

Vitaliano Ferrajolo
il prof



Al Ministro per le Disabilità
disabilita@governo.it

Al Presidente Nazionale FISH onlus
presidenza@fishonlus.it

Al Presidente UNAR
segreteriaunar@governo.it

e p.c. Al Presidente Corte dei Conti
segreteria.presidente@corteconti.it

e p.c. Al Presidente FNOMCeO
presidenza@fnomceo.it

e p.c. Al Segretario Conferenza delle Regioni
conferenza@regioni.it

e p.c. Alla Segretaria Nazionale FdI
meloni_g@camera.it

e p.c. Alla Segretaria Nazionale PD
schlein_e@camera.it

e p.c. Al Segretario Nazionale M5S
conte_giuseppe@camera.it

e p.c. Al Segretario Nazionale Lega
matteo.salvini@senato.it

e p.c. Al Coordinatore Nazionale FI
tajani_a@camera.it

e p.c. Al Presidente Osservatorio Disabilità
osservatorionazionale.disabilita@governo.it

Da MM.MM.GG. a MM.AA.PP.

*Percorsi immutabili nella transizione da medici di medicina generale a medici di assistenza primaria
memorie personali su osservazioni di fatti oggettivi.*

Protagonisti: pazienti "non ambulabili". Sì, proprio così

("a pensar male si fa peccato, ma ci si azzecca")



Via Ferrarecche, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)
tel. 347 0636278
mail: vife58@yahoo.it
pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it



Incipit

In ogni ordinamento democratico è previsto che la gestione delle risorse pubbliche sia sottoposta ad un controllo il cui scopo è quello di "perseguire l'utilizzo appropriato ed efficace dei fondi pubblici, la ricerca di una gestione finanziaria rigorosa, la regolarità dell'azione amministrativa e l'informazione dei poteri pubblici e della popolazione tramite la pubblicazione di relazioni obiettive". (cit. corteconti.it/home/chisiamo)

.....

L'arrovellamento è sorto repentino, con una domanda che mi sono posto, sulla scia di una situazione: la necessità di una visita del mio medico di assistenza primaria (MAP), che dovevo aspettare passivamente, mio malgrado, al mio domicilio, poiché, disabile motorio, non potevo avere accesso allo studio medico, in quanto dislocato in un fabbricato con insormontabili barriere architettoniche.

In realtà, la problematica l'avevo già intercettata, in passato, in qualità di estensore del sito **jusabili.org** (giurisprudenza e disabilità), ma solo a titolo di problematica astratta (lo studio del mio ex MMG era accessibile), da evidenziare accademicamente come questione già sollevata in tribunale da qualcun altro, e, per questo, rilevata nel sito.

Ora, invece, nel momento in cui la situazione mi aveva impattato concretamente, la cosa mi rodeva, molto, eccome. Eh sì, perché trasferitomi in altra realtà e dovendo scegliere il nuovo MAP, nessuno dei 9 presenti nel comune esercitava la professione, o meglio, erogava un servizio sanitario essenziale⁽¹⁾ obbligatorio per conto dell'ASL, in un immobile accessibile ad una sedia a rotelle. Ne scelsi, quindi, uno basandomi "a fiuto" sull'età giovanile, l'entusiasmo profuso, la voglia di fare. E comunque, mi chiedevo: Possibile che abbia, lui, come gli altri, uno studio medico inaccessibile? Ebbene sì, alla luce degli approfondimenti ricercati, oggi è possibile e, soprattutto, lecito, contrariamente a quanto la logica, l'evoluzione delle sensibilità culturali, sociali e politiche e la normativa che da essa ne è scaturita abbiano proprio raggiunto la metabolizzazione (almeno formale) di elevati livelli sui principi dell'inclusione delle persone con disabilità, nella pari opportunità, non discriminazione, libertà di scelta per la propria autodeterminazione.

È, quindi, partendo da questa frustrazione, compressa e sepolta per necessità, che in attesa del riscontro di una visita medica domiciliare, "mi parte l'embolo" e di getto, prendendo carta e penna, come ancora si dice se pur è un concetto materialmente obsoleto, scrivo al Direttore generale dell'ASL, invocando procedure non conformi alle vigenti norme antidiscriminatorie e intimandogli di non sottoscrivere nuove convenzioni con i MMAAPP se non con l'impegno di esercitare una funzione di pubblico interesse, rispettando la normativa sulle barriere architettoniche. Ma, era scontato, che quella intimazione fosse stata sollevata più ad effetto per riaprire una *querelle* annosa, che per sperare di ottenere risultati tangibili, in quanto, alla luce della normativa vigente, proceduralmente è proprio tutto corretto e lineare.

