

## IL SERVIZIO SANITARIO CHE ESCLUDE: ANZIANI MALATI E PERSONE CON DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI. CHI TACE È COMPLICE

*Il Servizio sanitario continua da anni a negare le indifferibili cure ad anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile: moltissime le famiglie confinate nella povertà. Urgono iniziative contro l'esclusione e per la promozione sociale dei Sindacati, delle Chiese e del Volontariato, finora silenti.*

Mentre il Servizio sanitario, pur fra alti e bassi, assicura cure adeguate alla maggior parte della popolazione, continua da molti anni a confinare nella povertà, a volte in vere e proprie condizioni di miseria economica, decine di migliaia di famiglie costrette, come documentiamo fin dagli anni '70 su questa rivista, a garantire le cure ai loro congiunti anziani malati colpiti da patologie croniche e da non autosufficienza o dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

In particolare, in tutte le Regioni, qualsiasi sia la forza politica di maggioranza, Asl, Aziende ospedaliere e quasi sempre anche le Case di cura private, comprese quelle di ispirazione religiosa, dimettono selvaggiamente - e cioè senza assicurare la doverosa continuità diagnostica e terapeutica sancita dalle leggi vigenti (n. 833/1978 e articolo 54 della legge 289/2002) - gli infermi di cui sopra.

Contro questa crudele forma che abbiamo chiamato di «eutanasia da abbandono» intervengono a livello nazionale soprattutto il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base (1), e, anche per quanto concer-

ne la difesa dei casi singoli casi personali, la Fondazione promozione sociale onlus (2). Pur avendo finora assicurato, tramite la consulenza gratuita fornita, a oltre 10mila infermi la prosecuzione delle indifferibili cure sanitarie e/o socio-sanitarie, è spaventoso il numero dei malati che continuano ad essere dimessi (cioè ai quali continuano ad essere scientemente negate le cure dal personale medico o, più in generale, sanitario), non solo in violazione alle vigenti norme della Costituzione e delle leggi, ma anche in netto contrasto con i più elementari principi di umanità.

Di fronte a tale fenomeno continua ad essere sconcertante il silenzio - di fatto un reale sostegno alle attuali nefaste iniziative di eugenetica sociale - dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, in particolare le relative sezioni dei pensionati, nonché delle Chiese, soprattutto quella cattolica, e le numerose forti organizzazioni che vi fanno riferimento (3), ad esempio la Caritas italiana (4). Purtroppo anche il volontariato, compreso quello laico, è ancora fermo agli interventi compassionevoli, che non intervengono

(1) Fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettuale, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettuale, Torino.

(2) Sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) sono reperibili il facsimile "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica assicurate dalle leggi vigenti" e altri facsimili, nonché informazioni sul diritto alle cure sanitarie, sulla tutela, sull'amministratore di sostegno e sulle misure da assumere contro il rischio della non autosufficienza.

(3) È rimasto praticamente del tutto dimenticato il validissimo principio espresso nel documento sull'Apostolato dei laici approvato dal Concilio Vaticano II: «Siano anzitutto adempiuti gli obblighi di giustizia perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è dovuto a titolo di giustizia; si eliminino non soltanto gli affetti, ma anche le cause dei mali, l'aiuto sia regalato in tal modo coloro che lo ricevono vengano, a poco a poco, liberati dalla dipendenza altrui e diventino sufficienti a se stessi».

(4) Cfr. l'articolo di Luca Reiteri, "La Caritas continua a non segnalare i diritti esigibili delle persone non autosufficienti", n. 197, 2017. Nella nota n. 3 sono elencate le numerose segnalazioni inutilmente inviate alle Caritas nazionale e locali.

sulle cause dell'emarginazione e dell'esclusione sociale, operando per rimuoverle e per fare in modo che le istituzioni assicurino quanto previsto dalla legge.

