

UN ALTRO LIBRO DEI NEGAZIONISTI DEI VIGENTI DIRITTI ALLE CURE SOCIO-SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Anche nel 5° Rapporto "L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Un futuro da ricostruire" (1), promosso dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Inrca di Ancona per il Network nazionale per l'invecchiamento, pubblicato nel settembre 2015 da Maggioli Editore, sono omesse le vigenti (dal 1978!) disposizioni di legge che stabiliscono diritti pienamente esigibili da parte degli anziani non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali (2).

Come avevamo già rilevato a proposito del 4° Rapporto (3) è sconcertante che gli Autori del volume non segnalino le leggi in vigore, aspetto tanto più sconcertante per il fatto che quasi tutti sono stati da anni ripetutamente informati in merito alle disposizioni contenute nel nostro ordinamento, peraltro senza mai aver ricevuto obiezioni di sorta (4).

(1) Hanno partecipato alla stesura del 5° Rapporto (pagina 222): Francesco Balducci, Anna Banchemo, Francesco Barbabella, Ludovico Carrino, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Matteo Luppi, Franco Pesaresi, Arianna Poli, Giselda Rusmini e Marco Trabucchi.

(2) Ai sensi della legge 833/1978 e dell'articolo 54 della n. 289/2002 hanno diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali anche le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, nonché i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia. Detti soggetti hanno anche diritto alle prestazioni semiresidenziali (frequenza dei centri diurni) al termine della scuola dell'obbligo nei casi in cui non sia attuabile, a causa della gravità delle loro condizioni, la frequenza delle scuole superiori o dei centri di formazione professionale.

(3) Cfr. la recensione del 4° Rapporto pubblicata sul n. 186/2014 di questa rivista.

(4) L'omissione dei vigenti diritti degli anziani non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali sembra essere diventata una base "culturale" per l'emarginazione dei vecchi malati inguaribili. Al riguardo si vedano gli allegati 1 (sulla posizione dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil), 2 e 3 (libri recensiti e testi pubblicati su questa rivista) dall'articolo di Francesco Santanera, "Cinquant'anni di volontariato per la promozione e difesa dei diritti delle persone non autosufficienti: esperienze e risultati", n. 181, 2013. Si vedano altresì i seguenti successivi interventi riportati su questa rivista: "Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e dimissioni ospedaliere", "In base a quali motivi nel progetto Alzheimer per la Città di Ancona non ci sono i riferimenti ai Lea?", "La Giunta della Regione Piemonte contro il diritto degli anziani malati cronici alle cure socio-sanitarie" e "Importanti precisazioni del Difensore civico della Regione Piemonte indirizzate all'Ospedale Cottolengo di Torino", n. 182, 2013; "Assai deludente la relazione finale della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla sanità in merito alle persone con patologie o handicap invalidanti", "Sempre sordi i Segretari nazionali Cgil, Cisl e Uil nei

Inoltre è assai inquietante il comportamento degli Autori, noti esperti del settore, e delle istituzioni (i citati Istituto scientifico Inrca e il Network nazionale per l'invecchiamento) per le negative conseguenze sugli anziani non autosufficienti (oltre un milione di nostri concittadini con l'eventuale possibilità che domani ne faccia parte ognuno di noi e dei nostri cari) e sui relativi congiunti (forse 3-4 milioni) coinvolti.

Infatti sono migliaia le persone che, a seguito delle false informazioni ricevute, invece di pretendere l'attuazione delle leggi vigenti che obbligano il Servizio sanitario nazionale a fornire senza limiti di durata le prestazioni socio-sanitarie, accettano le dimissioni da ospedali e da case di cura private assumendo anche i relativi oneri economici (a Torino l'importo della retta di ricovero delle Rsa, comprendenti la quota sanitaria e quella alberghiera, ammonta

