

VALERIA FARGION e ELISABETTA GUALMINI (a cura di), **Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi**, Il Mulino, Bologna, 2012, pagg. 223, euro 22,00

DANIELE SALMASO e ROBERTO TOFFANIN (a cura di), **La continuità delle cure tra ospedale e territorio**, Fondazione Zancan onlus, Padova, 2013, pagg. 278, euro 15,00

1. Purtroppo si tratta di altri due volumi in cui non c'è alcun riferimento corretto in merito ai Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Pertanto coloro che li leggono non sono informati che, in base a detti Lea, come ripetiamo da anni su questa rivista, gli anziani malati cronici non autosufficienti, le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, gli infermi con rilevanti disturbi psichiatrici e limitata o nulla autonomia, nonché gli individui con disabilità intellettiva grave e gravissima, oltre un milione di nostri concittadini, hanno il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle prestazioni che devono essere fornite con assoluta priorità dal Servizio sanitario nazionale e, se necessario, integrate dai Comuni.

Le conseguenze sono devastanti sotto il profilo umano (omissione delle cure socio-sanitarie da parte delle Asl) e familiare (imposizione ai congiunti di responsabilità civili, penali ed economiche di competenza del Servizio sanitario nazionale). Come dovrebbe essere oramai noto a tutti, in base ai Lea, il costo delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali è a carico del Fondo sanitario nazionale nella misura variante dal 40 al 70%.

Per quanto concerne i Comuni, sostanzialmente le loro competenze si limitano agli interventi economici per la copertura della quota alberghiera (il cui importo non può essere superiore al 50% della retta totale) per la parte non versata dall'utente.

Nel volume curato da Valeria Fargion e da Elisabetta Gualmini si sostiene a pagina 45 che il sistema attuale «è rimasto – per così dire – zoppo, in quanto a livello nazionale sono stati

definiti i Lea sanitari e tra essi è stata inclusa la presa in carico dei non autosufficienti, ma non sono stati definiti i livelli essenziali dell'assistenza sociale, ovvero i Liveas». Ne conseguirebbe, secondo le Autrici, che «in pratica ciò significa che, mentre per la parte sanitaria vi è la codifica di un diritto, per la parte sociale siamo in presenza di una nebulosa, condizionata in primo luogo dalla drammatica scarsità di risorse su cui possono fare affidamento gli enti locali per la gestione dei servizi sociali, ma anche dalle priorità e dagli orientamenti delle maggioranze politiche di volta in volta al Governo».

Contrariamente a quanto sopra riportato, occorre tener presente che l'allegato 1.C. del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, che ha definito i Lea, concerne proprio le problematiche relative alla "Area integrazione socio-sanitaria" e che le relative norme pongono «accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale, ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili».

Dette disposizioni erano state concordate tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento in data 8 agosto e 22 novembre 2001. Nell'accordo era stato anche stabilito, come risulta dall'articolo 1 del sopra citato decreto, che le disposizioni ivi contenute definivano «i livelli essenziali di assistenza» che, in base alla lettera *m*) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, «devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Pertanto non è assolutamente vero che, com'è scritto nel libro in oggetto, i Lea siano solo sanitari, poiché riguardano i due settori sanitario e sociale.

Da parte nostra sottolineiamo che per l'attuazione di detti Lea socio-sanitari non è necessaria l'approvazione dei Liveas: i Lea sono pienamente vigenti a partire dal 2003 e cioè dall'entrata in vigore dell'articolo 54 della legge 289/2002.

Infatti nella sentenza della Corte costituzionale n. 36/2013 viene precisato che «l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non

autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001»; che nello stesso provvedimento la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti «le persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

Nel volume in esame non viene nemmeno segnalato che il diritto degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile alle cure sanitarie domiciliari e residenziali era vigente dall'inizio del 1979 in base alla legge 833/1978, il cui articolo 2 stabiliva e stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali siano le cause, la fenomenologia e la durata*» delle malattie, ed è altresì obbligato a provvedere alla «*tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possano concorrere alla loro emarginazione*».

