

DUE DEVASTANTI INIZIATIVE CONTRO LE ESIGENZE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: DOCUMENTO DEL CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE DELL'8 GIUGNO 1984 E DECRETO CRAXI DELL'8 AGOSTO 1985 *

FRANCESCO SANTANERA

Nonostante le evidenti e nefaste conseguenze delle leggi delle Regioni Emilia Romagna, Toscana e Veneto (1) nei riguardi degli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza e delle decine di migliaia che negli anni successivi sarebbero caduti nelle stesse condizioni di malati necessitanti di essere curati e assistiti 24 ore su 24, solamente l'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale e il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base (2), avevano assunto iniziative per contestare la violazione delle esigenze terapeutiche e dei relativi diritti sanciti dalla legge, che imponevano (e impongono) al Servizio sanitario nazionale di assicurare senza limiti di durata le occorrenti presta-

zioni domiciliari e residenziali a tutti i malati, nessuno escluso.

Visite a due case protette

Come avevo riferito nell'articolo "Valorizzazione delle Ipab ed emarginazione degli anziani non autosufficienti in Emilia Romagna" pubblicato sul n. 65,1984 di questa rivista, in occasione del convegno di Modena del 25 e 26 novembre 1983 sul tema "Le istituzioni di assistenza e beneficenza a Modena", avevo visitato le case protette "Ramazzini" e "San Giovanni Bosco" ed avevo rilevato che si trattava «di due strutture scarsamente funzionali a causa della presenza di barriere architettoniche» e che

* Trentunesimo articolo sulle attività svolte dal volontariato dei diritti e sui risultati raggiunti. I precedenti articoli pubblicati su questa rivista riguardano: "La situazione dell'assistenza negli anni '60: 50mila enti e 300mila minori ricoverati in istituto", n. 163, 2008; "L'assistenza ai minori negli anni '60: dalla priorità del ricovero in istituto alla promozione del diritto alla famiglia", n. 164, 2008; "Anni '60: iniziative dell'Anfaa per l'approvazione di una legge sull'adozione dei minori senza famiglia", n. 165, 2009; "I minori senza famiglia negli anni '60: rapporti internazionali e appello dell'Anfaa al Concilio ecumenico Vaticano II", n. 166, 2009; "1964: Presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 167, 2009; "Le forti opposizioni alla proposta di legge 1489/1964 sull'adozione legittimante", n. 168, 2009; "Altre iniziative dell'Anfaa per l'approvazione dell'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 169, 2010; "Finalmente approvata la legge 431/1967 sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 170, 2010; "Riflessioni in merito alla svolta socio-culturale promossa dall'adozione legittimante e dal volontariato dei diritti", n. 171, 2010; "Le travagliate prime applicazioni della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante", n. 172, 2010; "Azioni intraprese dall'Anfaa e dall'Uipdm per l'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 173, 2011; "Ulteriori azioni dell'Anfaa e dell'Uipdm per la corretta applicazione della legge 431/1967 sull'adozione speciale e per l'adeguamento funzionale dei Tribunali e delle Procure per i minorenni", n. 174, 2011; "Sollecitazioni e denunce dell'Anfaa e dell'Uipdm per superare le resistenze frapposte all'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 175, 2011; "Altri impulsi dell'Anfaa e dell'Uipdm per la piena e tempestiva realizzazione della legge sull'adozione speciale", n. 176, 2011; "Esperienze in merito alle contribuzioni economiche illegittimamente imposte dagli Enti pubblici del settore socio-sanitario", n. 177, 2012; "Vertenze del Csa contro le illegali richieste di contributi economici ai congiunti degli assistiti", n. 178, 2012; "Altre iniziative del Csa per ottenere il rispetto delle leggi relative alle contribuzioni economiche", n. 179, 2012; "Proseguono le azioni del Csa per la corretta attuazione delle norme vigenti in materia di contribuzioni eco-

nomiche", n. 180, 2012; "L'assurda e deleteria sentenza della Corte di Cassazione n. 481/1998 sulle contribuzioni economiche", n. 181, 2013; "Il decreto legislativo 130/2000 sulle contribuzioni economiche: un'altra importante conquista del volontariato dei diritti", n. 182, 2013; "Contributi economici illegittimi: ulteriori azioni del Csa volte ad ottenere il rispetto delle leggi vigenti", n. 183, 2013; "Dopo anni di iniziative intraprese dal Csa il Consiglio di Stato conferma le nostre posizioni sui contributi economici", n. 184, 2013; "Attività svolte dall'Ulces e dal Csa negli anni '70 a difesa delle esigenze e dei diritti delle fasce più deboli della popolazione" n. 185, 2014; "L'allucinante situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti riscontrata dall'Ulces e dal Csa negli anni '70", n. 186, 2014; "Prime iniziative avviate negli anni '70 dall'Ulces e dal Csa a difesa del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "1978: presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida ma contestata proposta di legge di iniziativa popolare su sanità e assistenza", n. 188, 2014; "1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale e del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti", n. 189, 2015; "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", n. 190, 2015; "Ulteriori azioni dell'Ulces e del Csa a difesa delle esigenze e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 191, 2015; "Anziani non autosufficienti: mentre continuano le illegittime e disumane dimissioni il Parlamento approva una legge per i cittadini malati cronici illustri", n. 192, 2015.