riguardi degli anziani malati cronici non autosufficienti" e "Lettera aperta agli Organizzatori, ai Relatori e ai Partecipanti del seminario sulla Costituzione italiana", n. 183, 2013; Mauro Perino, "Contro l'eugenetica economica e l'eutanasia sociale", "Molto preoccupante il numero dei Parlamentari che ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti", "Come mai l'User continua ad ignorare le esigenze ed i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti?", "Per Federsanità-Anci i Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria sono «totalmente distruttivi»" e "I Segretari generali dei pensionati Cgil, Cisl e Uil continuano a dimenticare gli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 184, 2013; "Altri Parlamentari ignorano le leggi vigenti sui diritti delle persone non autosufficienti" e "Altro omesso riferimento ai diritti sanciti dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria", n. 185, 2014; "Ordinanza allarmante del Consiglio di Stato: se mancano le risorse, negate le cure ai malati inguaribili?", "In base a quali motivi il Presidente della Repubblica e l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità hanno ignorato gli anziani disabili?", "Altri negazionisti dei vigenti diritti delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie", "Il Sottosegretario Franca Biondelli ritirerà le sue proposte di legge in cui sono ignorati i vigenti diritti delle persone non autosufficienti?" e "Anche lo Spi-Cgil della Lombardia omette di segnalare i diritti dei malati di Alzheimer", n. 186, 2014; "Il 'Patto per la salute 2014-2016' discrimina i malati: solo per le persone non autosufficienti, cure vincolate alle risorse stanziate", "Anche le case di cura private devono rispettare le norme sulla continuità terapeutica degli anziani malati cronici", "Considerazioni etiche e giuridiche sulla malattia di Alzheimer: perché il Comitato nazionale per la bioetica ignora i Livelli essenziali di assistenza?" e "I Ministri della salute e dell'economia, i Deputati, i Sindacati e gli esperti continuano ad ignorare i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "Aumenta il numero dei Parlamentari che presentano proposte di legge omettendo i vigenti diritti delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie", "Ingannevoli dirottamenti dei finanziamenti statali destinati alle persone non auto-

a 2.500-3.500 euro al mese: una situazione che provoca spesso povertà e a volte vera e propria miseria).

Le leggi vigenti, ma “assenti”

Nell'introduzione Gianni Genga e Fabrizia Lattanzio, rispettivamente Direttore generale e Direttore scientifico dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Inrca di Ancona, affermano che «*l'Italia appare ancora in ritardo nel riformare il proprio sistema di servizi pubblici rivolti agli anziani non autosufficienti*» e che «*tra i grandi Paesi europei, il nostro è l'unico a non aver riorganizzato in maniera organica e*

sufficienti e strumentale definizione delle disabilità gravissime», «La Caritas continua a non segnalare i diritti esigibili delle persone non autosufficienti», «Perché l'Agenas omette di ricordare ai cittadini il diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari?», «Secchiate d'acqua gelata sui diritti dei malati. Le fuorvianti iniziative del Presidente del Consiglio Renzi e del Ministro Lorenzin e l'incredibile ignoranza dei Senatori della Commissione sanità» e «Anche l'Ires-Cgil omette di segnalare i vigenti diritti alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti», n. 188, 2014; «Il Consiglio di Stato sposa l'eugenetica sociale. Si riducono le risorse economiche ed ai disabili gravi e agli anziani malati cronici non autosufficienti non sono fornite le cure sociosanitarie», Mauro Perino, «Proposte assurde e pericolose sulla non autosufficienza», «Si estende il numero dei negazionisti che non segnalano il vigente diritto alle cure socio-sanitarie dei cittadini non autosufficienti», «Allarmanti e persistenti illegittimità praticate dalla Regione Puglia a danno degli anziani malati cronici non autosufficienti e dei loro congiunti», «Principi di eugenetica sociale contenuti nel documento approvato il 30 ottobre 2014 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome» e «Non convincente la precisazione del Direttore generale dell'Agenas», n. 189, 2015; «Le Regioni continuano a sottrarre alle persone colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza quote rilevanti dei finanziamenti erogati dallo Stato», «Legge della Regione Emilia Romagna: omesso l'obbligo del contributo economico dell'Asl a favore degli accuditori familiari delle persone non autosufficienti» e «Anche la Fondazione Zancan e Flavia Franzoni ignorano i vigenti diritti degli anziani non autosufficienti alle prestazioni domiciliari», n. 190, 2015; «Perché il Direttore generale dell'Asl Bergamo fornisce notizie fuorvianti sul diritto alle cure di un anziano malato cronico non autosufficiente?» n. 191, 2015. **In questa rivista sono stati anche recensiti libri sugli anziani in cui sono omesse le informazioni sui vigenti diritti:** «*La strage degli innocenti. Terza età : anatomia di un suicidio sociale*», di Roberto Gramiccia e Vittorio Bonanni, Ediesse, n. 183, 2013; «*Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*» di Valeria Fargion e Elisabetta Gualmini, Il Mulino, e «*La continuità delle cure tra ospedale e territorio*» di Daniele Salmaso e Roberto Toffanin, Fondazione Zancan, n. 184, 2013; «*Poveri di diritti – Rapporto 2011 su povertà ed esclusione sociale in Italia*» di Caritas italiana e Fondazione Zancan, Il Mulino, n. 185, 2014; «*L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia tra crisi e ripartenza. 4° Rapporto*» di AA.VV., Maggioli Editore, n. 186, 2014; «*Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*», a cura di Giovanni Fosti e Elisabetta Notarnicola, Egea, n. 188, 2014; «*I grandi vecchi: curare ancora. Epidemiologia, pratica clinica, assistenza*», a cura di Umberto Senin, Luisa Bertorelli e Gianfranco Salvioli, Carocci Faber, n. 189, 2015.

