

giugno 2007

ESPERIENZE DI VOLONTARIATO DEI DIRITTI IN MATERIA DI CURE SOCIO-SANITARIE E DI CONTRIBUZIONI ECONOMICHE

- IL RUOLO DEL TUTORE E DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

(parte seconda)

I diritti in sanità e le leggi vigenti

In merito ai diritti e al riguardo della sanità occorre ricordare che esistono dei precisi obblighi da parte del Sistema sanitario nazionale e regionale che però a volte vengono disattesi soprattutto se riguardanti le fasce più deboli della popolazione.

Tralasciamo di approfondire i motivi; diciamo solo che laddove l'utenza è debole anche il diritto, se non adeguatamente difeso, può essere debole. E dove l'utenza è debole c'è, di per sé stessa, scarsa vigilanza.

Detto ciò, ricordo le principali norme, che potrete anche trovare nell'opuscolo "Tutti hanno diritto alle cure sanitarie", disponibile on-line sul sito <http://www.fondazionepromozioneosociale.it/>.

Vediamo dunque quali sono le norme e gli strumenti utili per un volontario (tutore o altro) al fine di difendere i diritti delle persone incapaci.

Iniziamo con la Carta costituzionale, dal 1948 nostro riferimento primario, dalla quale discendono tutte le leggi. Vi sono tre articoli, in particolare, a cui fare riferimento:

- l'articolo 2, 3 e 32, quest'ultimo espressamente rivolto alla salute, precisa che *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, prima ancora che come interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»*.

Dai suddetti articoli consegue che, in Italia, tutti gli individui hanno diritto ad essere curati, senza discriminazione alcuna, siano essi poveri o ricchi, giovani o vecchi, lavoratori o meno, abili o inabili.

Con il tempo i principi e le affermazioni espresse dalla Carta costituzionale hanno trovato un buon riscontro nella legislazione ordinaria. Vediamo alcune leggi in proposito:

Nel 1955, il Parlamento approva la legge 692, estendendo il diritto alle cure sanitarie a tutti i pensionati e ai loro familiari a carico conviventi (cure sanitarie generiche, specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche). Tale assistenza sanitaria, secondo la 692, spetta senza limiti di durata nei casi di malattie specifiche della vecchiaia. In sostanza questa legge è una assicurazione per la vecchiaia e, per la sua applicazione, ricordo, sono state previste tasse aggiuntive (9,20 % della retribuzione) a carico sia del datore di lavoro sia del lavoratore. Tasse che dal 1955 ad oggi continuiamo a pagare.

Nel 1968, il Parlamento approva la legge 132, sugli ospedali. Con essa, tra le varie cose, è prevista:

- la realizzazione degli ospedali anche per lungodegenti e convalescenti;
- la programmazione degli ospedali, da parte delle Regioni, tenendo conto delle necessità per i malati acuti, cronici, lungodegenti e convalescenti;
- l'obbligatorietà del ricovero in caso di accertata necessità;
- la possibilità del ricorso contro le dimissioni.

Nel 1978 è emanata la legge 833 che:

- conferma il diritto alle cure per tutti i malati, qualsiasi sia la patologia (anche psichiatrica, recependo la specifica legge 180/1978), la causa e la durata;
- introduce il Servizio sanitario nazionale (Ssn) e il Fondo sanitario nazionale;
- assegna alle Asl l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Inoltre, la 833 in merito agli anziani stabilisce che è obiettivo del Ssn la tutela della loro salute anche al fine di prevenire la loro emarginazione.

Insomma, in estrema sintesi, nel settore sanitario è previsto il diritto esigibile, e gratuito eccetto ticket, alle cure sanitarie per tutti i malati e le patologie, per ogni causa, senza limiti di durata.

L'attuale situazione degli anziani malati cronici

Ciò premesso, vediamo ora, a fronte dei diritti di cui sopra, qual è, invece la situazione dei malati cronici. Senza esagerare si può affermare che in realtà i malati cronici sono in genere espulsi dalla sanità e scaricati alla famiglia.

In buona sostanza sono dimessi dagli ospedali senza la necessaria continuità terapeutica, ovvero la prosecuzione delle cure, nonostante ne abbiano tutto il diritto.

Per prosecuzione delle cure s'intende o al proprio domicilio, dando però il supporto medico/infermieristico necessario, o presso un'altra struttura sempre sanitaria, pubblica o privata convenzionata che sia, oppure presso una Rsa – Residenza sanitaria assistenziale.

