. costretta sulla sedia a rotelle e poi ad uccidersi. Inutili i tentativi da parte dei soccorritori, per Mario P. era oramai troppo tardi. A ricostruire l'accaduto sono poi stati gli investigatori dei commissariati Ponte Milvio e Flaminio, intervenuti in via della Giustiniana assieme agli uomini della scientifica. Aperta l'abitazione gli investigatori hanno infatti trovato il corpo privo di vita di Pierina G., 83 anni, ancora sulla sedia a rotelle con una ferita al petto infertagli con un grosso coltello da cucina, trovato poco distante dal corpo della donna malata di Alzheimer». Pochi giorni prima, analoga tragedia si era verificata ad Ostia dove due coniugi sono stati trovati morti in casa. Così roma-today.it: «È un omicidio-suicidio quello che si è consumato giovedì mattina ad Ostia dove il marito ha prima ucciso la moglie e poi si è tolto la vita lanciandosi dalla finestra della loro abitazione. Alla base del gesto la malattia della donna, sottoposta ad un intervento oncologico recentemente. La donna trovata priva di vita con una ferita alla gola si

chiamava D. G., hostess Alitalia in pensione, uccisa con un coltello dal marito, A. R., di 77 anni, che si è poi lanciato dalla finestra precipitando nel cortile interno del condominio».

GELA: ASSOCIAZIONE PER DELINQUERE,
ESERCIZIO ABUSIVO
DELLA PROFESSIONE SANITARIA E
MALTRATTAMENTI AD ANZIANI E DISABILI

Riporta l'Ansa: «La Procura di Gela ha chiuso due inchieste sulla gestione di case di riposo e centri di accoglienza gestiti dalla stessa persona e avanzato le richieste di rinvio a giudizio tenendo i fascicoli separati.

A conclusione di indagini del locale commissariato di polizia il procuratore Ferdinando Asaro ha chiesto il processo per l'amministratore unico del consorzio di cooperative sociali 'Progetto vita' e di altre 27 persone per associazione per delinquere, esercizio abusivo della professione sanitaria e maltrattamenti ad anziani e disabili.

Il legale rappresentante è anche accusato di avere gestito l'attività illecita di case di riposo e centri di accoglienza per disabili mentali a Butera, Niscemi, Pietraperzia, San Michele di Ganzaria e Mirabella Imbaccari. Per il Procuratore Ferdinando Asaro avrebbe «impiegato personale non qualificato e favorito la perpetrazione le condotte criminose contestate fine all'aprile 2019». Gli accertamenti espletati, ricostruisce l'accusa, «hanno consentito di ricostruire lesioni personali gravi e gravissime verificatesi nei confronti di ricoverati nelle strutture» al centro dell'inchiesta. Nei confronti dello stesso amministratore unico e di altre cinque persone, compresa una donna indagata anche nell'altra inchiesta, nell'ambito di altro procedimento penale, è stato richiesto inoltre il rinvio a giudizio per omicidio colposo per «avere cagionato la morte di un ricoverato della casa di riposo denominata 'Le Viole residence per anziani' sita nel comune di Butera». Secondo la Procura di Gela «gli imputati, contravvenendo alle doverose cautele dettate

dalle prestazioni di tipo assistenziale e di carattere infermieristico e riabilitativo, agendo con negligenza, imprudenza e imperizia, cagionavano la morte del ricoverato, per imperizia per avere omesso di richiedere tempestivamente l'intervento di personale medico per le cure del caso».

PRESTAZIONI PER PERSONE CON DISABILITÀ: TRUFFA ALL'ASL DI TARANTO PER QUASI QUASI MEZZO MILIONE DI EURO

«I Carabinieri del Nas di Taranto hanno eseguito un'ordinanza con cui il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Taranto ha disposto l'applicazione una misura cautelare interdittiva, per 12 mesi, nei confronti del legale rappresentante della Cooperativa Nuova Luce, associazione a responsabilità limitata gestrice di strutture socio-sanitarie per conto della Asl di Taranto, ritenuta responsabile di truffa aggravata e continuata e tentata truffa». Così dà conto il comunicato 2067 del 20 luglio del Ministero della Salute riguardante l'attività dei Nas.