con una “visione” unica e condivisa il suo sistema di continuità assistenziale negli ultimi trent'anni».

Com'è possibile che i due succitati esperti non ricordino che l'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», garantendo in tal modo un unico ed unitario servizio per i bambini, i giovani, gli adulti e gli anziani, e, per quanto concerne il diritto alle prestazioni, senza alcuna differenziazione/discriminazione (5) fra malati guaribili e inguaribili: dunque tutti gli infermi devono essere curati a partire dall'entrata in vigore della legge sopra citata e cioè dal 1978 e quindi da ben 35 anni!

Ignorata la legge 833/1978, i due Direttori dell'Inrca citano il Fondo nazionale per le non autosufficienze, le cui risorse (legge 296/2006) sono destinate interamente ai Comuni per il loro impegno finanziario integrativo a favore delle persone non autosufficienti, ma non il Fondo sanitario nazionale da cui devono essere tratti i finanziamenti più consistenti, approssimativamente tre volte superiori a quelli assegnati ai Comuni.

Un'altra affermazione fuorviante contenuta nella prefazione concerne l'asserzione secondo cui «*a livello finanziario, la definitiva revisione dei parametri dell'Isee nel novembre 2014 ha portato diverse novità, tra cui nuovi livelli di detrazione finali per le persone non autosufficienti*», senza nulla dire in merito ai nuovi oneri economici posti a carico dei coniugi degli anziani non autosufficienti, nonché dei loro figli conviventi o non conviventi (6).

(5) Premesso che, come è ovvio, le persone non autosufficienti sono anche colpite da disabilità fra l'altro grave o gravissima, in base alla legge 67/2006 «Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni» «*si ha discriminazione diretta quando, per motivi connessi alla disabilità, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata una persona non disabile in situazione analoga ; si ha discriminazione indiretta quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un fatto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone*».

(6) Evidente è la discriminazione imposta dal nuovo Isee non solo nei confronti degli anziani non autosufficienti rispetto alle persone giovani e adulte colpite dalle sue stesse patologie e con le stesse limitazioni della loro autonomia: per questi ultimi le prestazioni sono gratuite, mentre gli anziani devono corrispondere fino al 50% dell'importo della quota alberghiera delle Rsa e cioè anche 1.500-1.700 euro al mese!

Inoltre, ma questa sconcertante omissione riguarda tutti gli Autori, i due Direttori dell'Inrca non dicono una sola parola non solo in merito ai diritti vigenti, ma nemmeno nei riguardi delle iniziative da assumere per la prevenzione della cronicità, per la massima riduzione possibile delle sofferenze e per le altre misure da attuare volta a garantire adeguate e tempestive cure socio-sanitarie.

