

## **BASTA CON L'EUTANASIA DA ABBANDONO: LETTERA APERTA AL MINISTRO MAURIZIO SACCONI E AL SOTTOSEGRETARIO EUGENIA ROCCELLA SUGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Nella prefazione del 20 luglio 2010 del "Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia", Maurizio Sacconi, Ministro del lavoro e delle politiche sociali, precisa che il primo valore da tutelare in merito ai soggetti con limitata o nulla autonomia è «*la centralità della persona*». Per quanto concerne gli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza e le persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, riteniamo che, tenendo conto della «*centralità della persona*», le prestazioni dovrebbero riguardare soprattutto la cura delle malattie acute e normali, la prevenzione degli aggravamenti, le terapie contro il dolore, la mobilitazione, la garanzia di un confort di vita accettabile, la promozione di validi rapporti con i congiunti, ecc. Si tratta, com'è ovvio, di attività eminentemente sanitarie, intendendo come preciso compito della sanità la cura non solo dell'organo malato, ma l'attenzione continua alle esigenze globali della persona, ruolo però che non viene riconosciuto nel Rapporto in oggetto.

### **Le affermazioni del Sottosegretario Eugenia Roccella**

Sulla stessa linea del Ministro Sacconi si è posto il Sottosegretario alla salute Eugenia Roccella che nel comunicato n. 290, datato 5 agosto 2010, riguardante "L'agenda bioetica del Governo", ha sostenuto che «*la centralità della persona e la difesa del valore della vita costituiscono il fondamentale asse di orientamento del Governo in tutti i diversi ambiti della sua azione*» ed ha precisato che «*oggi, per tracciare nuove politiche sociali, economiche e sanitarie è necessario avere anche un chiaro quadro di riferimento antropologico: non è possibile un progetto politico e sociale che abbia realmente a cuore la dignità della persona ma che non sappia affrontare le radicali modificazioni proposte dalla tecnoscienza in questo campo e porre rimedio alle nuove fragilità che si sono prodotte nelle reti dei rapporti umani*».

Il Sottosegretario Roccella ha altresì asserito che «*il recente Rapporto del Governo sulla tutela dello stato di non autosufficienza in Italia ha evidenziato come il Fondo sanitario nazionale abbia le risorse sufficienti per garantire la dignità della persona in ogni fase di vita se i servizi regionali sanno integrare tutte le funzioni sociali, sanitarie ed assistenziali secondo modelli di gestione che concentrano l'offerta ospedaliera per i bisogni acuti e liberano risorse per lo sviluppo dei servizi territoriali*».

### **Le preoccupanti omissioni del Ministro Sacconi e del Sottosegretario Roccella**

Purtroppo le dichiarazioni stridono con la realtà. Ad esempio per quanto riguarda gli anziani colpiti da patologie invalidanti con limitata o nulla autonomia, i malati di Alzheimer e gli altri individui affetti da demenza senile, che costituiscono il nucleo di gran lunga più numeroso dei soggetti non autosufficienti, la centralità e la dignità delle persone sono a tal punto considerate dal Ministro e dal Sottosegretario che non hanno fatto alcun cenno al loro diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie senza interruzione e senza limiti di durata, diritto che, come insistentemente richiamiamo da anni su questa rivista (1), è stato riconosciuto inizialmente dalle leggi 841/1953 e 692/1955 e confermato dalle leggi 132/1968, 833/1979 e 289/2002 (2). Ne deriva che nel Rapporto in oggetto nulla viene detto sulle illegittime dimissioni, spesso selvagge, che continuano ad essere largamente praticate dagli ospedali e dalle case di cura private convenzionate (3) in tutte le zone del nostro Paese di persone anziane ancora bisognose di indifferibili cure sanitarie.