I Sindacati Cgil, Cisl e Uil sono ancora sostanzialmente allineati alla cinica affermazione «*essere anziani cronici non è una malattia*», contenuta nella lettera inviata al Csa il 30 luglio 1997 da Sergio Cofferati, mentre ricopriva l'incarico di Segretario generale della Cgil. Va ricordato che uno dei più potenti strumenti a favore dell'emarginazione sociale dei malati/persone con disabilità non autosufficienti compiuta dalle istituzioni è l'irragionevole e controproducente proposta di legge dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil (5) che si poneva «*nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328*», e cioè nel campo dell'assistenza sociale, negando di fatto la già allora vigente competenza del Servizio sanitario nazionale.

L'assenza di interventi di rimozione delle cause dell'emarginazione e di promozione sociale da parte delle Chiese e delle organizzazioni di ispirazione religiosa, si esprime addirittura nella mancata segnalazione nei loro innumerevoli siti e nelle loro decine di riviste, dell'esistenza delle leggi vigenti, in base alle quali – lo ripetiamo per l'ennesima volta – il Servizio sanitario nazionale (articolo 2 della legge 833/1978) deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (6). Si

---

(5) Cfr. l'editoriale del n. 152, 2005 di questa rivista e la relativa nota n. 15 che elenca gli articoli pubblicati su "Prospettive assistenziali" dal 1993 al 2005 in merito al mancato riconoscimento da parte dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil della condizione di **malati** degli anziani **malati** cronici non autosufficienti. Nello stesso n. 152, 2005 è riportato integralmente il testo della proposta di legge dei Sindacati. Segnaliamo altresì che nella nota n. 1 dell'articolo "Sindacato pensionati Cgil: altre iniziative sconclusionate e autolesionistiche sulla non autosufficienza", n. 196, 2016 sono indicati gli articoli pubblicati su questa rivista dal 2005 al 2015 in merito alla posizione dei Sindacati sugli anziani malati cronici non autosufficienti.

(6) Ricordiamo altresì che nel documento del 6 luglio 2015 l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino e Provincia ha precisato che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*». Occorre inoltre tener conto che l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «*nessuna prestazione*

tratterebbe di fare un semplice lavoro da "Gazzetta ufficiale": segnalare le leggi. Nemmeno questo viene svolto con l'effetto di non informare i cittadini sui loro diritti, ma soprattutto – e questo è innegabile – di non «disturbare il manovratore», che in questo caso è il responsabile dell'emarginazione.

Al riguardo spiace ricordare l'inutilità delle comunicazioni inviate dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale a Papa Francesco (7), ai Parroci della città di Torino (n. 107 e-mail, 13 novembre 2017, riportata nell'Allegato A di questo articolo), ai Parroci della Provincia di Torino (n. 219, 29 novembre 2017), ai Vescovi italiani (n. 212, 24 gennaio e 24 maggio 2018), al Card. Gualtiero Bassetti, Presidente della Conferenza episcopale italiana (15 giugno 2017), a Mons. Vincenzo Paglia, Presidente della Pontificia Accademia per la vita (11 ottobre 2017 e 4 ottobre 2018), a Don Massimo Angelelli, Direttore nazionale per la pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana (6 novembre 2017 e 17 luglio 2018), al Cardinale Gianfranco Ravasi, Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura (22 e 27 novembre 2018), nonché ad altre personalità e più volte al Direttore di "Avvenire" (8).

### **Lo sconcertante comportamento della Caritas sulla povertà**

Come le altre organizzazioni cattoliche, anche la Caritas, non fornisce informazioni in merito alla promozione del diritto alle cure e alla difesa dei casi personali quali di centinaia di migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti, persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile che si vedono negate le prestazioni (le cure fondamentali!) sanitarie e socio-sanitarie, che devono loro essere assicurate secondo la legge «*senza limite di durata*».

---

*personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alle leggi*» e che il Parlamento mai ha approvato norme per assegnare ai congiunti dei malati compiti attribuiti al Servizio sanitario.