Duecentomila infermi abbandonati dal Servizio sanitario

Nelle 250 pagine del 5° Rapporto in nessuna considerazione sono tenuti gli infermi, a nostro avviso oltre 200mila nostri concittadini anziani che, colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, e quindi sicuramente necessitanti di prestazioni sanitarie indifferibili (diagnosi, terapie, igiene personale, ecc.), sono posti dalle Asl, con il pieno consenso delle Regioni e del Governo, in lista d'attesa non solo illegittime, ma assai crudeli.

Ne consegue l'attribuzione ai congiunti, che in base alle leggi vigenti non hanno alcun obbligo giuridico di fornire prestazioni di competenza della sanità, non solo dei compiti di cure sanitarie, ma anche di oneri economici assai gravosi, ad esempio il pagamento dell'intera retta delle Rsa (quota sanitaria e alberghiera), e cioè di importi varianti da 2.500 a 3.000 euro al mese.

Povertà indotta dalle istituzioni sanitarie

Nel nostro Paese non solo non c'è alcuna concreta iniziativa nazionale di contrasto alla mancanza delle risorse economiche indispensabili per vivere, ma la disumana collocazione in liste d'attesa, a volte di durata anche superiore a dodici mesi, determina abbastanza spesso la caduta in povertà dei congiunti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile.

Altra conseguenza obbligata è la ricerca da parte dei familiari, con limitate possibilità economiche, di strutture anche abusive, ma con rette di importo accessibile.

Sulla questione, ma senza far riferimento alle cause, e cioè al mancato rispetto da parte delle Asl delle leggi vigenti (7) è intervenuto anche

(7) Matteo Lippi sostiene che «il settore di cura rivolto agli

Matteo Lippi che, nel capitolo "Non autosufficienza e impoverimento" evidenzia che «nel 2012, 330 mila famiglie hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi per far fronte alle spese relative all'assistenza, 190 mila hanno dovuto vendere l'abitazione con formula della nuda proprietà e 150 mila si sono dovute indebitare» (8).

Errata valutazione sul Fondo per le non autosufficienze

Nel capitolo "Lo Stato: le politiche nazionali" gli Autori (Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi e Marco Trabucchi), dopo aver rilevato l'esiguità dello stanziamento annuale (400 milioni di euro) del Fondo per le non autosufficienze (9), sostengono che «l'importo del Fondo è diventato l'unico punto di attenzione del Governo verso la non autosufficienza», dimenticando che le risorse economiche di gran lunga più consistenti – come abbiamo rilevato in precedenza – sono a carico del Fondo sanitario nazionale (10).

Ripartizione illegittima degli oneri economici

Cristiano Gori e Giselda Rusmini segnalano nel capitolo "La rete dei servizi sotto pressione" quanto segue: «L'interruzione dell'aggiornamento delle quote sanitarie che parte dalle Regioni, indipendentemente dall'evoluzione dei costi che le strutture effettivamente sostengono, attuata allo scopo di controllare la crescita della spesa, è una tendenza emersa con forza dal-

anziani [è] contraddistinto da un'assenza di riforme di carattere nazionale».

(8) È sconcertante rilevare che il Governo ha abolito l'Imu per la prima casa, ma obbliga numerosi anziani malati cronici non autosufficienti a venderla – spesso a svenderla – quando si ammalano così gravemente da essere anche colpiti dalla non autosufficienza, e quindi nell'impossibilità di autotutelarsi.

(9) I finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze sono destinati esclusivamente ai Comuni, i quali devono corrispondere le eventuali rimanenti spese non coperte dal Fondo sanitario nazionale e dagli utenti.