(1) Cfr. il mio articolo "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.

(2) Vi furono altresì interventi di persone e di organizzazioni, purtroppo limitati all'invio di osservazioni scritte senza che – come quasi sempre avviene – fossero state intraprese azioni concrete nei confronti delle istituzioni che non assicuravano le dovute prestazioni.

«nella seconda addirittura non è possibile alle persone in carrozzella spostarsi da un piano all'altro», per cui i ricoverati erano «prigionieri» del reparto ad essi assegnato (3).

Avevo altresì rilevato che le strutture edilizie delle due case protette erano nettamente sanitarie (tale era la destinazione per la quale era stato costruito l'istituto "Ramazzini"). Inoltre i trattamenti erano disposti dai medici. Infine non c'era assolutamente nulla nelle due case protette che non potesse essere realizzato nell'ambito di una struttura ospedaliera (4).

In sostanza dalla visita delle due case protette avevo avuto conferma che la Regione Emilia Romagna aveva deciso di attribuire la competenza sugli anziani malati cronici non autosufficienti al settore dell'assistenza/beneficienza sia per consentire l'espulsione di detti infermi dagli ospedali, sia per imporre loro e ai relativi congiunti il pagamento di una retta, fra l'altro assai salata in quanto ammontava a 28 mila ex lire al giorno.

Segnalo – fatto sconvolgente – che, mentre si svolgeva il citato convegno di Modena del 25 e 26 novembre 1983 era stato reso noto che l'Ipab Giovanni XXIII, in cui erano ricoverati ben 610 anziani, assicurava la priorità all'ammissione al ricovero ai proprietari di un appartamento (o di un congruo libretto di risparmio) donato all'Ente in cambio della sollecitata disponibilità di un posto letto.

Al riguardo il Presidente dell'Ipab, un dirigente del Pci, aveva affermato quanto segue: «*Lo facciamo per incrementare il patrimonio dell'istituto e per gestire nella maniera migliore i nostri beni. I soldi che riceviamo dagli affitti di questi appar-*

tamenti contribuiscono alla realizzazione (in corso) di una nuova casa di riposo» (5).

La strumentale campagna di stampa sui "figli ingrati"

Un notevole sostegno alle sopra riportate nefaste leggi dell'Emilia Romagna, della Toscana e del Veneto e, di conseguenza, un rilevante ostacolo all'attuazione del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata era stata la strumentale campagna di stampa (spesso ripresa dalle televisioni) diretta a denigrare i congiunti che non provvedevano ai loro congiunti anziani malati e non autosufficienti. Base della campagna erano l'inesistente obbligo dei familiari e l'omissione dei compiti assegnati dalla legge al Servizio sanitario nazionale.

Ad esempio il Direttore sanitario dell'ospedale Molinette di Torino, la struttura più importante del Piemonte, su *La Stampa* del 9 agosto 1984 aveva avuto l'ardire di affermare quanto segue: «*Il vecchietto ci è già scaricato tutto l'anno. Entra in ospedale per essere curato, una volta guarito continua a rimanerci, la famiglia non vuole più riprenderselo e s'ostina a parcheggiarlo da noi in attesa di trovare un letto in un istituto di riposo*».

A parte la grave maleducazione consistente nell'indicare "vecchietto" una persona anziana (che cosa avrebbe detto il Direttore se l'avesse chiamato "ometto"?), non è assolutamente vero che all'ospedale Molinette o in altra strutture potessero rimanere ricoverate persone guarite. Infatti è sufficiente chiedere l'intervento dei carabinieri o della polizia per ottenere giustamente l'allontanamento dei degenti abusivi.

È invece vero che anche l'ospedale Molinette dimetteva selvaggiamente anziani malati cronici non autosufficienti, come ho segnalato nel mio precedente articolo a proposito della vicenda del signor N. S. di 94 anni, allontanato brutalmente proprio da questo ospedale il 16 febbraio 1983.