Da quel momento si è consolidato in me il giusto risentimento che mi ha motivato ad imbastire una nuova crociata contro un paradosso eclatante.

Ma è proprio studiando e approfondendo la materia, che mi sono convinto che il paradosso sia solo apparente, mentre nasconde sottaciuti interessi colossali a livello economico. Uno *status quo*, che, almeno alla categoria dei medici, conviene.



Via Ferrarecce, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it

Vitaliano Ferrajolo

il prof



Tutto si genera sull'incertezza dell'accezione normativa che letteralmente esprime un concetto: “ gli edifici privati **aperti al pubblico** devono essere privi di barriere architettoniche”. E dove c'è incertezza semantica nella normativa, nell'interpretazione letterale delle intenzioni del legislatore, è facile creare sacche in cui i supremi principi possano venire calpestati per interessi, mascherandoli però come generoso buonismo.

Prima di approfondire la questione studi medici, c'è un importante antefatto da narrare, per comprendere perché esista un annoso contenzioso sulla questione - se gli studi professionali siano o meno ricompresi negli obblighi della rimozione delle barriere architettoniche – che si innesta sul testo normativo dell'art.27 della legge 118 del 1971 e dell'art.82 del TU Edilizia DPR 380 del 2001⁽²⁾. Il ginepraio di intrecci normativi si avvia proprio sull'interpretazione del concetto: edifici privati aperti al pubblico. Che vorrà mai significare aperti al pubblico? Dopo tante interpretazioni dottrinali di disparati enti od organizzazioni – che giuridicamente nella pratica sono aria fritta, poiché *cicero pro domo sua* – riferite anche alla fattispecie degli studi professionali, un importante contributo interpretativo, purtroppo restrittivo, lo fornisce l'adito Consiglio di Stato, che, con sentenza 653 del 2021, interviene a riformare, dopo 10 anni, il giudizio del TAR Emilia Romagna. Infatti, nel 2007, l'Ordine degli avvocati ricorreva al TAR contro il comune di Parma, reo di aver ricompreso, nel regolamento edilizio comunale, fra gli edifici aperti al pubblico, anche gli studi professionali di quegli avvocati iscritti nell'elenco dei difensori d'ufficio e abilitati al gratuito patrocinio (svolgendo essi un servizio pubblico) il quale, nel 2013, respingeva le motivazioni addotte e legittimava l'operato del Comune. L'appello proposto al Consiglio di Stato, invece, ribaltava la sentenza di I grado, censurando la sua interpretazione estensiva in favore della normativa pro abolizione barriere architettoniche, che prevedeva almeno la visitabilità⁽³⁾, riconoscendo le ragioni dei ricorrenti. Ma come avevano argomentato le loro ragioni? L'Ordine motivava le ragioni dell'appello principalmente su alcune considerazioni: l'avvocato non è obbligato ad avere uno studio, la funzione pubblicistica non produce cospicui vantaggi economici per il professionista, l'accesso alla difesa si può esercitare anche al domicilio del cliente. Motivazioni ritenute fondate dalla Corte, che così valutò: *“La l. 247/2017 (disciplina della professione forense) prevede solo che egli abbia un “domicilio”, ovvero in termini semplici un recapito ove essere reperibile e ricevere gli atti, ma non vieta che esso, al limite, coincida con la propria abitazione. Pertanto, l'apertura di uno studio come comunemente inteso rientra nella libera scelta del professionista. Inoltre, lo studio legale, anche quando esiste, non è di per sé luogo pubblico o aperto al pubblico, come si desume, per implicito, dalla costante giurisprudenza penale, secondo la quale commette il reato di violazione di domicilio previsto dall'art. 614 c.p. chi acceda allo studio di un avvocato, o vi si trattenga, contro la volontà del titolare. Non va quindi condivisa l'affermazione del Giudice di primo grado per cui nella specifica disciplina delle barriere architettoniche il concetto di luogo aperto al pubblico andrebbe inteso in modo particolare, comprensivo, come si è detto, dei luoghi privati chiusi alla generalità delle persone, ma accessibili a una data categoria di aventi diritto. Da un lato, infatti, la ritenuta interpretazione estensiva non trova sostegno nel testo di legge, dall'altro comunque i luoghi così qualificati non si differenziano in modo apprezzabile dal concetto generale di luogo aperto al pubblico, per il quale vale quanto si è detto.”*



Via Ferrarecce, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it

Vitaliano Ferrajolo

il prof



E ancora: “La legge n. 247/2012 e il codice deontologico non vietano infatti in generale che il difensore, per svolgere il proprio mandato, possa recarsi presso la parte, in un luogo che essa ritiene adeguato alle proprie esigenze, anche di salute, e in particolare non vietano certo che egli si rechi al domicilio di un disabile il quale se ne possa allontanare solo con difficoltà”.

