

Continuo a preferire  
la severa giustizia  
alla generosa solidarietà.  
*Norberto Bobbio*

## VECCHI DA (FAR) MORIRE

ANDREA CIATTAGLIA

Una morte terribile, di sete, immobilizzato a letto per quattro lunghissimi giorni di agonia. È stata la fine atroce di L.P. 88 anni, anziano malato cronico non autosufficiente morto a fine febbraio 2019 nella sua casa di Cantello, in provincia di Varese. È la fine terribile che farebbero tutti i malati non autosufficienti abbandonati dalla sanità italiana, deputata a curarli. Finirebbero tutti così questi nostri concittadini che, a seguito delle gravi malattie dalle quali sono affetti, non sono più in grado di provvedere alle loro esigenze personali (1): morte nel giro di pochi giorni, se non ci fossero i loro parenti a sopperire alla negazione del loro diritto fondamentale alla cura da parte del Servizio sanitario nazionale. Per legge, la 833 del 1978 e s.m.i., il Servizio sanitario è tenuto ad intervenire per tutti loro fornendo le cure necessarie al fabbisogno, senza alcuna distinzione di condizioni sociali e senza limitare gli interventi nel tempo. Nell'anno appena trascorso, il quarantennale di quella conquista di civiltà è stato celebrato da centinaia di palchi o di tavoli di convegni. Celebrazioni che di fronte all'esteso mancato rispetto della legge e alla vicenda, tra le altre, di Cantello non possono non acquistare il sapore di cerimonie solo formali.

Intendiamoci, la rivendicazione concreta del diritto alle cure negato ha ancora punti di forza decisivi (la legge 833/1978 stessa, l'articolo 32 della Costituzione e il 23 della Carta, dal quale discende l'inesistenza di qualsiasi obbligo di cura sanitaria da parte dei famigliari ai loro parenti malati) (2). Ma la cronaca degli eventi

(1) Cfr. "Documento dell'Ordine dei Medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, 191, 2015; "Ordine dei Medici, fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: "Sono indifferibili e di competenza sanitaria", *Ibidem*, 193, 2016.

(2) Anche nel corso dell'anno 2018 la Fondazione promozione sociale onlus ha gestito il "Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti" che ha portato a termine, grazie alla fondamentale attività dei "volontari dei diritti", circa 700 casi di rivendicazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per malati non autosufficienti e persone con disabilità intellettiva e/o autismo e limitata o

del Varesotto è, in modo drammatico, esemplare dell'abbandono terapeutico di cui sono vittime centinaia di migliaia di malati (spesso anziani) nel nostro paese. «*La storia* – riporta il Corriere della Sera – è quella di T.D., 80 anni, e del marito L.P., di 88. Sposati da 50 anni, vivevano da soli a Cantello, nel Varesotto. L., invalido civile, era costretto a letto, era T. a prendersi cura di lui, giorno e notte. Quando lei si è sentita male, in giardino, forse non ha neanche provato a chiedere aiuto. O forse ci ha provato, pur sapendo che sarebbe stato inutile, che il marito non avrebbe potuto soccorrerla. Lui, immobile a letto, forse ha provato a chiamarla, a urlare il suo nome invano. Fino a morire di stenti, senza acqua né cibo, probabilmente quattro giorni dopo l'infarto che aveva stroncato la moglie. A scoprire quanto era avvenuto è stata la nipote: da giorni cercava di contattare gli zii, fino a quando si è decisa di andare personalmente a vedere cosa fosse successo».

Chi, in questo o in altri casi simili, parla di «*tragedia della solitudine*» svia la questione dalla fondamentale negazione delle cure sanitarie che ne è alla base. Mai come in questi casi è evidente che il diritto negato ha esiti fatali. Le istituzioni tenute a fornire le prestazioni di tutela della salute dei cittadini non possono sottrarsi alla responsabilità di quanto è avvenuto e continua ad avvenire (sono 30mila in Piemonte i malati cronici non autosufficienti esclusi dalle cure e abbandonati nelle cosiddette liste di attesa, almeno 200mila in tutta Italia). I medici, gli operatori delle Aziende sanitarie locali, persino i funzionari dei Servizi sociali (non direttamente competenti in tema di sanità, ma tenuti alla segnalazione delle situazioni di necessità all'Asl) hanno il dovere di intervenire per la cura delle persone malate. Che nel caso di quelle non autosufficienti non si limita all'assunzione della terapia, ma è costituita di prestazioni 24 ore su 24, tutte indistintamente rivolte alla tutela

nulla autonomia. Facsimili e informazioni su [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

della salute del paziente, o quantomeno ad evitarne un ulteriore peggioramento.