Su *la Repubblica* del 5 agosto 1984 un lettore, Marco Rossi, aveva segnalato quanto segue: «*Sono uno dei tanti che devono rinunciare a*

(3) Si tenga presente che in data 6 giugno 1968 il Ministero dei lavori pubblici aveva emanato la circolare n. 4809 (il cui testo è riportato sul n. 5/6, 1969 di questa rivista) in cui veniva evidenziata «la necessità di eliminare le barriere architettoniche nel settore dell'edilizia residenziale, essendo ormai accertato che tali barriere interessano circa 8 milioni di cittadini pari al 15% della popolazione italiana» ed era precisato che erano state predisposte «norme tendenti a migliorare la godibilità generale ed assicurare la piena utilizzazione degli edifici sociali da parte dei minorati fisici, attraverso l'eliminazione di quegli ostacoli fisici che sinteticamente vengono indicati come barriere architettoniche». Ricordo altresì che nella collana "Quaderni di promozione sociale", diretta dal compianto Mario Tortello, promossa da *Prospettive assistenziali* ed edita da Rosenberg & Sellier, era uscito nel 1984 il volume di Teresa Ponzio, "Barriere architettoniche".

(4) L'allora vigente legge 132/1968 stabiliva all'articolo 29 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».

(5) La casa di riposo Giovanni XXIII possedeva già un notevole patrimonio immobiliare: 200 alloggi, 700 ettari di terreno, negozi, uffici, magazzini e un cinema.

passare le ferie fuori città per assistere un anziano non autosufficiente. Quello che mi irrita terribilmente, in questo periodo dell'anno, è il gran parlare che Tv, stampa, chiesa eccetera fanno della "incoscienza" di chi "abbandona" gli anziani per le vacanze» e precisava: «È davvero da condannare dal punto di vista morale, chi dopo aver assistito un genitore per 340 giorni dedica 25 giorni a se stesso e alla propria famiglia, anche in previsione di altri 340 giorni di apprensioni, depressioni, fatiche ben note a chi assiste un anziano o un handicappato?» (6).

A la Repubblica l'Ulces in data 23 agosto 1984 aveva inviato la seguente lettera: «Vogliamo ringraziare "la Repubblica" per aver dato spazio, in queste ultime settimane, al problema dell'assistenza agli anziani malati e non autosufficienti, che molti fingono di ignorare o relegano nella sfera del "privato familiare". L'immagine stereotipata e falsa dei "figli ingrati" che, d'estate, parcheggerebbero i genitori in ospedale o al cronicario per "godersi le ferie" è, purtroppo, dura a morire. Non neghiamo che possano esistere casi del genere, ma – a nostro avviso – non si tratta di un fenomeno generalizzabile. Semmai, va detto chiaramente che – mentre le leggi in vigore prevedono il diritto a ricevere cure ospedaliere complete e gratuite per tutto il tempo necessario – migliaia di anziani ancora bisognosi di prestazioni sanitarie non praticabili a domicilio o in ambulatorio vengono dimessi abusivamente dagli ospedali. Le famiglie sono così costrette ad accollarsi il gravoso impegno dell'assistenza 24 ore su 24, oppure a pagare rette che possono superare le 50-60 mila lire al giorno per il ricovero in un cronicario. Un "ticket" sanitario improprio che non solleva, però, le proteste di nessuna forza politica e sociale.

«Occorre anche aggiungere che assistere in casa un anziano malato comporta spesso un pauroso carico di lavoro – quasi sempre assegnato alla donna – e che quasi mai le famiglie ricevono dagli enti locali un aiuto concreto (vedi

(6) In base all'articolo 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge». Poiché non vi sono norme che impongono ai congiunti degli anziani malati cronici non autosufficienti di svolgere attività assegnate al Servizio sanitario nazionale, i loro familiari non hanno alcun obbligo. Essendo le cure domiciliari estremamente valide per i malati, vi è la necessità che gli ospedali e le Asl svolgano una corretta azione informativa volta a promuovere questa importantissima forma di volontariato intrafamiliare e forniscano gli indispensabili sostegni.

colf) o un sostegno economico per contribuire alle forti spese sostenute.

«La nostra associazione ha avviato nei mesi scorsi a Torino una campagna di sensibilizzazione sui diritti degli anziani malati. Ci auguriamo che l'iniziativa possa essere intrapresa anche in altre realtà locali».

Purtroppo la fuorviante campagna sui "figli ingrati" era durata anni ed aveva creato altre notevoli difficoltà alle iniziative del Csa e dell'Ulces, i cui volontari a volte erano addirittura accusati da amministratori, da operatori socio-sanitari e da funzionari delle Asl e dei Comuni di favorire l'abbandono degli anziani malati cronici non autosufficienti da parte dei loro congiunti (7).