In effetti – è bene evidenziarlo – alla data di entrata in vigore della legge 833/1978, detto diritto era già operante in quanto l'articolo 29 della legge 132/1968 stabiliva che «*ogni Regione provvede a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero (...) in relazione al fabbisogno di posti letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti*», senza considerare che, ancor prima, il Parlamento con le leggi 841/1953 e 692/1955 aveva riconosciuto il diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata ai pensionati dei settori pubblico e privato colpiti da patologie acute e croniche, nonché ai loro congiunti conviventi di qualsiasi età, senza alcuna esclusione per gli infermi non autosufficienti.

2. Anche nel volume edito dalla Fondazione Zancan non c'è alcun corretto riferimento ai Lea, nonostante che il tema trattato riguardi la continuità delle cure tra l'ospedale ed il territorio.

In tutti i capitoli, salvo uno, detto argomento non riguarda mai gli anziani malati cronici non autosufficienti, le persone con demenza senile ed i pazienti con rilevanti disturbi psichiatrici e limitata o nulla autonomia ma solo, e non sempre, gli infermi colpiti da patologie croniche (diabete, insufficienza respiratoria, ecc.), ma auto-

sufficienti in tutto o in parte, e quindi anche in grado di provvedere alle loro esigenze fondamentali di vita.

Nel volume non solo non vengono segnalati i vigenti diritti, ma nel capitolo predisposto da Carmelo Scarcella, Direttore generale dell'Asl di Brescia e da Fulvio Lonati, responsabile delle cure domiciliari della stessa Asl, è addirittura previsto che «*le famiglie o gli interessati presentano una sola domanda di accesso alla lista di attesa*» richiedendo pertanto a detti soggetti di rinunciare “autonomamente” all'immediato diritto della persona malata cronica non autosufficiente alle cure socio-sanitarie e di accettare, come se fosse legittimo e giusto che le indifferibili esigenze socio-sanitarie dei loro congiunti infermi non vengono soddisfatte durante tutto il periodo di attesa.

La questione è estremamente grave allorché si considera che, alla data del 5 settembre 2013, l'Asl di Brescia aveva posto in illegittime liste di attesa ben 9.852 infermi fra anziani malati cronici non autosufficienti e persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, una situazione che il compianto Cardinale Carlo Maria Martini aveva definito “eutanasia da abbandono”.

Nel messaggio inviato in occasione del convegno di Milano del 24-25 ottobre 1996 sul tema “Anziani attivi e anziani malati cronici nell'Europa del 2000: orientamenti culturali ed esperienze a confronto”, organizzato dall'Istituto italiano di medicina sociale, dalle riviste *Sanitas Domi* e *Prospettive assistenziali*, dall'Associazione promozione sociale, dalla Scuola dei diritti “Daniela Sessano” dell'Ulces con il patrocinio del Ministero per la solidarietà sociale, della Regione Piemonte e della rappresentanza a Milano della Commissione Europea, l'allora Arcivescovo di Milano, aveva preso posizione su «*un gravissimo problema che mi sta a cuore ed è emerso drammaticamente in episodi anche recenti i cui protagonisti erano soggetti malati inguaribili e non autosufficienti*».

Al riguardo aveva affermato che «*sono purtroppo decine di migliaia gli anziani cronici non autosufficienti dimessi, anche in modo selvaggio, per far posto ad altri malati. Alla radice di questo tarlo sta la convinzione che inguaribili equivalga a incurabili, convinzione che non possiamo accettare. Infatti, la situazione di gravità*

esige che il paziente viva dignitosamente gli ultimi giorni della sua vita ed è dovere della società civile assicurargli tutte le cure di cui ha bisogno. Anzitutto nella propria famiglia (cure domiciliari), poi nei day hospital, negli ospedali, nelle residenze sanitarie e ci auguriamo perciò che tali ambiti diventino una risposta, non la sola, di cura reale, in stretta collaborazione con le strutture sanitarie, considerata la gravità dei pazienti che dovrebbero ricoverare.