Eh sì, latitando la politica, in assenza di chiarezza normativa, la magistratura, suo malgrado, supplisce e fa testo nell’orientare su una ipotesi ed essendo promanata da un organo di rango superiore, praticamente, nella fattispecie, avalla quelle statuizioni di comodo già consolidate in una prassi decennale.

Dal dispositivo, infatti, emergono due concetti: uno prettamente formale ed un altro sostanziale, che affossano le buone intenzioni del legislatore, ma soprattutto avallano un sottile background culturale che identifica la persona disabile in un malato, lo retrocede da persona potenzialmente attiva e partecipativa alla vita sociale a soggetto assistibile separatamente al proprio domicilio, incapace di interagire col mondo esterno e, quindi, da tutelare. Con la pace di anni di lotte del Movimento per emancipare le persone disabili ad un protagonismo nell’autodeterminazione in piena pari opportunità. Retrocesso, dunque, un processo culturale durato anni, che dall’inclusione ci riporta, nella fattispecie, alla integrazione. Diritti sì, ma con percorsi separati.

Questa deriva culturale non è “patrimonio” solo degli avvocati. Avalla un percorso seguito da anni pure dai medici, dalla potente corporazione dei medici. Con una differenza: gli avvocati non volevano investire personalmente nella rimozione delle barriere architettoniche dei propri studi, incerti sul ritorno economico dell’investimento. Una sorte di “il gioco non vale la candela”... roba da poveracci. Per i medici, invece, abiurare al principio dell’accessibilità del proprio studio ha un valore, eccome! Di certo, ancora il Consiglio di Stato, nel 2017, assesta un duro colpo a chi ancora avesse avuto dubbi sui requisiti per avviare studi professionali, ribadendo che l’Accordo Contrattuale Nazionale di categoria (art.47) e il DPR 270/00 art.33 (rimandando agli allegati G e H) superava le questioni di accessibilità, poiché i medici erano, e sono, tenuti ad intervenire al domicilio di coloro che il medico stesso deve definire come “non ambulanti”. Un principio che sottende una procedura che si vorrebbe far apparire come onere per il medico, mentre invece rappresenta, generalmente e nella sostanza, un cospicuo arrotondamento retributivo.

Nella stesura degli Accordi Collettivi Nazionali, tuttora rinnovati ed in vigore, siglati tra Sindacati e Regioni si sono ben guardati da rivedere le prescrizioni minime (tramandate da anni) necessarie per disciplinare i requisiti strutturali dello studio medico⁽⁴⁾. Anche qui, come per alcune categorie di avvocati, si delinea per il medico un profilo di svolgimento di servizio pubblico, secondo il DPR n. 484/96 (oggi DPR 28 luglio 2000, n. 270, recante: Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale), che disciplina il rapporto fra il Servizio Sanitario Nazionale e i Medici di Assistenza Primaria. Un denominatore comune tramandato da triennio a triennio. Anche qui, prevale l’interpretazione riduttiva che *lo studio non è luogo aperto al pubblico, ma al paziente, che sceglie di avvalersi delle prestazioni di quel professionista*. Sceglie? E come sceglie? Con quale criterio di libera scelta si può optare per quel professionista se lo studio medico è irraggiungibile? Semplicissimo! Ci pensa il buonismo caritatevole della corporazione degli Ordini dei Medici, che hanno imposto ai propri iscritti, meschini, l’onere di recarsi al domicilio dei pazienti, non ambulanti per diversi motivi. Solo che l’onere, in tal caso, ha una ricompensa economica generalmente pari a €18,90 a visita per un



Via Ferrarecce, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it

Vitaliano Ferrajolo

il prof



massimo di 4 visite domiciliari/mese, a seconda della valutazione discrezionale del medico e di un piano terapeutico programmato. Compenso dovuto, oltre la normale retribuzione già percepita, per il solo fatto di essere un paziente/cittadino.