(10) Nel paragrafo "I nuovi Lea ancora in attesa" del capitolo "Lo Stato: le politiche nazionali", predisposto da Franco Pesaresi viene affermato che «in continuità con il precedente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, il testo definisce, specifica ed estende le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie esigibili dei cittadini e descrive in modo organico e integrato l'offerta assistenziale in settori che, nel corso degli anni, sono stati disciplinati con atti normativi specifici». Purtroppo il testo che abbiamo riprodotto non evidenzia che gli attuali Lea stabiliscono diritti già attualmente esigibili.

l'analisi precedente. L'azione di ribilanciamento dei gestori, per non incidere sul personale o sul livello del servizio, fu individuata allora nel riversare gli aumenti dei costi sulla compartecipazione degli utenti attraverso un incremento delle quote alberghiere, con il conseguente aumento dei costi, a carico di questi ultimi (Pesaresi, 2013; Tidoli, 2013). La tendenza dell'aumento dei costi a carico delle famiglie, dovuta all'aumento delle rette o dei costi per servizi aggiuntivi, è largamente confermata dai testimoni interpellati, sebbene nel frattempo sia stato compiuto qualche intervento regolativo in materia. La Lombardia non ha incrementato la quota sanitaria (l'ultimo adeguamento risale al 2010) ed ha introdotto il budget (restringendo la remunerazione delle giornate rendicontabili dai gestori, in quanto una volta esaurito non è possibile il ricovero di solventi sui posti accreditati) e limitazioni al riconoscimento delle giornate di ricovero ospedaliero degli ospitati in Rsa. Per compensare tutto ciò spesso le rette sono aumentate

(Pelliccia, 2014). In Friuli-Venezia-Giulia, come in altre Regioni, non è stata ancora data attuazione a interventi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2001 che indicava la ripartizione del costo al 50% a carico del sistema sanitario regionale e al 50% in carico all'utenza e ai Comuni».

Premesso che in base al sopra citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2001, le Asl devono coprire tramite il Fondo sanitario il 50% delle rette delle Rsa e che le Regioni non hanno alcuna possibilità di modificare detta ripartizione (11), l'attribuzione agli utenti di importi non a loro carico, costituisce una imposizione truffaldina, che le Procure della Repubblica dovrebbero perseguire.

(11) Cfr. l'articolo di Massimo Dogliotti, "Ancora sul pagamento delle rette imposte ai parenti degli assistiti: leggi regionali e violazione dei principi costituzionali", *Prospettive assistenziali*, n. 182, 2013.

Il disimpegno del Ministero della salute per prevenire e respingere... (segue dalla pag. 20)

nonché di equità e pari accessibilità a tutti i cittadini, e che sia appropriata rispetto ai reali bisogni, psicologici e relazionale della persona».

Da parte nostra continuiamo a segnalare, insistiamo dal 1995 (2), la necessità che l'assunzione di tutti gli operatori (educatori, infermieri, personale di servizio, ecc.) dovrebbe essere condizionata al possesso di una dichiarazione attestante che il soggetto è adeguato, per le caratteristiche della sua personalità e per

(2) Cfr. il volume di Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, "Handicap: oltre la legge quadro. Riflessioni e proposte", Utet Libreria, 1995. Nella nota dell'articolo "Altri maltrattamenti e abusi su anziani e minori ricoverati", pubblicato sul n. 191, 2015 di questa rivista è riportato, a dimostrazione dell'estrema gravità della situazione, l'impressionante elenco delle segnalazioni apparse su "Prospettive assistenziali" dal 1° gennaio 2000. Si vedano inoltre gli articoli "Altre gravissime illegalità accertate dai Nas" e "Si intensificano i casi di maltrattamenti nelle strutture di ricovero. Latitano le istituzioni socio-sanitarie", pubblicati sui n. 192, 2015 e 193, 2016.

la sua professionalità, a svolgere determinate attività con i minori, nonché con le persone con handicap e/o patologie gravi aventi limitata o nulla autonomia.

È inoltre assai sconcertante che dalle ispezioni delle competenti Commissioni di vigilanza delle Asl e dei Comuni non emergano mai dati sulla rispondenza della qualità e della quantità del personale addetto con quello stabilito nelle relative convenzioni il cui onere, è corrisposto di conseguenza dagli Enti. Sarebbe oltremodo facile verificare la presenza effettiva degli operatori consultando il libro matricola, nonché i versamenti effettuati all'Inps e le fatture degli operatori a contratto.

Inoltre, mentre è lodevole l'attività svolta dai Nas, è evidente che, per la garanzia di prestazioni adeguate alle esigenze dell'utenza, occorre predisporre adeguate misure preventive e continui e seri controlli.