Purtroppo anche allora, e malauguratamente in parte ancora oggi, una quota non indifferente della popolazione riteneva che le persone non autosufficienti, essendo inguaribili, non necessitassero più di interventi sanitari, ma fosse sufficiente la semplice badanza.

Alla falsa campagna sui "figli ingrati", il Csa e l'Ulces avevano replicato con lettere, dibattiti e articoli in cui venivano precisate le esigenze ed i diritti riconosciuti dalla legge a detti infermi, e la necessità che le Asl avviassero sul serio iniziative di effettivo sostegno dei congiunti che erano volontariamente disponibili ad accogliere a casa loro un congiunto o un convivente o un amico non autosufficiente (8).

Una prova inconfutabile della ingannevole campagna sui "figli ingrati" era stata fornita dalla ricerca condotta da Carlo Hanau e Roberto

(7) In quel periodo, come vedremo in seguito, il Csa e l'Ulces erano fortemente impegnati per ottenere dall'Asl Torino 1-23 l'istituzione del servizio di ospedalizzazione a domicilio, che verrà creato – primo esempio in Italia – nel 1985.

(8) Segnalo che a seguito delle iniziative dell'Ulces, del Csa e di altri gruppi di base (le relative proposte erano state segnalate nell'editoriale del n. 34/1976 di questa rivista) la Giunta comunale di Torino aveva approvato il 20 luglio 1976 una delibera-quadro, finora non revocata, in cui venivano definite le priorità di intervento del settore socio-assistenziale privilegiando le iniziative di prevenzione; erano previsti l'assistenza economica volta ad assicurare il minimo vitale, gli affidamenti educativi di minori, gli inserimenti presso volontari (famiglie, persone singole, nuclei familiari composti da due o più volontari) di anziani e di handicappati adulti, nonché l'istituzione di comunità alloggio per minori, handicappati adulti e anziani. A questo riguardo nella delibera veniva precisato che erano obbligatori, ai sensi del regio decreto 383/1934, gli interventi, ricoveri compresi, a favore delle persone interdetto e quindi anche dei soggetti con handicap intellettuale grave e gravissimo.

Monetti, del Dipartimento di scienze statistiche "P. Fortunato" dell'Università di Bologna (9). Avvalendosi dei dati dell'Istat i due ricercatori avevano segnalato quanto segue: *«Prendendo in considerazione le due classi di età comprese fra i 70 e i 79 anni, sia per l'anno 1972 che per l'anno 1982, si constata sempre e comunque una riduzione della frequenza dei ricoveri nei mesi di luglio e agosto»*, con la precisazione che *«confrontando per gli anni 1972 e 1982 l'andamento dei ricoveri della generalità dei pazienti con quello della quarta età, emerge che questa classe di età assume in entrambi i periodi un valore stabilizzante, che può far presumere una maggiore aderenza ai reali bisogni sanitari permanenti»*.

In conclusione i due ricercatori avevano affermato che *«dai dati presi in esame emerge immediatamente la non fondatezza dell'opinione comune sul tema dell'ospedalizzazione estiva degli anziani, collegato a quello più generale della ospedalizzazione impropria (o incongrua), sul quale da circa un quindicennio andiamo compiendo analisi scientifiche di natura economico-organizzativa»* e che *«resta da spiegare, attraverso le categorie delle scienze politico-sociali, se il formarsi dell'opinione comune errata sia dovuto ad un abbaglio collettivo degli operatori sanitari, colpiti da pochi casi eclatanti di mancanza di umanità e solitamente poco inclini a rilevazioni statistiche sistematiche, oppure ad un consapevole o inconsapevole rigetto che l'ambiente ospedaliero esprime nei confronti dell'anziano, identificato come cronico, inguaribile, non autosufficiente»*.

Ulteriore conferma della non fondatezza dell'aumento della ospedalizzazione estiva degli anziani e malati cronici non autosufficienti era stata fornita dalla Procura della Repubblica presso la Pretura di Torino che aveva chiesto alle Direzioni sanitarie degli ospedali cittadini di essere informata in merito agli eventuali casi di ricovero non motivati da esigenze sanitarie. Infatti, alla Pretura non era pervenuta alcuna segnalazione in merito (10).

(9) Cfr. Carlo Hanau e Roberto Monetti, "Stagionalità dei ricoveri in ospedale con particolare riferimento agli anziani", *Prospettive assistenziali*, n. 87, 1989.

(10) Cfr. l'articolo "Un'altra conferma della inesistenza del parcheggio estivo degli anziani in ospedale", *Prospettive assistenziali*, n. 96, 1991.