(7) Cfr. l'articolo "Appello a Papa Francesco per la tutela dei diritti e delle prestazioni sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti", n. 192, 2015. Oltre a questo testo sono state inviate a Papa Francesco richieste di intervento da parte di volontari che collaborano con il Csa e la Fondazione promozione sociale onlus.

(8) Nell'allegato n. 1 è riportato integralmente il testo delle e-mail inviate ai 107 Parroci di Torino.

La Caritas omette addirittura questo fondamentale problema della nostra società e le relative drammatiche conseguenze (9). Un esempio: nel volume “Povertà in attesa. Rapporto 2018 su povertà e politiche di contrasto in Italia” predisposto dalla stessa Caritas italiana (10), Salvatore Geraci, Responsabile dell’Area sanitaria della Caritas di Roma, dopo aver citato l’indagine dell’Istat sulla salute e il ricorso ai servizi (edizione 2012-2013) ha l’ardire di affermare che *«la rinuncia alle cure colpirebbe circa il 7,8% della popolazione italiana (pari a poco più di cinque milioni di persone)»* come se questa massa di cittadini avesse rinunciato di propria iniziativa e magari consapevolmente alle cure. Com’è possibile ignorare così la rinuncia delle cure causata dal rifiuto delle istituzioni di erogarle ai più malati tra i cittadini?

Salvatore Geraci insiste su questa posizione, gravemente fuorviante perché assolve le istituzioni (Governo, Regioni, Asl, Aziende ospedaliere, case di cura private comprese quelle di ispirazione religiosa, ecc.) da ogni responsabilità affermando che *«la povertà sanitaria viene descritta da alcuni come mancato accesso alle prestazioni di cura o si rinuncia alle stesse per conseguenza della scarsità di reddito individuale e/o familiare e della impossibilità di riceverle da parte del Servizio sanitario pubblico»*. La causa della rinuncia alle prestazioni (o, come spesso accade, del ricorso a prestazioni private con l’impoverimento del malato e della sua famiglia) sarebbe quindi effetto dovuto alla *«scarsità di reddito»* e non al fatto che i Servizi obbligati dalla legge non intervengono.

Nello stesso volume Cristiano Gori e Matteo Luppi, nel capitolo “Non autosufficienza e disabilità”, dopo aver rilevato che *«poco più di un quarto degli individui con disabilità dichiarava di vivere in uno stato di deprivazione naturale (...) mentre circa la metà delle famiglie con almeno una persona con disabilità – condizione che interessa circa un quarto delle famiglie*

(9) Si veda, ad esempio, l’articolo dell’Ulces, “Disabili e malati non autosufficienti: è epidemia di omicidi/suicidi e maltrattamenti. Ecco l’effetto della negazione delle prestazioni socio-sanitarie”, n.202,2018.

(10) Il volume di 362 pagine è stato pubblicato nell’ottobre 2018 da Maggioli Editore.

*italiane – affermava di non riuscire ad affrontare una spesa imprevista»*, nulla precisano sia in merito all’importo da fame della pensione di invalidità (nel 2018 euro 282,55 al mese per 13 mesi), sia al vergognoso ammontare dell’indennità di accompagnamento versata a coloro che non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita necessitano dell’aiuto permanente di una persona (nel 2018 euro 516,35 al mese per 12 mesi, corrispondenti a 70 centesimi all’ora), sia per quanto concerne l’illegittimo rifiuto di numerosi servizi pubblici di riconoscere che le persone con disabilità e limitatissima o nulla autonomia presentano gravissime carenze della loro salute e quando hanno diritto alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali stabilite dalla legge 833/1978 e dai Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all’articolo 54 della legge 289/2002).