In pratica, il malato dimesso, è scaricato ai familiari come se essi fossero titolari di competenze sanitarie. La famiglia si trova quindi a dover gestire una situazione pesantissima. Peraltro, firmando le dimissioni si accolla enormi responsabilità. In genere deve provvedere a

trovare un posto in una struttura privata a pagamento. Le rette di queste strutture, private non convenzionate, possono arrivare fino a 2-3 mila euro al mese.

Ricordo che nel 1999 due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia di povertà per la cura di un congiunto anziano cronico non autosufficiente, abbandonato dal Sistema sanitario nazionale (dato dell'Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, ottobre 2000).

Il decreto Craxi

Perché ciò è potuto accadere?

Nel 1985 c'è stata la "grande invenzione" da parte di alcuni "malpensanti" che hanno ritenuto conveniente suddividere le prestazioni curative in toto, tra parte strettamente sanitaria e parte meramente assistenziale.

Difatti, nel 1985 è stato emanato il tremendo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (decreto Craxi), che ha introdotto il concetto di integrazione socio-sanitaria, dando alle Regioni la facoltà di effettuare la partizione della sanità tra sanità e assistenza. Ciò per le prestazioni fornite ad alcune tipologie di soggetti/patologie: anziani, handicappati, malati mentali, tossicodipendenti, (le fasce deboli insomma) ricoverati in strutture protette.

Questo scarico ha in sostanza permesso di gravare parte dei costi delle prestazioni sugli utenti.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri è un atto amministrativo cioè una norma di secondo livello che non poteva modificare le leggi vigenti già citate, che assicurano - come abbiamo visto - il diritto alle cure per tutti i malati acuti e cronici.

A proposito vi è anche stata una sentenza della Suprema Corte di Cassazione, la 10150 del 1996, in cui in particolare è affermato che:

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 è "contra legem" nel caso in cui viene utilizzato per non riconoscere parità di diritto alle prestazioni sanitarie dei pazienti cronici rispetto agli acuti
- le cure sanitarie spettano sia ai malati acuti sia a quelli cronici;
- laddove c'è un intervento sanitario non si può scindere la parte assistenziale.

Purtroppo però le cose negli anni sono andate sempre più nella direzione di non garantire il pieno diritto alle cure sanitarie alle fasce più deboli.

Scarsa è stata la difesa del diritto alle cure sanitarie anche per i soggetti malati cronici e non autosufficienti. Ad eccezione del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti di Torino, in questi 20 anni circa, pochissime sono state le altre voci che si sono alzate a difesa.

I Lea (Livelli essenziali di assistenza)

E il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1985 ha avuto un seguito spietato, in barba alle disposizioni vigenti e alla sentenza sopra riportata.

Gli sviluppi – normativamente parlando - sono stati abbastanza recenti:

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, ha esteso il perimetro dagli anziani agli ultradiciottenni;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 sui Lea (Livelli essenziali di assistenza), ha stabilito addirittura la percentuale a carico della sanità e la rimanente percentuale a carico dell'assistenza ovvero dei Comuni o degli utenti.

Contro il decreto sui Lea, però, vari Comuni (piemontesi soprattutto) hanno presentato ricorso al Tar, Tribunale amministrativo regionale, e molte associazioni di base si sono attivate promuovendo anche una petizione. Il presupposto di fondo per il ricorso era quello secondo il quale un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri non può modificare una norma di primo livello che stabilisce il diritto alle cure sanitarie indistintamente se giovane/anziano, cronico/acuto, ecc.

Purtroppo, a mettere una pietra sopra tutti i ricorsi e a sistemare le cose ci ha pensato l'articolo 54 nei meandri della finanziaria 2003 (legge 289 del 27 dicembre 2002) ove è stato confermato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui Lea del 29 novembre 2001, con forza di legge.

Tale articolo ha confermato in sostanza, la contribuzione al pagamento delle prestazioni sanitarie rivolte a certe patologie croniche.

Oggi abbiamo dunque:

- una sanità (quella di serie A) che si prende interamente carico solamente della fase intensiva delle patologie, quelle che hanno durata breve, oppure di alcune patologie croniche di una certa rilevanza medica (esempio trapiantati).
- un'altra sanità (la sanità di serie B) in parte a carico diretto degli Utenti (o dei Comuni).

In sostanza tale articolo 54 consente il trasferimento degli anziani colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza dal settore sanitario a quello definito socio-sanitario.