Il devastante documento del Consiglio sanitario nazionale

Nella seduta dell'8 agosto 1984 il Consiglio sanitario nazionale, presieduto dal Ministro della sanità Costante Degan, aveva assunto all'unanimità decisioni volte a negare agli anziani malati cronici non autosufficienti il diritto di essere curati secondo i fondamentali e non discriminanti principi della legge 833/1978 (11) sulla base delle iniziative delle Regioni Emilia Romagna, Toscana, e Veneto che erano state fortemente sostenute anche dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil anche se venivano negate le esigenze terapeutiche degli anziani malati cronici non autosufficienti ed erano posti a carico dei ricoverati e dei loro congiunti oneri economici illegittimi e spesso assai pesanti.

Unanime era stato l'accordo del Consiglio sanitario nazionale: rappresentanti dei Ministeri dell'industria, dell'istruzione, del lavoro e del tesoro; Assessori regionali; esponenti dell'Anci (Associazione nazionale comuni italiani); dell'Unione industriale e delle organizzazioni degli artigiani, dei commercianti e dei coltivatori diretti, nonché – ovviamente – i delegati dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil.

Nella seduta in oggetto, il noto sociologo Achille Ardigò aveva sottolineato *«il rilievo e, soprattutto, la validità che caratterizzano il documento che, frutto di solidale e competente collaborazione all'interno della componente del Consiglio sanitario nazionale, ne esaltano la primaria funzione di orientamento e consulenza»*.

A sua volta l'Assessore della Regione Emilia

(11) Segnalo nuovamente che in base all'articolo 2 della legge 833/1978 il Servizio sanitario nazionale deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* e deve provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*. Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge il Servizio sanitario nazionale deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»*. Ricordo inoltre che i Sindacati Cgil, Cisl e Uil, appoggiando le iniziative delle Regioni Emilia Romagna, Toscana e Veneto (e successivamente quelle analoghe di tutte le altre Regioni), si erano dimenticati (e continuano a dimenticarsi) che, per ottenere il diritto dei pensionati del settore pubblico (legge 841/1953) e di quello privato (legge 692/1955), e dei loro congiunti conviventi di qualsiasi età alle cure sanitarie compreso il ricovero ospedaliero gratuito e senza limiti di durata, avevano accettato che il Parlamento con le leggi sopra indicate avesse aumentato i contributi, allora definiti previdenziali, a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro, contributi il cui livello era stato ulteriormente incrementato dalla legge 386/1974.

Romagna, Decimo Trossi aveva sottolineato che *«le indicazioni che scaturiscono dall'elaborato assumono un rilievo, anche di prospettive, di sostanziale importanza sia perché tendono a ridare nuovo impulso all'attività sociale impedendo la caduta dei servizi relativi, sia soprattutto perché offrono un tema stimolante in ordine alle ipotesi di riesame della legge 833/1978»*, aveva segnalato *«l'opportunità che il documento venga sollecitamente recepito in un atto di indirizzo e di coordinamento del Governo»* e posto l'esigenza che *«in relazione alle soluzioni suggerite, si pervenga al correlativo adeguamento della legislazione nazionale e regionale che disciplina gli interventi in campo sociale (...) al fine di evitare che il peso di prevedibili iniziative debba gravare sul Fondo sanitario nazionale i cui livelli di finanziamento vanno riesaminati»*.

In merito alle prestazioni residenziali riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti, nel documento del Consiglio sanitario nazionale viene sorprendentemente rilevato quanto segue: *«Considerato lo stretto intreccio della presenza sanitaria e socio-assistenziale anche sulle strutture predette appare necessario che, nel transitorio, sia per l'inadeguatezza dei servizi sanitari sul territorio, che non possono farsi carico in maniera completa del problema, sia perché storicamente il non autosufficiente è stato ricoverato e assistito in ambito ospedaliero o para ospedaliero, la spesa relativa al ricovero in casa protetta o struttura simile di persone non autosufficienti carichi parzialmente (fino al massimo del 50%) sul Fondo sanitario nazionale, ai fini di determinare la correlativa riduzione della spesa ospedaliera»*.

Le sorprese, chiamiamole così, riguardano in primo luogo il riconoscimento che *«storicamente il non autosufficiente è stato ricoverato e assistito in ambito ospedaliero o para ospedaliero»* come d'altra parte ristabilivano le già citate leggi 841/1953 e 692/1955 (cfr. la nota 11), e le ridicole e strumentali affermazioni secondo cui il Servizio sanitario non era più in grado di *«farsi carico in maniera completa del problema»*, attribuendo una parte dei relativi compiti al settore socio-assistenziale che, in base alle leggi allora vigenti non aveva alcuna competenza.