Inoltre spero e mi auguro che nel dibattito in corso sul tema dell'eutanasia (attiva o passiva) si faccia il possibile affinché nel frattempo le persone non più in grado di esprimere la loro voce non subiscano nei fatti un'eutanasia per abbandono da parte di chi, in nome della razionalità delle risorse, vorrebbe negare le prestazioni sanitarie cui hanno diritto come tutti i malati, secondo quanto è previsto dalle leggi sanitarie in vigore nel nostro Paese».

Di fondamentale importanza anche le parole di Papa Francesco pronunciate in occasione dell'incontro con i ginecologi partecipanti all'incontro del 20 settembre 2013 promosso dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei medici cattolici: «*Ogni anziano, anche se infermo o alla fine dei suoi giorni, porta in sé il volto di Cristo. Non si possono scartare, come ci propone la "cultura dello scarto"! Non si possono scartare!*».

Da notare che, in base alle vigenti disposizioni di legge riguardanti i malati acuti e cronici, autosufficienti o non autosufficienti, le prestazioni sanitarie devono essere fornite immediatamente su richiesta dei soggetti interessati.

La previsione di liste di attesa è quindi, anche sotto questo aspetto, inaccettabile. Ricordiamo che nell'ordinanza n. 141/2013 il Tar del Piemonte ha dichiarato illegittime le liste di attesa ordinando alla Regione Piemonte «*di appre-*

stare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani» malati cronici non autosufficienti.

L'inserimento da parte dell'Asl di Brescia di ben 9.852 anziani malati cronici non autosufficienti in lista di attesa è una gravissima violazione quotidiana che può durare anche a lungo. Pertanto le nefaste conseguenze colpiscono non solo la salute e la qualità della vita degli infermi, ma anche le condizioni economiche dei loro familiari, costretti a provvedere al pagamento dell'intera retta (oltre 2.500 euro al mese!) fino a quando l'Asl non versa la quota sanitaria.

Nella presentazione del volume Mons. Giuseppe Pasini ha giustamente segnalato la necessità che «*le famiglie possano non solo chiedere, ma anche esigere una presa in carico coerente con la gravità e la natura dei problemi da affrontare*».

Com'è ovvio detta fondamentale esigenza esige che in primo luogo la popolazione sia adeguatamente informata soprattutto per iscritto (iniziativa assunta da nessun Ministro della salute, né da alcuna Regione e nemmeno da una delle numerose Asl) sui vigenti diritti immediatamente esigibili da parte delle persone non autosufficienti.

Purtroppo anche i Sindacati dei pensionati, con la sola eccezione dello Spi-Cgil di Torino e le organizzazioni sociali più importanti, compresa purtroppo la potentissima e influente Caritas italiana, non svolgono questo doveroso impegno, nonostante che le conseguenze siano nefaste: omissione delle cure e aumento consistente del numero delle famiglie e persone che cadono in povertà essendo costrette ad assumere oneri economici, spesso rilevanti, di competenza del Servizio sanitario nazionale.

OGNI ANNO 600 DENUNCE DI ABUSI SU MINORI DA PARTE DEL CLERO

Come riferisce La Stampa del 6 febbraio 2013 «il picco di denunce di abusi su minori da parte del clero è avvenuto nel 2004 con 800 casi. Poi la situazione si è attestata sulle 600 denunce l'anno, ma molte si riferiscono a episodi avvenuti tra gli anni '60 e gli anni '80. A dichiararlo è il nuovo promotore di giustizia della Congregazione della dottrina della fede Robert W. Oliver che ha sostituito monsignor Charles Scicluna. Padre Oliver proviene da Boston dove si è occupato con il cardinale Sean O'Malley di restituire dignità a una diocesi ferita dai crimini dei preti ma anche dall'incapacità di reprimerli dimostrata dal precedente arcivescovo Bernard Law. Il sacerdote giurista ha ricordato come l'obbligo di rivolgersi alle autorità civili, previsto dalle ultime linee guida indicate nel 2011, valga "per tutti"».