È evidente che in questi casi non solo non viene rispettata la dignità delle persone malate, ma le dimissioni selvagge sono una vera e propria forma di eutanasia da abbandono anche perché, con inquietante frequenza, i congiunti non posseggono le risorse economiche necessarie per garantire cure adeguate, specialmente nei casi in cui si tratta di ultraottantenni o di ultranovantenni, impossibilitati quindi a provvedere alle esigenze del malato 24 ore

(1) Il primo articolo apparso sull'argomento su questa rivista (n. 44/1978) recava il titolo "Gli anziani definiti cronici vengono calpestati nei loro diritti". Ricordiamo altresì che in tutti i casi, nessun escluso, in cui sono state rispettate le indicazioni fornite dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, gli anziani cronici non autosufficienti e i malati di Alzheimer non sono stati dimessi dagli ospedali e dalle case di cura convenzionate e, salvo diversa scelta dei congiunti, sono stati ricoverati presso Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) senza alcuna interruzione delle cure.

(2) Quale contropartita al riconoscimento del diritto dei pensionati del settore pubblico e privato alle cure ospedaliere senza limiti di durata (leggi 841/1953 e 692/1955) il Parlamento aveva introdotto un aumento dei contributi previdenziali, compresi quelli a carico dei lavoratori, il cui importo non è mai stato ridotto.

(3) Definiamo selvagge le dimissioni imposte nei casi in cui – come quasi sempre capita – non viene assicurato dal Servizio sanitario la prosecuzione delle indispensabili e indilazionabili cure sanitarie.

su 24. A questo riguardo si ricorda che le ore settimanali sono 168 (24x7), mentre il personale di assistenza può lavorare solo 40 ore (54 se ospiti del paziente) e che il costo è di circa 1.500-2.000 euro al mese per ciascun addetto. Circa i ricoveri presso Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e strutture analoghe, disposti direttamente dai congiunti, quasi sempre le Asl non erogano alcuna somma o la versano dopo anni (4), per cui tutto l'importo della retta (da 80 a 120 euro al giorno) è a carico del malato e della persona che ha accettato le dimissioni (5).

### Considerazioni in merito al “Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia”

Per quanto riguarda il “Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia”, predisposto da Angelo Gino Del Favero, consulente del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, non solo si è “dimenticato”, come abbiamo visto, delle leggi in materia (6), ma ha anche fornito dati assolutamente fuorvianti.

Infatti non ha tenuto conto – fatto gravissimo – che mentre aumenta la durata della vita, crescono anche i livelli di autonomia delle persone, per cui l'incremento dell'età non determina automaticamente l'accrescimento sia del numero degli anziani non autosufficienti, sia della durata del periodo in cui devono essere curati e assistiti.

Indicando l'età lavorativa compresa fra i 15 e i 64 anni, Del Favero non considera il rilevante numero delle persone (in particolare artigiani, commercianti, coltivatori diretti, liberi professionisti, ecc.) che continuano la loro attività al compimento del 65° anno di età.

Osserviamo inoltre che, anche nel Rapporto in oggetto, si tende a confondere la non autosufficienza con la disabilità. Ad esempio le persone colpite da cecità, sordità o da limitazioni motorie consistenti sono giustamente considerate disabili (7).

Tuttavia i succitati soggetti, salvo che siano affetti

(4) Ricordiamo che l'accettazione delle dimissioni, che si concretizza anche con il semplice accompagnamento del paziente fuori dall'ospedale o dalla casa di cura convenzionata, assume il significato giuridico di volontaria sottrazione del malato dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e volontaria assunzione delle responsabilità penali e civili, nonché degli oneri economici.

(5) Nei casi in cui il ricovero presso Rsa sia stato disposto dai congiunti, quasi sempre i Comuni non contribuiscono al pagamento della retta non coperta dalle risorse economiche del malato.

(6) Nel Rapporto nulla viene detto anche in merito al diritto esigibile alla frequenza dei centri diurni e all'ospitalità presso strutture residenziali (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e articolo 54 della legge 289/2002) dei soggetti con handicap intellettivo grave e gravissimo e limitata o nulla autonomia.

