

IN BASE A QUALI MOTIVI  
IL PRESIDENTE NAZIONALE DELL'AUSER  
NON INDIVIDUA LE REALI RESPONSABILITÀ  
DELLA DEVASTANTE SITUAZIONE  
DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI  
NON AUTOSUFFICIENTI?

In merito alla scoperta da parte dei Nas di una struttura abusiva in zona Bovisa (Milano) in cui erano ricoverati anziani (cfr. [www.agenzia.redattoresociale.it](http://www.agenzia.redattoresociale.it) del 26 ottobre 2015) il Presidente nazionale dell'Auser, organizzazione della Cgil, Enzo Costa ha dichiarato che «*questi casi sono il frutto di una situazione destinata a diventare esplosiva nei prossimi anni. Aumentano gli anziani, le pensioni sono sempre più basse ed i costi nelle case di riposo in regola sono proibitivi per la maggioranza delle persone*». Ne consegue, ad avviso di Enzo Costa, che «*molte famiglie si adattano a quello che riescono a trovare*» e che «*a volte l'ospizio abusivo è l'unica strada percorribile*».

Premesso che da anni sono in continua diminuzione le case di riposo destinate al ricovero dei soggetti autosufficienti a causa della mancanza di nuovi utenti, gli anziani colpiti da patologie croniche e da non autosufficienza hanno il pieno ed immediato diritto non solo alle cure domiciliari, ma anche al ricovero presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, com'è stato stabilito dalla legge n. 833/1978 (sono trascorsi ben 37 anni!) e confermato dall'articolo 54 della legge n. 289/2002.

Siamo pertanto costretti a ripetere quel che avevamo riportato sul numero 132/2001 di questa rivista: «*Quanti anni dovranno ancora trascorrere prima che l'Auser prenda in esame le leggi vigenti in cui è scritto che le cure sanitarie vanno fornite anche ai vecchi non autosufficienti e quindi agisca nei confronti delle Asl affinché assicurino le dovute prestazioni agli anziani malati e ai congiunti che li curano a domicilio?*» (1).

Mentre fino al 2001 le prestazioni ospedaliere per tutti gli infermi, compresi gli anziani non

autosufficienti, erano talmente gratuite, con l'entrata in vigore dei Lea, Livelli essenziali delle attività socio-sanitarie (cfr. il sopra citato articolo 54 della legge n. 289/2002), il Servizio sanitario nazionale versa solo più il 50% della retta totale delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali e la rimanenza, che era a carico del malato nell'ambito delle sue personali risorse economiche, deve essere attualmente corrisposta sulla base dei redditi e dei beni del coniuge e dei figli conviventi o non conviventi, come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013.

Il Presidente dell'Auser è a conoscenza che, subito dopo l'entrata in vigore della suindicata legge 833/1978, il cui articolo 2 precisava che il Servizio sanitario nazionale doveva assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (2), la Regione Emilia-Romagna, con il sostegno di Cgil-Cisl-Uil, aveva approvato la legge 30/1979 in cui era stabilito che gli anziani malati cronici non autosufficienti non erano degli infermi da curare, ma dei "poveretti" necessitanti soprattutto di prestazioni socio-assistenziali, i cui oneri erano in larga misura posti a carico degli stessi malati e dei loro congiunti? (3).

Perché Enzo Costa non ricorda che il Consiglio sanitario nazionale, nel documento approvato in data 8 agosto 1984 con il pieno appoggio di Cgil, Cisl e Uil e di tutte le Regioni, aveva richiesto l'imposizione di contributi economici a carico degli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati presso strutture residenziali? Ha presente le devastanti conseguenze dell'affermazione del 30 luglio 1997 dell'allora Segretario generale della Cgil Sergio

(2) L'articolo 2 della legge 833/1978 stabiliva e stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*», mentre ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge, doveva e deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*».

(3) Cfr. l'articolo di Francesco 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", *Prospettive assistenziali*, n. 190, 2015.

(1) Cfr. l'articolo: "L'Auser non rivendica il diritto alle cure sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 136, 2001.

Cofferati, secondo cui «essere anziani cronici non è una malattia»?

Infine, considerate le vessatorie disposizioni del nuovo Isee (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013), in base alle quali devono contribuire al pagamento della quota alberghiera (da 1.000 a 1.500 euro al mese!) non solo gli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati in Rsa, come era previsto dal precedente Isee, ma anche il coniuge ed i figli conviventi e non conviventi, perché l'Auser non è intervenuta con un ricorso al Tar a difesa di questi infermi?

#### ABUSI INFERTI AGLI ANZIANI: PERCHÉ NON E' PRESA IN CONSIDERAZIONE LA NEGAZIONE DELLE CURE SOCIO-SANITARIE AI VECCHI MALATI CRONICI?