Premesso che un altro inganno riguardava la transitorietà della decisione, risulta evidente che

lo scopo vero, esplicitato dal sopra citato intervento dell'Assessore della Regione Emilia Romagna, era quello della riduzione delle spese a carico della Sanità nella consistente misura del 50% e della relativa attribuzione a carico dei ricoverati e, com'è poi successo, anche dei loro congiunti, "colpevoli" di avere un anziano familiare malato e non autosufficiente (12).

Il doppiogioco della Regione Piemonte

La Regione Piemonte aveva dato pieno sostegno al sopra citato provvedimento del Consiglio sanitario nazionale, nonostante che qualche mese prima, ed esattamente con la circolare n. 0267/140 del 21 febbraio 1984 inviata ai Presidenti delle Unità sanitarie locali, avesse riconosciuto che dagli ospedali piemontesi venivano dimessi anziani ancora necessitanti di cure. Al riguardo unisco il testo integrale della sopra citata circolare sottoscritta dall'Assessore alla sanità, Sante Bajardi: *«Viene periodicamente lamentato che la dimissione degli utenti dai presidi ospedalieri avviene in alcuni casi senza la necessaria garanzia della tutela della salute degli stessi. Infatti, accanto al protrarsi di degenza di soggetti non più bisognosi del tipo di cure erogate dall'ospedale, presidio che non può surrogare né la carenza della famiglia né di altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali, si verificano contemporaneamente episodi di dimissioni affrettate, che mal si conciliano con i diritti del cittadino, primo fra tutti la tutela della salute. È il caso di soggetti con patologie a prognosi infausta, ai quali la dimissione in fase terminale non garantisce la corretta terapia antalgica, indispensabile a lenire acute sofferenze. È il caso di soggetti la cui compromissione dello stato di salute è determinato da patologie non completamente risolte in sede ospedaliera, nella quale devono essere garantite, tempestivamente, secondo le indicazioni e le modalità*

(12) La decisione del Consiglio sanitario nazionale era stata assunta anche sulla base della connotazione della casa protetta *«prevista come residenza socio-assistenziale e struttura parasanitaria»*. Di conseguenza era stato precisato che l'onere economico delle prestazioni di *«assistenza tutelare ricade sul bilancio assistenziale»*. Da notare che nelle case protette le attività sia quelle medico-infermieristico, sia quelle definite tutelari sono identiche alle prestazioni assicurate dagli ospedali ai malati acuti. Nelle rianimazioni gli interventi tutelari sono di gran lunga superiori a quelli forniti agli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle residenze protette.

previste dal piano socio sanitario anche le necessarie prestazioni di riabilitazione.

«Alcune dimissioni poi avvengono, specie per soggetti anziani, in presenza di piaghe da decubito, di cui deve, viceversa, essere, già nel corso della degenza ospedaliera, con attenzione, impedito l'insorgere. Si ritiene pertanto necessario richiamare l'attenzione delle SS.LL. su questa problematica, che assume particolare rilevanza non solo nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, ma anche in relazione alle ripercussioni sulla corretta attuazione del sistema complessivo previsto dal piano socio-sanitario. Fermo restando la competenza del Responsabile della divisione a disporre le dimissioni, si ritiene opportuno che nelle more di una organica disciplina, già in predisposizione, sugli obblighi delle Amministrazioni e degli operatori delle Usl e sulla salvaguardia dei diritti degli utenti, le SS.LL. siano individuate come l'organo al quale le persone interessate possano rivolgersi in caso di dimissioni contestate».

Purtroppo, mentre quasi sempre le indicazioni contenute nella circolare erano disattese, nessuno interveniva nonostante le segnalazioni del Csa e dell'Ulces

L'emarginante e illegittimo decreto Craxi

Sulla base delle decisioni assunte dal Consiglio sanitario nazionale l'8 giugno 1984, che avevano raccolto un consenso praticamente generale (13), il Presidente del Consiglio dei Ministri Bettino Craxi aveva emanato d'intesa col Ministro della sanità senza nemmeno richiedere il parere del Ministro competente per il settore socio-assistenziale, un decreto amministrativo datato 8 giugno 1985 recante il titolo "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833".

In merito alla «cura degli anziani, limitatamen-

(13) Non mi ricordo che siano state avanzate critiche al documento del Consiglio sanitario nazionale da parte di organizzazioni sociali e/o culturali. Ferma era stata invece la posizione dell'Ulces. Si veda l'articolo "Tutto è pronto per una nuova emarginazione di massa" pubblicato sul n. 68, 1984 su questa rivista, insieme al testo integrale del documento del Consiglio sanitario nazionale.

te agli eventi morbosi non curabili a domicilio», l'articolo 8 del decreto Craxi stabiliva che «nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le Regioni possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le Regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione dei cittadini».