(7) Riteniamo che il termine “disabile” sia gravemente scorretto poiché il suo significato è quello di “non abile”, condizione che contrasta nettamente con le capacità anche lavorative possedute dalla stragrande maggioranza delle persone con handicap.

da altre infermità, non sono necessariamente non autosufficienti, com'è dimostrato in modo inoppugnabile dalla loro piena partecipazione alla vita attiva, nonché molto spesso a quella lavorativa.

Del Favero sostiene, altresì, **senza fare alcun riferimento a ricerche effettuate in materia**, che «*i pazienti cronici anziani che beneficiano dei servizi ospedalieri, spesso con uso inappropriato (...), interessano tra il 20-25% dei ricoveri pari ad almeno un altro punto di percentuale del Pil*».

Arriva quindi alla conclusione che «*un quarto della spesa sanitaria e socio-sanitaria-assistenziale sia legata alla cronicità e alla non autosufficienza*».

Tenuto conto che nel 2007 lo stanziamento complessivo per il Servizio sanitario nazionale è stato di 102,285 miliardi di euro, la spesa sanitaria e socio-sanitaria «*legata alla cronicità e alla non autosufficienza*» doveva quindi aggirarsi sui 25 miliardi di euro. Si tratta di un importo notevolmente diverso rispetto a quello indicato dallo stesso Del Favero che nel rapporto in oggetto ha asserito: «*La spesa pubblica – anno 2007 – per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti (...) ammonta a 17,3 miliardi di euro, pari a !,13% del Pil, così ripartita sul Pil: componente sanitaria 0,46%, indennità di accompagnamento 0,54%, componente comunale 0,13%*» (8). Risulta pertanto che l'ammontare relativo alla componente sanitaria che, com'è precisato nel Rapporto in oggetto, comprende la «*assistenza residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, lungodegenza*» è stato nel 2007 di 7,03 miliardi di euro.

È un importo notevolmente inferiore al «*quarto della spesa sanitaria e socio-sanitaria*» (circa 25 miliardi di euro) che lo stesso Del Favero, come da noi riportato in precedenza, aveva indicato come «*legata alla cronicità e alla non autosufficienza*» (9).

Ne consegue che non vi sono i dati necessari per verificare la validità della già riportata affermazione del Sottosegretario Eugenia Roccella secondo cui

(8) Del Favero ha commesso altresì il gravissimo errore di aver inserito fra la spesa pubblica «*per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti*» le somme versate dallo Stato per l'indennità di accompagnamento. Nel Rapporto viene affermato che i dati sopra riportati sono «*le risultanze della Ragioneria dello Stato*». Se detta asserizione corrisponde al vero, è assai preoccupante che anche la Ragioneria dello Stato consideri che l'intero importo dell'indennità di accompagnamento (8,27 miliardi di euro per l'anno 2007) è utilizzato «*per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti*», mentre, come abbiamo già osservato a proposito dell'errato concetto secondo il quale i disabili sarebbero tutti non autosufficienti, una parte consistente è erogata a persone con menomazioni fisiche e sensoriali che godono di capacità idonee per vivere autonomamente e, in numerosi casi, anche per svolgere attività lavorative proficue.

(9) Secondo i dati del Rapporto in oggetto l'importo del 2007 della componente comunale per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti era di 2 miliardi di euro (0,13% di 17,3 miliardi).

«il Fondo sanitario nazionale abbia le risorse sufficienti per garantire la dignità delle persone in ogni fase della vita».

Per quanto riguarda l'uso inappropriato dei ricoveri ospedalieri, la causa delle eventuali irregolarità risiede – come risulta dalle esperienze del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti – nella notevole carenza dei servizi domiciliari e dei posti letto delle Rsa, la cui predisposizione è di competenza prioritaria del Servizio sanitario nazionale.