Occorre però evidenziare che lo stesso articolo 54 conferma che le prestazioni riconducibili

ai suddetti livelli di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale. E questa garanzia costituisce un aspetto molto importante per la rivendicazione del diritto al relativo servizio.

Questi alcuni degli interventi socio-sanitari ricompresi nei Lea e che il Sistema sanitario nazionale dovrebbe garantire:

- centri diurni per soggetti con handicap grave (30% a carico utente/comune);
- strutture residenziali per soggetti con handicap grave (30%);
- Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) per adulti o anziani non autosufficienti (50%);
- centro diurno per malati di Alzheimer (50%);
- strutture per malati psichiatrici a bassa intensità assistenziale (60%);
- malati di Aids lungodegenti (30%).

Occorre ricordare che in Piemonte, grazie anche all'attività del Comitato promotore sui Lea, appositamente costituito da parte di numerose organizzazioni di volontariato, si è riusciti ad ottenere, in buona sostanza, condizioni più favorevoli per le persone in situazione di bisogno e le loro famiglie, soprattutto in termini di quote a carico e prestazioni erogate.

A seguito di una forte attività di pressione (petizione popolare, manifestazioni, ecc.), si sono aperti dei tavoli di contrattazione e di lavoro con la Regione (anche col sostegno dei Comuni che si vedevano gravare pesanti oneri economici attraverso l'applicazione dei Lea). E si sono infine ottenute condizioni migliori di quelle nazionali nonché si è messo in moto una organizzazione e un ampio fronte a sostegno del diritto alle cure delle fasce più deboli che continua ad operare.

Si può leggere l'esperienza svolta, recentissima peraltro e ancora in corso, sugli ultimi numeri di *Prospettive assistenziali*.

Le proposte di legge sulla non autosufficienza

Una riflessione: perché dunque una sanità di serie A e una di serie B? Principalmente perché hanno prevalso su tutte, le ragioni di economia; è stata, ed è purtroppo, insufficiente la difesa dei diritti svolta negli anni dalle varie istituzioni e organizzazioni (es. sindacati) che dovevano difendere le fasce più deboli interessate.

Sullo stesso ordine di impostazione sono peraltro le varie proposte di legge sulla non autosufficienza. Innanzitutto, occorre ricordare che "non autosufficienza" è una definizione di per se molto ampia. Comprende difatti: neonati, minori, persone in coma, handicappati intellettivi, malati cronici, malati psichiatrici, ecc.

Una definizione accettabile dovrebbe escludere i neonati, i bambini, le persone in coma e le persone con patologie che sono a carico del Sistema sanitario nazionale.

In ogni caso una legge sulla non autosufficienza sarebbe irragionevole in quanto si tratterebbe di una legge fatta sugli effetti e non sulle cause.

Le proposte di legge sulla non autosufficienza fanno un calderone unico mettendo dentro bisogni molto diversi, nonché diritti diversi al fine di non garantirne alcuno (o molto pochi), scardinando i diritti esistenti in sanità e assistenza.

Peraltro visto che oggi il diritto alle cure vige secondo le normative attuali, e si tratta di diritto esigibile, basterebbe rispettarlo. Difenderlo con forza. Non c'è assolutamente bisogno di una nuova legge: c'è bisogno invece che le varie organizzazioni sociali difendano per davvero i diritti delle fasce più deboli.

Possibili rimedi

Sulla base di quanto esposto, il rimedio principale per garantire la continuità delle cure, da attuare per le persone malate croniche ricoverate in ospedale, consiste nell'opporsi alle dimissioni qualora non ci sia la necessaria continuità terapeutica.

L'azione di opposizione alle dimissioni avviene necessariamente per mezzo di uno scritto; ove, riprese le norme di legge che abbiamo visto, è riaffermato il diritto alle cure sanitarie anche per i malati cronici e senza limiti di durata.

La Fondazione promozione sociale, Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, ha predisposto, a proposito, un fac-simile di lettera da utilizzare in questi casi (cfr. libretto "Tutti hanno diritto alle cure sanitarie").

Tale lettera, finora, ha sempre funzionato (sono stati diverse migliaia i casi seguiti dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti). Ciò è da sottolineare, in quanto conferma, ancora una volta, che le leggi vigenti garantiscono il diritto alle cure sanitarie anche per i malati cronici.

Comunque, vista la delicatezza del problema, considerato anche il coinvolgimento emotivo dei familiari e le forti pressioni per convincere ad accettare le dimissioni (non senza a volte la presenza di minacce, che comunque, si ricorda, costituiscono reato ai sensi dell'articolo 610 del codice penale) è consigliabile rivolgersi al Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti di Torino, che fornisce consulenza gratuita.