La meticolosa attività d'indagine ha avuto origine da una segnalazione della stessa Asl di Taranto che ha permesso di individuare una

truffa perpetrata nei confronti della stessa Asl che, mediante artifici e raggiri ha indotto l'ente pubblico ad elargire un ingiusto profitto, consistente nell'ottenere il pagamento di 237mila 672,17 euro relativo a prestazioni «mai eseguite» a favore di persone «con disabilità fisiche e psicosensoriali». La cooperativa accusata della truffa, secondo i rilievi mossi da Nas, stava tentando una nuova tranche della truffa, per altri 245mila 132,79 euro di altre analoghe prestazioni di fatto «mai effettuate». «Lo sviluppo dell'attività investigativa, svolta anche tramite accertamenti bancari e patrimoniali – osservano i Nas – ha consentito di individuare i conti correnti bancari dove sono stati versati gli emolumenti percepiti impropriamente sia dalla società cooperativa, sia dal suo presidente e legale rappresentante». I Carabinieri del Nas hanno eseguito «il decreto di sequestro di tutti i conti correnti bancari e postali, depositi al risparmio, dossier, titoli e cassette di sicurezza, nonché del denaro contante, dei beni mobili ed immobili, delle quote di società, delle aziende e di ogni altro bene suscettibile di valutazione finanziaria intestate alla Società Cooperativa nonché all'indagato, ubicati in Taranto e Provincia, fino a concorrenza del complessivo valore di euro 237.672,17, inerenti alla liquidazione di prestazioni 'mai eseguite', di fatto già liquidate dall'Asl».

CLAUDIO FRANCHINI - **L'intervento pubblico di contrasto alla povertà**, Editoriale scientifica, Napoli 2021, pag. 219, euro 16.

Assai sconcertante è l'affermazione di fondo dell'Autore secondo cui *«com'è noto la povertà assoluta viene delineata come riferimento al valore monetario a prezzi correnti del paniere dei beni e dei consumi considerati essenziali per una famiglia in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del Comune di residenza»*. Ne consegue che *«si ritiene in condizione di povertà assoluta una famiglia [o una persona, ndr] che sostenga una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore monetario»* (pag. 14).

Dunque, è povero assoluto *«chi non dispone di quelle risorse essenziali che assicurano la soddisfazione dei bisogni fondamentali di mercato come cibo, acqua, casa, vestiario e medicine»* (pag. 15).

Da tener presente che l'Autore riconosce come valida la valutazione dell'Istat in base alla quale – incredibile ma vero – fra le risorse economiche disponibili non viene preso in considerazione il possesso dei patrimoni immobiliari e mobiliari qualsiasi sia il loro valore.

La posizione dell'Istat, acriticamente fatta propria dall'Autore, non solo è sicuramente insensata ma è anche ingiusta in quanto ha determinato e determina l'obbligo da parte dello Stato di erogare contributi economici, milioni e milioni di euro, a fondo perduto a centinaia di migliaia di persone che sicuramente non avevano e non hanno alcuna esigenza di natura economica per condurre una vita accettabile.

Ad esempio, sono molto significative le precisazioni contenute nel documento "Le statistiche dell'Istat sulla povertà. Anno 2018" secondo cui *«tra le famiglie che vivono in casa di proprietà, paga un mutuo il 16,1% di quelle in povertà assoluta rispetto al 19,4% delle famiglie non povere»* e che *«la rata media effettiva per le famiglie che pagano un mutuo è di 452 euro mensili fra quelle povere e di euro 569 per le non povere»*.

Nel sopracitato documento l'Istat puntualizza altresì che *«dal punto di vista economico e contabile questa voce di bilancio [il pagamento del mutuo, ndr] è un investimento e non rientra quindi nella spesa per consumi»*.

Al riguardo occorre tener presente che secondo i dati dell'Istat del 2016 l'80,3% dei cittadini italiani vive in abitazione di loro proprietà.

Da notare che tra i soggetti effettivamente non indigenti, e a volte benestanti, che beneficiano della definizione di povertà assoluta dell'Istat relativa alla non considerazione dei patrimoni immobiliari e mobiliari posseduti se privi di reddito, c'è e ci sarà una quota di coloro che hanno ottenuto e otterranno l'integrazione minima della pensione (3 milioni e 80.950 persone nel 2017), la maggiorazione sociale (822.767 persone) e gli assegni sociali (887.995 persone).