Una pacchia per le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento alle quali era stato fornito uno strumento, anche se illegittimo, per la dimissione degli anziani malati cronici non autosufficienti dagli ospedali, il loro trasferimento nelle case protette, salvo che i congiunti provvedessero per loro conto e a loro spese, nonché l'imposizione a detti infermi e quasi sempre anche ai loro familiari di oneri economici (14).

Agghiaccianti testimonianze

Nel volume edito da Rosenberg & Sellier nel 1987 "Vecchi da morire. Libro bianco sui diritti violati ai malati cronici: manuale per pazienti e familiari" di Francesco Santanera e Maria Grazia Breda (15) sono state raccolte (pag. 177-295) da Emilia De Rienzo le seguenti agghiaccianti testimonianze: La storia di Lucia, "Il valzer dei cronicari, l'ospedale, le dimissioni

(14) È assai importante rilevare che nessuno degli 8mila Comuni italiani, che da sempre lamentano la scarsità dei finanziamenti disponibili, ha sollevato obiezioni in merito ai pesanti oneri economici ad essi attribuiti per tutti i casi in cui gli infermi non dispongono dei mezzi economici per il pagamento dell'intera quota alberghiera. Il problema era stato "risolto" da numerosi Comuni imponendo illegittimamente il versamento di contributi economici ai congiunti degli infermi.

(15) Nella prefazione Norberto Bobbio aveva scritto quanto segue: «Un libro da leggere attentamente, da meditare e da diffondere. Dalla lettura si esce alla fine turbati e mortificati, perché ci fa conoscere un universo di miserie e di sofferenze che ci è vicino, vicinissimo, forse alla porta delle nostre case, e di cui dobbiamo dire che sappiamo ben poco (...). Scritto con passione e con ragione, ispirato a un profondo e non ostentato senso di giustizia, di pietà, di solidarietà umana, il libro è anzitutto uno specchio fedele di un mondo ignorato, dimenticato, e forse rimosso, che permette al lettore di farsi un'idea dal vivo della gravità e intollerabilità delle condizioni in cui versano molti vecchi poveri e malati, e le loro famiglie».

forzate. Poi...”; La storia di Renata, “La diagnosi di un tumore, l'intervento. E dopo pochi giorni, l'invito alla figlia unica, cieca per il diabete: qui, sua madre non può più stare”; La storia di Anna, “Spezzarsi il femore a 88 anni: ovvero, pagare per essere curati. Ed a chi non basta la pensione?”; La storia di Bianca, “Volevo che mia madre fosse curata. Medici e infermieri mi davano della sanguisuga”; La storia di Maria, “Abbiamo speso 18 milioni in quattro anni. L'alternativa? Un posto letto in locanda e tanti sedativi”; La storia di Giuseppina, “In ospedale non può stare. Si cerchi un posto. Quando è uscita dal cronicario aveva le piaghe da decubito dalla testa ai piedi. I talloni, le gambe,...”; La storia di Antonio, “Il primario mi ha detto: «La riabilitazione? Tutto inutile». Ma con 7 milioni la clinica ha fatto il miracolo”; La storia di Mario, “Mi dice l'assistente sociale dell'ospedale: «Perché non riporta a casa suo padre e non si cerca un'infermiera?». Ma io, pensionato da 650 mila lire al mese, dove trovo 100 mila lire al giorno per pagarla?”; La storia di Pietro e Matilde, “Quando due coniugi ottuagenari cercano di mettere fine alla loro esistenza e l'ospedale, a due giorni dal tentato suicidio, vuole rimandarli a casa”; La storia di Erminio, “Rispedito a casa, la sera stessa dell'intervento. Quanta fatica per trovare un primario ed un ospedale che sappiano curarti e non calpestare i tuoi diritti!”; La storia di Emilio, “Dieci anni in casa con papà paralizzato a letto. Dicono: «Ai vecchi devono pensarci i figli, i parenti». Ma nessun servizio pubblico ti dà una mano”; La storia di Vincenza, “S'era rotto il femore: l'avevano operata. «Il nostro compito è finito», dicevano...”; La storia di Matilde, “Vede quella foto? È mamma che lavora all'uncinetto subito dopo la prima paresi. Ora non riesce più a fare niente. Forse, sarebbe stato comunque così, però è vero: l'ospedale non l'ha più curata. È vecchia»; La storia di Umberto, “Il medico di famiglia aveva mandato papà, 84 anni, in ospedale per fare rieducazione motoria. Appena l'hanno visto han detto che doveva essere ricoverato in cronicario. L'hanno messo a letto, sono cominciate le flebo; di rieducazione non s'è più parlato”; La storia di Rosa, “Ho detto: «Le leggi parlano chiaro. Mamma ha diritto ad essere curata» loro hanno smesso ogni tipo di intervento. Anche le flebo. Ho portato io, per giorni e giorni, il biberon