A seguito di questa opposizione alle dimissioni, può accadere che:

- l'ospedale non dimette il malato;
- l'ospedale procura un posto presso un'altra struttura sanitaria, pubblica o convenzionata (casa di cura), e ivi lo trasferisce (il trasporto in ambulanza, ricordo, è a carico dell'ospedale ovvero dell'Asl);
- l'ospedale procura un posto presso una Rsa convenzionata che, si ricorda, non è più una struttura sanitaria, ovvero lo è solo in parte.

In queste strutture socio-sanitarie c'è una lista di attesa di due o tre anni, perché le Asl convenzionano un numero insufficiente di posti letto o, addirittura, non utilizzano nemmeno quelli a disposizione al solo scopo di spendere meno.

Pertanto l'azione di opposizione alle dimissioni è, dunque, una scelta obbligata per non andare incontro ad una enorme lista di attesa, o pagare cifre esorbitanti (2-3.000 euro/mese) in una struttura privata, senza avere, abbastanza sovente, adeguate prestazioni sanitarie.

Possibili ricorsi

Accenno, ancora, alla possibilità di ricorso contro il rifiuto, o la limitazione, di una prestazione sanitaria (qualsiasi prestazione, non solo quella ospedaliera).

È, difatti, possibile in genere:

- 1- il semplice ricorso amministrativo: l'interessato può rivolgersi per scritto, entro 15 giorni dalla conoscenza, al Direttore generale dell'Asl, che decide nei 15 giorni successivi, ai sensi dell'articolo 4 della legge 595/1985^[1] e dell'articolo 14, n. 5, del decreto legislativo 502/1992^[2]. In caso di rifiuto delle prestazioni relative agli interventi sanitari si può ipotizzare il reato di omissione di atti di ufficio;
- 2- il ricorso al giudice amministrativo (Tar);
- 3- il ricorso anche all'autorità giudiziaria ordinaria, quando vi sia, come nella maggior parte dei casi, violazione di diritti.

L'assistenza e gli obblighi dei Comuni

Abbiamo cercato di approfondire le norme relative al settore sanitario, vediamo ora quello assistenziale.

Il settore assistenziale, discende sostanzialmente, dall'articolo 38 della Costituzione cui il primo comma così si esprime: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*».

Il diritto che sott'indente tale articolo non è però immediatamente spendibile. Non è in sostanza un diritto esigibile. E nell'arco dei quasi sessant'anni della nostra Repubblica diritti esigibili in materia assistenziale ce ne sono stati pochissimi. Tra questi cito le pensioni di inabilità e l'indennità di accompagnamento, e poche altre ancora.

Tanto che trovare un diritto esigibile equiparabile a servizi assistenziali dobbiamo tornare indietro nel tempo, addirittura nel periodo fascista.

I Comuni sono obbligati ad assistere anche mediante ricovero le persone minorenni, adulte e anziane prive di sostegno familiare e non in grado, a causa delle loro condizioni, di provvedere a loro stesse^[3].

Infatti, l'ancora vigente articolo 154 del regio decreto 18 giugno 1931 n. 773, che si richiama al regio decreto 19 novembre 1889 n. 6535 recita: «*Le persone riconosciute dall'autorità di pubblica sicurezza inabili a qualsiasi lavoro proficuo e che non abbiano mezzi di sussistenza né parenti tenuti per legge agli alimenti ed in condizione di poterli prestare, sono proposte (...) per il ricovero in un istituto di assistenza e beneficenza del luogo o di altro Comune (...)*»^[4].

Ovviamente, invece del ricovero in istituto dovrebbe essere privilegiata l'accoglienza presso comunità alloggio, sempre che non sia possibile garantire le prestazioni occorrenti per la permanenza al proprio domicilio.

Si osservi che la questione del "dopo di noi" e cioè del futuro dei figli con limitata o nulla autonomia a causa di gravi handicap, in particolare di natura intellettiva, era di fatto già stato risolto più di un secolo fa.

Il redditometro

In campo assistenziale avviene spesso che gli Enti pubblici chiedano illegalmente contributi economici ai parenti degli assistiti maggiorenni. In merito a ciò occorre ricordare che:

- l'articolo 25 della legge 328/2000 stabilisce quanto segue: «*Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130*».

Tale decreto costituisce il cosiddetto "redditometro", o Isee (Indicatore della situazione economica equivalente).