E qui, mi correva l'obbligo di fare qualche valutazione "a naso" su quanto potesse ammontare per un medico il plusvalore di pazienti non ambulantissimi... Su 1500 pazienti (cifra massima di assistibili) ne avrà almeno un centinaio tra cardiopatici, sciancati, cecati, anziani azzoppati e via discorrendo? Per essere buoni, anzi buonissimi, invece di 4 visite mese diciamo che rediga un piano complessivo con una media di 2 visite/paziente e che fa € 37,80 a paziente mese... x 100 pazienti x 12 mesi fa € 45.360 lorde, oltre la retribuzione che spetta per la professione. Niente male come valore per misurare economicamente quanto può valere una "pacchetto" di clienti non ambulantissimi, che moltiplicato a livello nazionale grava sul bilancio pubblico nazionale per miliardi di euro.

Ma ti pare che una corporazione così potente rinunci, se pur parzialmente, in nome di sbandierati diritti all'orgoglio di essere cittadini attivi, a una consistente parte di quel gigantesco interesse?

A rigor del vero, l'obiezione che i medici pongono è una questione di pragmatismo disarmante: ma noi dove le troviamo con facilità le strutture accessibili senza barriere architettoniche? Personalmente ritengo che una attenuazione del fenomeno inaccessibilità potrebbe ottenersi con la corresponsione di contributi pubblici, prioritari, destinati alla rimozione degli ostacoli: considerando però tutto quello che c'è in ballo, sul piatto, sono convinto che tutta questa motivazione nel reperirle sia proprio inconsistente: è questione di vile *quibus*, altro che carenza immobiliare *ad hoc*!

Ora, dopo essermi fatto grossolanamente, come si sul dire, i "conti della serva", convinto che spontaneamente non ci sia motivazione categoriale a comprimere la gallina dalle uova d'oro, voglio ritornare al merito della questione.

Organizzare la crociata per restituire il dovuto orgoglio di civiltà e di cittadinanza è lecito, ma soprattutto praticabile, alla luce di quanto elucubrato? Lecito, ritengo di sì. Praticabile, pure. Concretizzabile, invece, è da studiare, ma solo con ampia perizia, perché solo dopo una analisi della completa normativa in campo, sul metodo da seguire e soprattutto su quali presupposti giuridici smontare le robuste impalcature normative che hanno retrocesso il processo di emancipazione conquistato centimetro dopo centimetro da 50 anni a questa parte, sarà possibile avere buone probabilità di recuperare quei diritti inalienabili che caratterizzano la specie umana..

Si badi bene, però: la questione non è abolire il diritto/privilegio di essere visitati al proprio domicilio, che credo sia pure legittimo se una persona non possa oggettivamente essere trasportata, ma limitarlo e circoscriverlo solo in caso di necessità, poiché ritengo che non tutti i disabili, i cardiopatici, ecc. ecc. abbiano problemi logistici/deambulatori tali che ne impediscano la vita di relazione. Uno studio medico accessibile, d'altronde, consentirebbe di cancellare non solo una discriminazione, potendo scegliere autonomamente dove e da chi farsi visitare, ma farebbe bene soprattutto al bilancio pubblico, perché, così operando, i controlli periodici domiciliari potrebbero essere limitati all'essenziale ed effettuati senza gravare di cospicui costi aggiuntivi la collettività.

Già, perché *a latere* della questione economica, se ne apre un'altra: insomma un vaso di Pandora. Ma i MMAAPP, alla fin fine, si attengono alle prescrizioni dell'allegato 8 del Contratto? Informano i pazienti "non ambulantissimi" (seppur non obbligati, ma per mera opportunità) che sono stati iscritti tra i beneficiari delle visite programmate domiciliari? Concordano con essi il numero di visite di cui si necessita? Depositano al domicilio del paziente la scheda visita (art.1 ultimo item)? E il



Via Ferrarecche, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it

Vitaliano Ferrajolo

il prof



monitoraggio di questo servizio presso i domicili degli aventi diritto, per scoraggiare gli eventuali abusi (che burocraticamente si edulcora con la perifrasi del “valutare la pertinenza degli interventi previsti”), viene effettuato dall’ASL (art.8)? Da quello che mi risulta come rappresentante di associazione di categoria, generalmente no. E mi fermo qui. Le valutazioni e i commenti ognuno li faccia da soli.

Torniamo all’aspetto che ha scaturito le presenti memorie. La cosa che più mi balza agli occhi è che i ricorsi alla magistratura siano stati proposti solo da soggetti che hanno interessi economici in campo, contro enti pubblici che hanno provato a tutelare in maniera estensiva tutti i cittadini. Non mi risulta, invece, che alcun cittadino o associazione di tutela dei loro diritti abbia mai provato a smontare tale architettura normativa, che culturalmente sottende una subdola discriminazione, perché limita la libera scelta, sancita, questa sì, con chiarezza, dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dallo Stato italiano con legge 18/09. Chi, se non una associazione di tutela delle persone disabili o un diretto interessato stesso, potrebbe avere interesse a impostare, su presupposti diversi, un ricorso? Argomentando non su aspetti economici, quanto su fattispecie discriminatorie, nonché su generali principi di gerarchia delle fonti, che, per come rilevo, si limitano a Regolamenti e ad accordi contrattuali.