in ospedale, per farla mangiare...”; La storia di Maria, “Quell'ospizio mi ricorda i giorni dell'inferno. Man mano che peggiori, ti spostano sempre più in basso”; La storia di Adalgisa, “Era caduta di notte dal letto, in ospedale, perché aveva chiamato, ma non era venuto nessuno. Aveva dolori fortissimi, per tre giorni, la caposala non ci ha dato retta. Poi, la radiografia ha spiegato il perché: femore rotto”; La storia di Beatrice, “Avrebbero dovuto fare qualcosa, non lasciarla spegnersi giorno dopo giorno senza tentare assolutamente nulla”.

Omesso rispetto delle norme nella prevenzione ed estinzione degli incendi, e sull'esercizio dell'attività sanitaria

Senza alcun esito era rimasta la segnalazione che avevo indirizzato ad un magistrato della Pretura di Torino in data 9 maggio 1985 quale Presidente dell'Ulces: «Questa Unione si permette di sottoporre alla Sua attenzione due problemi di particolare importanza riguardanti le istituzioni di ricovero per anziani, per handicappati e per minori:

a) in primo luogo vi è il problema del rispetto delle norme sulla prevenzione ed estinzione degli incendi, questione di estrema delicatezza tenuto conto del fatto che moltissimi sono i ricoverati che non sono in grado di spostarsi autonomamente. Il mancato rispetto delle norme riguarda fra l'altro: i mezzi e gli strumenti di allarme e difesa dagli incendi; gli impianti elettrici; le vie di fuga.

«Ci sembra molto grave il fatto che non siano rispettate non solo le recenti norme sulla prevenzione ed estinzione degli incendi, ma anche quelle previste nei decenni scorsi.

«In merito a questo problema alleghiamo la documentazione in nostro possesso e cioè:

– lettera inviata il 26 novembre 1981 dal Csa al Presidente e all'Assessore all'assistenza della Regione Piemonte, ai Prefetti del Piemonte, ai Comandi dei Vigili del Fuoco, ai Sindaci dei Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, ai Presidenti delle Usl;

– lettera inviata dal Comando provinciale di Torino dei Vigili del Fuoco in data 11 dicembre 1981 al Csa, alla Regione Piemonte, alla Prefettura di Torino e ai Presidenti delle Usl, da

(segue alla pag. 47)

cui risulta che il Comando dei Vigili del Fuoco non disponeva all'epoca nemmeno dell'elenco degli istituti su cui doveva vigilare;

– lettera del 31 marzo 1982 di risposta del Csa alla precedente, con allegato l'elenco degli istituti in possesso da parte del Csa;

– lettera inviata nell'agosto 1982 dall'Assessore all'assistenza della Regione Piemonte ai Comandi provinciali dei Vigili del Fuoco;

b) in secondo luogo vi è il problema degli istituti di assistenza che, in violazione delle norme vigenti, esercitano attività sanitarie ricoverando anziani cronici non autosufficienti e handicappati con ridotta o assente autonomia personale. È anche assai probabile che vi siano istituti che forniscono medicinali e praticano altre attività di natura sanitaria.

«Ad avviso della scrivente, ai sensi della legge 23 dicembre 1978 n. 833 le attività sanitarie possono essere svolte solo da ospedali pubblici o da case di cura private debitamente autoriz-

zate. Al riguardo vi è da segnalare che durante il ricovero in istituti di assistenza (ad esempio l'Istituto di riposo per la vecchiaia di corso Unione Sovietica, il Carlo Alberto di corso Casale, il Convalescenziario Crocetta) e in certe "pensioni" gli anziani sono privati del loro diritto, sancito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, di scegliere liberamente il medico, medico che invece viene imposto dall'istituto.

«Circa l'attività di certe "pensioni" si allega fotocopia della raccomandata inviata dal Csa in data 24 ottobre 1984 all'Assessore regionale all'assistenza, al Sindaco di Torino e al Presidente dell'Ussl 1-23 e della lettera del 31 luglio 1984 sottoscritta dalle assistenti sociali dell'Ospedale Maria Vittoria di Torino» (16).

(16) Senza alcun esito era stato anche l'articolo di Mario Tortello "Se l'incendio scoppiasse in un istituto di riposo? Denuncia delle associazioni a tutela degli anziani e degli invalidi: l'autorità controlli anche la sicurezza di istituti e ospizi", pubblicato su *Stampa sera* del 21 febbraio 1983.