Nell'articolo "Gli abusi verso le persone anziane: conoscerli e prevenirli", pubblicato sul n. 1, 2015 di "Welfare Oggi", Salvatore Milianta, Lucia Boccaletti e Serena D'Angelo (4), prendono in esame i vari aspetti degli abusi inferti agli anziani: psicologici («*la persona anziana viene trattata in un modo che gli/le causa sentimenti di disperazione o impotenza*»), fisici («*uso non accidentale di forza che causa ferite, dolore fisico*»), sessuale («*qualsiasi forma di contatto sessuale con la persona anziana senza che questa abbia voluto o potuto acconsentire*»); finanziario/materiale («*utilizzo improprio e non autorizzato di denaro, proprietà o altre risorse*»).

Per quanto riguarda gli abusi concernenti "abbandono e trascuratezza" gli Autori si riferiscono a «*mancaza o inadeguatezza dell'assistenza quotidiana ad anziani non autosufficienti*», ad esempio «*la negazione delle necessità di base (come cibo, acqua, riscaldamento), la mancata assistenza all'igiene personale, all'uso dei servizi igienici, ecc.*», precisando che si tratta di una «*tipologia insidiosa e difficile da distinguere dal deterioramento fisico spontaneo*».

(4) Su "Welfare Oggi" viene segnalato che Salvatore Milianta è avvocato e opera sui temi della prevenzione agli abusi agli anziani e svolge attività di formazione a operatori sociali e ad accuditori familiari; Lucia Boccaletti è responsabile di progetti internazionali riguardanti in particolare gli anziani; Serena D'Angelo si occupa di progettazione europea, ricerca e formazione in ambito sociale.

Gli Autori segnalano altresì che l'Unione europea ha predisposto e finanziato il progetto "Combattere l'abuso agli anziani" al quale partecipano «*organizzazioni impegnate nella prevenzione all'abuso agli anziani provenienti da Italia, Romania, Irlanda e Finlandia*» e che «*nell'ambito del progetto sono state realizzate visite di studio per approfondire le strategie in uso nei diversi Paesi*».

Premesso che gli Autori citano l'articolo 25 della Carta europea dei diritti fondamentali dell'Unione europea secondo cui «*l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa (...)*», non è allarmante che nell'articolo non ci sia una sola parola sull'abuso, a nostro avviso devastante e praticato su larga scala, consistente nella negazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie? Non sanno gli Autori che in Italia sono oltre 200mila gli anziani malati cronici non autosufficienti posti in illegittime e disumane liste di attesa, nonostante che le loro esigenze diagnostiche, terapeutiche e sociali siano indifferibili al punto che se non vengono fornite le relative prestazioni sono destinati a morte sicura nel giro di pochi giorni?

#### PERCHÉ LA LEDHA NON DENUNCIA LA DECISIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA CHE IMPONE CONTRIBUTI ILLEGITTIMI ALLE PERSONE CON DISABILITÀ?

In base alle norme sui Lea, Livelli essenziali delle attività socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui disposizioni sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002) il Servizio sanitario deve versare almeno il 70% delle «*prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi*». Se si tratta di «*disabili privi di sostegno familiare*» la quota minima a carico delle Asl è del 40%.

Per quanto concerne le «*prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi*» la quota minima a carico delle Asl è del 70%.

Secondo quanto hanno segnalato Marco Faini e Giovanni Merlo, Vice Presidente e Direttore della Ledha su "Welfare Oggi" n. 4, 2015 «*se parliamo dei centri diurni socio-sanitari per per-*

(segue alla pag. 54)

*sone con disabilità grave siamo mediamente al 57% di finanziamento regionale in luogo del 70% previsto», mentre «il finanziamento effettivo e privato si riduce per le strutture residenziali rivolte a persone con disabilità [è del] 61% in luogo del 70%». Segnalano altresì che il divario risulta considerevole per le comunità alloggio socio-sanitarie (24% in luogo del 40%).*

A parte il fatto che anche per le comunità alloggio le Asl devono versare il 70% dell'importo della retta, 40% per i disabili privi di sostegno

familiare, in base a quali motivi gli Autori, dirigenti della Ledha, prendono semplicemente atto dei maggiori e illegittimi oneri a carico degli utenti, che devono compensare i minori esborsi della Regione Lombardia, senza però denunciare che questa pratica viola le leggi in vigore, e si limitano a rilevare che *«al di là delle cifre, il fatto che, negli ultimi due-tre anni, questo tema sia stato assunto anche da Anci Lombardia ci fa ritenere che il problema esiste ed è di rilevante entità»?*