Sorprende, infine, l'affermazione di Del Favero secondo cui fra le "questioni aperte" ci sarebbe «la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sia sociali che sociosanitarie» quando, com'è noto, i livelli essenziali relativi agli interventi socio-sanitari sono stati precisati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002.

## Conclusioni

Invitiamo il Ministro Maurizio Sacconi e il Sottose-

gretario Eugenia Roccella a riconsiderare l'intera questione delle persone colpite da patologie o da handicap invalidanti alla luce della realtà dei fatti concreti, senza forzature propagandistiche.

Si accorgerebbero che troppo spesso non solo viene negata la dignità dei succitati soggetti, poiché ad essi non solo non sono state fornite le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalle leggi vigenti, ma sono state intraprese da tempo (in certi casi addirittura dall'entrata in vigore della legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale) iniziative di vera e propria eutanasia da abbandono, di cui sono prova inoppugnabile le dimissioni selvagge e l'incremento dei malati con esigenze sanitarie indilazionabili iscritti nelle illegali liste di attesa delle Asl, illegali perché negano il diritto alle cure che deve essere assicurato sulla base delle esigenze, senza alcun ritardo.

Infine, chiediamo al Ministro della sanità Ferruccio Fazio se non ritiene che gli anziani **malati** cronici non autosufficienti siano **malati** di primaria competenza del suo dicastero.

## L'INDIGNAZIONE: UNA VIRTÙ DIMENTICATA

*Riportiamo integralmente l'articolo di Filippo Gentiloni pubblicato su Rocca del 1° maggio 2010.*

Fra le virtù dimenticate bisogna elencare anche l'indignazione. Una abitudine troppo spesso sottovalutata e dimenticata: una fatica che appare inutile, una reazione sproporzionata.

Tanto vale accettare, sopportare, adattarsi. Indignarsi appare troppo spesso vano. Ma così si apre la porta alle ingiustizie, alle corruzioni, alla immoralità. È la nostra storia di tutti i giorni: una storia fatta di appiattimenti, di rinunce, di pensiero debole, di identità slavate. Troppe volte non resta che indignarsi, ma sembra che non ne valga la pena. Fatica inutile, meglio rinunciare. Indignazione o sdegno. Con due varianti famose: ira e rabbia. La prima più nobile, più interiore; la seconda più volgare ed esteriore. La prima riguarda il cuore (le viscere, dicevano gli antichi) e spinge anche a grandi cose. Di ira e indignazione è piena la Bibbia, ma ne sono piene anche l'Iliade e l'Odissea e, in genere, tutte le grandi tragedie greche. Oggi, comunque, l'indignazione, con tutta la sua famiglia, non è di moda, neppure di fronte a un vistoso e spaventoso eccesso di corruzione. Anche la sinistra, nelle sue varie manifestazioni, sembra aver dimenticato quella indignazione – anche quella rabbia – che per decenni ha animato i cuori del movimento operaio.

Indignazione per le ingiustizie subite e fino a ieri accettate a bocche chiuse e a braccia conserte. Indignazione per la forbice sempre più ampia fra ricchi e poveri, fra padroni e operai forse meno poveri di prima ma sempre socialmente impotenti, senza soldi e soprattutto senza dignità e senza voce.

Per non parlare, poi, della indignazione delle donne, ancora di serie B. Questa indignazione degli operai e delle donne ha riempito le piazze per un secolo, ha impedito appiattimenti, cedimenti e chiusure: se non ha vinto, ha fatto sì che la vittoria dell'avversario prepotente non fosse né totale, né definitiva. Ha mantenuto, anche in chi perdeva, la speranza, la vita.

Non si tratta di mantenere nel cuore un lumicino acceso, di conservare una piccola soddisfazione per i giorni di festa. Si tratta di una virtù eminentemente politica, particolarmente preziosa per i giorni difficili, i giorni della sconfitta. Una virtù importante, necessaria, indispensabile anche se la vittoria non è dietro l'angolo. L'indignazione non è lontana dalla vittoria, la prepara.