Gori e Luppi segnalano poi che, dall’analisi delle informazioni raccolte dai Centri Caritas in merito alle esigenze delle persone con disabilità, viene confermato *«il ruolo fondamentale che ha il percepimento di un reddito di fronte al rischio di povertà e di esclusione sociale»*, e precisano che *«la seconda voce in termini di importanza riguarda le richieste di orientamento e di sostegno verso servizi sanitari e socio-assistenziali»*, senza però mai indicare alcun elemento sul contenuto delle risposte fornite dagli stessi Centri della Caritas. Appare fin troppo scontato che si limitino alla politica della *«pacca sulla spalla»*, quella *«bontà che non aiuta»* che tanto fa comodo alle istituzioni perché svia il cittadino utente rispetto alle prestazioni esigibili e alla consapevolezza di essere (lui e i suoi cari malati) soggetto al quale è stato sottratto un diritto che peraltro ha pagato e continua a pagare attraverso tasse e contributi.

## **Il vecchio e comodo espediente della carenza di risorse economiche**

Da secoli viene ripetuto che per le persone ed i nuclei familiari più deboli e indifesi non ci sono i mezzi economici necessari per intervenire in risposta alle loro esigenze vitali. È un comodo espediente che, purtroppo, continua

molto spesso ad essere considerato un dato incontrovertibile, anche da gran parte degli esperti in materia.

Prima di qualsiasi discorso di efficienza economica sanitaria, va ribadito che, in tema di servizi essenziali come quelli che il Servizio sanitario deve assicurare ai cittadini malati, prima delle esigenze di bilancio c'è la salvaguardia del diritto e della sua concreta erogazione sotto forma di prestazioni. Nessuno accetterebbe che al proprio figlio venisse negato l'accesso alla scuola primaria perché «non ci sono i soldi per la scuola» (o perché i genitori sono benestanti e laureati e possono insegnare direttamente al figlio a leggere, scrivere e far di conto, eventualmente assumendo un precettore privato o iscrivendo il fanciullo ad una scuola a pagamento). Allo stesso modo non è accettabile che i malati non autosufficienti siano esclusi dalle cure sanitarie – illegittimamente, certo, ma è quello che avviene quotidianamente – con la motivazione che «non ci sono soldi», e quindi i figli «devono cavarsela da soli», eventualmente assumendo un assistente familiare o provvedendo al pagamento dell'intera spesa di degenza privata in una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

Questi alcuni pronunciamenti importanti della Magistratura e di eminenti personalità sul rapporto tra diritti esigibili e risorse economiche:

1. la sentenza n. 509/2000 in cui la Corte costituzionale ha evidenziato che *«secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti (ex plurimis, sentenze n. 267 del 1998, n. 304 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del*

*1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto» (11).*

2. Di altrettanto considerevole valore la sentenza n. 275/2016 in cui la Corte costituzionale ha precisato che *«Il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel "rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati" (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto».*

3. Ricordiamo, altresì, che l'allora Arcivescovo di Milano, il compianto Cardinale Carlo Maria Martini nella prima Conferenza nazionale della sanità, tenutasi a Roma il 24-26 novembre 1999, aveva affermato che non è ammissibile che la limitatezza delle risorse economiche *«conduca a escludere dalle cure sanitarie alcune stagioni della vita o situazioni di particolare fragilità o debolezza quali sono, ad esempio la vita nascente, la vecchiaia, la grave disabilità, le malattie terminali»*, aggiungendo che *«occorrerà, per questo, verificare che le numerose "Carte dei diritti del malato" non si trasformino, nella realtà, in una somma di "diritti di carta", soprattutto per persone bisognose, ad esempio, di riabilitazione estensiva*

(11) Come abbiamo riportato nell'editoriale del n. 199, 2017 "Le leggi per le persone non autosufficienti sono le sentenze del Consiglio di Stato?", ricordiamo, fatto estremamente grave, che nella sentenza n. 4347/2017 il Consiglio di Stato ha ommesso la parte riportata in grassetto della sentenza della Corte costituzionale n. 509/2000, omissione che abbiamo definito «truffaldina».

o di assistenza a lungo termine, per persone affette da grave cronicità, che rischiano di essere escluse dalla tutela della salute».

4. Di considerevole importanza anche la sentenza n. 339/2015 con la quale il Consiglio di Stato ha precisato che «la qualifica di anziano non autosufficiente (...) non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile».