Alla base del diffuso abbandono terapeutico operato dalle istituzioni c'è una distruttiva – per tutta la società – visione del debole (quindi del malato non guaribile, spesso anziano, della persona con disabilità, del povero sia esso italiano o migrante...) come peso, come zavorra, come soggetto non meritevole di vedersi riconosciute le proprie esigenze allo stesso livello di quelle di altri (perché “la torta è piccola” e c'è chi ha più fame), al limite come oggetto di *business*, dal quale ricavare risorse economiche per prestazioni private fornite a pagamento. L'espressione più radicale di questa linea culturale dell'esclusione sociale è ovviamente la negazione del diritto alla cura, cioè del diritto alla vita, per il malato non autosufficiente soprattutto se anziano. Dalle colonne di questa rivista la chiamiamo «eugenetica sociale»: il riferimento storico più noto è la selezione genetica che evita la riproduzione di coloro che vengono considerati «degenerati», ma indica un fenomeno attuale esattamente identico negli intenti: l'operazione istituzionalizzata di una selezione tra coloro che sono degni di essere curati e coloro che non lo sono. In altre parole, per le persone che dipendono 24 ore su 24 dalle cure, tra coloro che sono e non sono degni di vivere.

I Sindacati e le Chiese – che avrebbero una potenza di intervento risolutiva sulla questione dell'affermazione del diritto, per capillarità di diffusione, impatto culturale e mezzi – nel migliore dei casi si dimostrano indifferenti alla questione della promozione dei diritti (la redazione di questa rivista è sempre in attesa di smentite basate su fatti concreti), nel peggiore alimentano tale clima, considerando il proprio ritorno, generalmente economico. Quante congregazioni religiose oggi, invece di impegnarsi nel riconoscimento del diritto universalistico alla cura dei malati e al rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, si stanno letteralmente buttando in una corsa a riconvertire le proprie strutture in luoghi di cura orientati al *business* privato?

La questione dell'anziano (della figura del debole in generale che esso incarna) come zavorra della società, presenza allarmante per la sostenibilità del sistema economico-sociale (3),

(3) Ricordiamo come esempio tristemente illuminante (vero *lapsus freudiano*) che nel convegno organizzato dall'Asl Torino 3

viene ben riassunta dal lettore Mario Emilio Sandri, che, dopo aver letto il servizio “Quando si diventa anziani?” pubblicato su *Prospettive assistenziali* n. 204 ha scritto alla redazione: «Le valutazioni cliniche della Società di geriatria sono interessanti, ma mi sembra che nel dibattito pubblico quando si fa riferimento agli “anziani” si classifichino tutti come casi bisognosi di assistenza sanitaria, o sociale, in ogni caso come un problema, un peso per la società... Che senso avrebbe, altrimenti, sottolineare ogni volta quanti anziani saremo nel 2030, e nel 2040, e nel 2050, con sempre maggior allarmismo? Non ci sono – e non è giusto distinguere nei loro fabbisogni – anziani malati e anziani che stanno bene (salvo le patologie, croniche o acute, che non riducono per nulla o pochissimo le loro possibilità e che colpiscono anche tanti non anziani)? Così come non ci sono forse giovani e adulti nelle stesse condizioni: malati, oppure sani? Questo per dire che una divisione tra giovani e meno giovani ha poco o nulla senso, mentre, per esempio, ha senso nell'ottica di fornire ai primi ciò di cui hanno bisogno per una vita dignitosa, se del caso anche limitando quanto viene concesso ai secondi, quella fra soggetti deboli e forti, o quella che nella vostra rivista compare spesso tra malati bisognosi di cure e strutture deputate ad intervenire...». Continua il lettore, e noi condividiamo, «sembra, inoltre, che ogni volta si dimentichi che gran parte della classe dirigente politica ed economica e dei personaggi famosi del nostro Paese (mi limito all'Italia, non conoscendo nel dettaglio realtà estere) è anziana! Vale anche per loro il discorso generalizzante che li vede come problemi/pesi/oggetto di un generale allarme sull'insostenibilità (economica) della loro presenza? Qualche esempio tra i tanti: Leonardo Del Vecchio (Amministratore di Luxottica, 37esimo uomo più ricco del mondo, 2° d'Italia): 84 anni; Silvio Berlusconi: 83 anni; Giorgio Armani 85 anni; Luciano Benetton 84 anni; Sophia Loren 85 anni, Lino Banfi 83 anni, Giorgio Napolitano 94 anni, Lina Wertmüller 91 anni... e via discorrendo».

“Salute e comunità locale: nuovi modelli organizzativi”, svoltosi a Collegno (Torino) il 25 luglio 2017 la dottoressa Fulvia Vallerio tenne la relazione “Curare e prendersi cura, riflessioni di una geriatra sull'epidemia di longevità”, classificando *tout court* l'allungamento della durata della vita tra i fenomeni dannosi. Cfr. Specchio Nero, *Prospettive assistenziali*, n. 200, ottobre-dicembre 2017.