Segnaliamo altresì che sulla base degli insensati criteri dell'Istat, la potentissima "Alleanza contro la povertà in Italia" aveva promosso la legge n. 33/2017 per il contrasto alla povertà, in base alla quale erano considerati poveri assoluti coloro che avevano un Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) ed un Isre (Indicatore della situazione reddituale) di valore non superiore rispettivamente ai 6mila e 3mila euro, la proprietà della casa di abitazione di qualsiasi valore, il possesso di altri immobili con quotazione economica non superiore a 20mila euro e disponevano altresì, nel caso di nuclei familiari da tre o più persone, di beni immobili anche immediatamente disponibili di importo non superiore a 10mila euro.

L'Autore non solo non evidenzia l'assurdità delle norme della legge n. 33/2017, ma nemmeno si sofferma sulla vigente legge n. 26/2019 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni" in cui è previsto che il beneficiario deve possedere: 1) un valore dell'Isee inferiore a 9.360 euro; 2) un patrimonio immobiliare in Italia o all'estero diverso dalla casa di abitazione di valore non superiore a 30mila euro; 3) un valore dei beni mobiliari non superiore a 6mila euro aumentabili di 2mila euro per ogni componente il nucleo

familiare successivo al primo fino a un massimo di euro 10mila, incrementati ulteriormente di euro 5mila per ogni componente in condizione di disabilità e di euro 7.500,00 per ogni soggetto con disabilità grave o di non autosufficienza; 4) un valore del reddito familiare inferiore alla soglia di 6mila euro moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza con la possibilità di incrementi a euro 7.560,00 oppure a euro 9.360,00.

Da tener presente che sia la legge 33/2017 che la 26/2019 prevedono l'erogazione di contributi a fondo perduto non solo a coloro che sono in possesso di patrimoni immobiliari ma anche di beni mobiliari immediatamente disponibili e inutilizzati purché non produttivi di reddito.

A nostro avviso, come dovrebbe essere ovvio a tutte le persone di buon senso, alle persone o ai nuclei familiari in possesso di beni immobiliari e mobiliari ma privi del necessario contante per vivere non dovrebbero essere concessi contributi a fondo perduto ma prestiti, se del caso con interessi molto limitati. I prestiti dovrebbero essere restituiti appena risolto il bisogno o, nei casi di decesso, dagli eredi, ferma restando la loro facoltà di rinunciare all'eredità.

Inoltre, è inaccettabile che nel volume in oggetto non ci sia una sola parola in merito alla sottrazione delle persone e alle famiglie veramente povere di quasi tutti gli imponenti patri-

moni ed i relativi redditi delle Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, inizialmente oltre 21.000 in Italia, in aperta violazione della legge 6972/1890.

Da notare che nell'articolo "Ipab sottratti alle persone povere miliardi di euro", n. 196/2016 di "Prospettive assistenziali", l'importo del "furto" dei beni ai poveri è stimato in 50 miliardi di euro.

È poi assai preoccupante che nel volume di Claudio Franchini, Professore ordinario di diritto amministrativo dell'Università Tor Vergata di Roma, venga evidenziato, in netto contrasto con la Costituzione e la pari dignità di tutti i cittadini, la deleteria priorità del settore dell'assistenza che invece dovrebbe, a nostro avviso, operare per un limitatissimo numero di persone, come stabilisce il primo comma dell'articolo 38 della legge delle leggi, mentre occorre agire affinché a tutti i cittadini, compresi i soggetti più deboli, siano assicurati interventi adeguati da parte dei settori effettivamente sociali.

Al riguardo ricordiamo che sulla seconda pagina di questa rivista viene precisato che «Solo riconoscendo alle persone incapaci di autodifendersi le stesse esigenze e gli stessi diritti degli altri cittadini si può vincere l'emarginazione sociale. Eventuali interventi sull'assistenza sociale devono essere aggiuntivi e non sostitutivi delle prestazioni della sanità, della casa, della scuola e delle altre attività di interesse collettivo».