Insomma, può essere che norme secondarie, illegittimamente, prevalgano rispetto a quelle primarie? Valutando bene, una interpretazione autentica del Parlamento sulla *vexata quaestio*, credo, metterebbe fine ad ogni fuga interpretativa di retroguardia.

Ma su questo, credo che il momento storico non sia né maturo, né pronto, per affrontarlo, mettendoci la faccia politicamente.

Solo noi, diretti interessati, lesi nelle profonde sensibilità di persone libere, avremmo il potere di cambiare l’ordine delle cose, se lo rivendicassimo con determinazione, col supporto di “Quella Politica” onesta intellettualmente, e ricomporlo nel modo in cui l’Essere Superiore ci ha creato, tutti: liberi nell’arbitrio. Un diritto naturale, insito in noi, che dobbiamo tutelare e difenderlo. Anche con i denti.

Nonostante l’irritualità della forma narrativa della rappresentazione fattuale, che certamente non sottende in alcun modo irriverenza istituzionale, ma “passionale” enfasi espressiva resa dall’insofferenza ad un orgoglio ferito come cittadino, porgo deferenti saluti.

Fiuggi, 24 Marzo, 2023

Vitaliano Ferrajolo

presidente LPH aps



Via Ferrarecce, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it



Vitaliano Ferrajolo

il prof

⁽¹⁾ ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE

art.2

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, i servizi pubblici da considerare essenziali nella presente area negoziale sono i seguenti:

a) ruolo unico di assistenza primaria;

...

per coloro (MAP, nda) che esercitano a "ciclo di scelta": visite domiciliari avuto riguardo alle condizioni cliniche e alla possibilità o meno di spostamento del paziente, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite indispensabili nell'ambito degli Accordi regionali.

⁽²⁾

art.27 l. 118/71: "Per facilitare la vita di relazione dei mutilati e invalidi civili gli edifici pubblici o **aperti al pubblico** e le istituzioni scolastiche, prescolastiche o di interesse sociale di nuova edificazione dovranno essere costruiti in conformità alla circolare del Ministero dei lavori pubblici del 15 giugno 1968 riguardante la eliminazione delle barriere architettoniche anche apportando le possibili e conformi varianti agli edifici appaltati o già costruiti all'entrata in vigore della presente legge;"

Art. 82 T.U. Edilizia DPR 380/01 - Eliminazione o superamento delle barriere architettoniche negli edifici pubblici e privati aperti al pubblico

1. Tutte le opere edilizie riguardanti edifici pubblici e **privati aperti al pubblico** che sono suscettibili di limitare l'accessibilità e la visitabilità di cui alla sezione prima del presente capo, sono eseguite in conformità alle disposizioni di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, alla sezione prima del presente capo, al regolamento approvato con d.P.R. 24 luglio 1996, n. 503, recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche, e al decreto del Ministro LL.PP. 14.6.89 n.236.

⁽³⁾ Secondo il dm 236 del 1989:

Per visibilità si intende la possibilità, anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare. Sono spazi di relazione gli spazi di soggiorno o pranzo dell'alloggio e quelli dei luoghi di lavoro, servizio ed incontro, nei quali il cittadino entra in rapporto con la funzione ivi svolta.

⁽⁴⁾ Studio medico e ambulatorio non sono la stessa cosa.

Per studio medico si intende "ogni luogo dove persone malate o potenzialmente tali possano accedere per una visita diagnostica". In base a queste caratteristiche, la normativa prevede che lo studio medico non necessiti di una specifica autorizzazione sanitaria sindacale.

Ambulatorio è invece una struttura nella quale "si praticano attività diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità". Negli ambulatori, inoltre, è previsto "l'utilizzo di apparecchiature che comportano rischi per la salute del paziente". Per aprire un ambulatorio è necessaria la speciale autorizzazione del sindaco. Anche se nel linguaggio quotidiano si sente spesso nominare l'"ambulatorio" del medico di medicina generale, sempre di studio medico si tratta.



Via Ferrarecce, 121 – 81100 Caserta
Via Vallombrosa, 4 – 03014 Fiuggi (FR)

tel. 347 0636278

mail: vife58@yahoo.it

pec: vitaliano.ferrajolo@pec.it