Questo significa che (comma 2 ter dell'articolo 3 del decreto legislativo 109/1998, come risulta modificato dal decreto legislativo 130/2000) «*limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambito residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali*» deve essere presa in considerazione «*la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione*».

Anche il Garante per la protezione dei dati personali, come risulta dalla "Newsletter" n. 276 del 12 maggio 2006 ha stabilito che «*al fine del riconoscimento di prestazioni sociali agevolate a*

persone con handicap permanente grave e ad ultrasessantacinquenni non autosufficienti l'Inps può raccogliere soltanto le informazioni personali riguardanti la situazione economica dell'interessato e non quelle del nucleo familiare di appartenenza».

Peraltro, la giurisprudenza amministrativa (sentenza Tar della Sicilia – sezione di Catania – n. 42/2007) ha riconosciuto che la disposizione del Decreto legislativo 109/1998 come modificato dal Decreto legislativo 130/2000, che richiede di valorizzare la situazione economica del solo assistito, può essere direttamente applicata, anche a prescindere dalla mancata adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in essa previsto, trattandosi di prescrizione immediatamente precettiva, che non necessita di disposizioni attuative di dettaglio.

Per quanto riguarda poi la questione discorso degli alimenti, trattandosi di un discorso privatistico, questi possono essere chiesti esclusivamente dal soggetto interessato o, se interdetto, dal suo tutore e da nessun altro (cfr. articolo 438 del codice civile).

In sintesi la situazione relativa alle contribuzioni è la seguente.

In base alle norme vigenti (cfr. l'articolo 54 della legge 289/2002) la quota sanitaria a carico delle Asl non può essere inferiore al 50% della retta complessiva praticata dalle strutture socio-sanitarie che provvedono al ricovero degli anziani cronici non autosufficienti.

In secondo luogo le leggi vigenti (articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000) stabiliscono che, nei casi in cui l'assistito sia un ultrasessantacinquenne non autosufficiente o un soggetto con handicap in situazione di gravità, l'onere a loro carico deve essere calcolato esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni), tenendo conto delle franchigie di

- euro 15.490,00 per i beni mobili;

- euro 51.640,00 per la casa di abitazione se abitata dall'interessato prima del ricovero.

Per quanto riguarda gli obblighi alimentari (articolo 433 e seguenti del codice civile), il 6° comma dell'articolo 2 del testo integrato dei sopra citati decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, vieta agli enti pubblici di sostituirsi al soggetto in situazione di bisogno economico per la richiesta di contributi.

Pertanto, riepilogando:

- non possono essere chiesti per nessun motivo contributi economici ai parenti non conviventi degli assistiti maggiorenni, in quanto l'Isee si applica nell'ambito del nucleo familiare;
- possono essere coinvolti al più i componenti del nucleo familiare, attraverso le modalità espresse attraverso l'Isee;
- per quanto riguarda però i soggetti con handicap grave e le persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti deve essere presa in considerazione solo la loro situazione economica.

(fine, 2/2)

www.tutori.it

[1] La prima parte dell'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985, n. 595 prevede «*Avverso gli atti con cui si nega o si limita ai cittadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria sono ammesse osservazioni e opposizioni in via amministrativa redatte in carta semplice, da presentarsi entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto contro cui intende osservare ed opporsi*» al Direttore generale «*dell'unità sanitaria locale, che decide in via definitiva entro 15 giorni*».

[2] Il quinto comma dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stabilisce quanto segue: «*Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti incarta semplice, da presentarsi entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro 15 giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni e opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale*».

[3] Ove se si tratti di persone non autosufficienti a causa di malattie in atto o per esiti di patologie, l'intervento, anche immediato, è a carico del settore sanitario. Si tenga conto che il vigente art. 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 stabilisce che i regolamenti dei servizi ospedalieri concernenti l'ammissione e le dimissioni degli infermi devono ispirarsi «*al principio della obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità*». In altre parole l'obbligo del ricovero ospedaliero non è fondato sulla presenza di una malattia, ma deve essere praticato tutte le volte che il cittadino, ancorché sano, ne abbia la «*necessità*» (si veda, ad esempio, il caso delle partorienti). Ovviamente, cessato lo stato di necessità, la persona autosufficiente non malata deve essere dimessa.

[4] Cfr. M. Dogliotti, «I minori, i soggetti con handicap, gli anziani in difficoltà 'pericolosi per l'ordine

pubblico' hanno ancora diritto ad essere assistiti dai Comuni", *Prospettive assistenziali*, n. 135, 2001.