### **Sanità negata, causa dell'impoverimento**

La diffusissima negazione delle cure sanitarie a malati non autosufficienti e persone con disabilità intellettiva grave o autismo e limitata o nulla autonomia di tutte le età provoca un drammatico impoverimento delle famiglie che, disinformate sui diritti e sulle conseguenti prestazioni che possono esigere dai servizi preposti (prime fra tutti le Aziende sanitarie di residenza), pagano di tasca propria le prestazioni necessarie almeno per la sopravvivenza dei loro cari. Qui di seguito riportiamo alcuni dati e rapporti che fanno riferimento a questa allarmante situazione, tra le prime («la» prima?) causa dell'impoverimento dei cittadini, specialmente di quelli del ceto medio. Va osservato che mai (o solo marginalmente) tale fenomeno è tenuto in conto dal Parlamento nelle discussioni sulle misure di contrasto alla povertà. Se quest'ultima discende dal mancato riconoscimento concreto dei diritti, nel caso quelli alle cure sanitarie e socio-sanitarie, è chiaro che non servono sussidi per tamponare la situazione. Serve rimuovere immediatamente le condizioni di esclusione sociale e di non godimento del diritto stesso.

1 - Nel documento "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale nell'ottobre del 2000 viene precisato che «nel corso del 1999, due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spesa sostenuto per la "cura" di un componente affetto da una malattia cronica».

2 - Il IV rapporto del Ceis Sanità, Università di Tor Vergata di Roma, presentato il 20

dicembre 2006 segnala «la presenza nel nostro Paese di uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che impoveriscono e da quelle che sostengono spese "catastrofiche". In termini assoluti si tratta di un fenomeno ragguardevole, che coinvolge complessivamente oltre 1 milione e 200mila nuclei familiari. E l'età avanzata è un catalizzatore potente della fragilità socio-economica: sopra i 65 anni aumenta infatti del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie out of pocket. In base agli ultimi dati 2004 dell'Istat risulta che 295.572 famiglie (pari a circa l'1,3% della popolazione) sono scese al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese sanitarie sostenute. Mentre le famiglie soggette a spese catastrofiche, sempre per ragioni sanitarie, sono 967.619 (pari al 4,2% della popolazione): una notevole quota (45,6%) delle famiglie impoverite è composta da anziani soli o coppie di anziani senza figli. E comunque la stragrande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano. Secondo le stime del Ceis la presenza di un over 65 in famiglia aumenta di circa il 42% la probabilità di impoverimento; la presenza di due o più anziani raddoppia tale rischio».

3 - Il VI rapporto Ceis Sanità 2008 precisa che «nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero dei nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3 % del totale)».

4 - Nell'VIII Rapporto del Ceis Sanità del 13 luglio 2012 viene evidenziato quanto segue «la spesa socio-sanitaria media annua delle famiglie povere è pari a circa euro 680 e si è ridotta di ben il 9,3%, evocando significative rinunce: si sono ridotte tutte le voci di spesa, tranne le spese per gli anziani non autosufficienti. Si è registrata anche una riduzione d'incidenza dell'impoverimento: 297.670 nuclei (erano 334.695 l'anno precedente), ovvero l'1,2% delle famiglie (pari al 2,0% di quelle che sostengono spese sanitarie); il miglioramento è però da attribuire alla riduzione più che proporzionale dei consumi sanitari privati sul tota-

le dei consumi delle famiglie. Nei fatti, pur essendosi ridotta la quota delle famiglie impoverite, l'entità dell'impoverimento è aumentata: la spesa media di queste famiglie ha subito un aumento del +2,3%. Analogamente si è avuta anche una riduzione della quota di famiglie soggette a spese catastrofiche, 674.754 nuclei (erano 747.631 l'anno precedente) pari al 2,7% delle famiglie, ovvero il 4,3% di quelle che sostengono spese sanitarie. La spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastrofiche si è ridotta del -2,2%, per un valore medio di euro 20.519. Per le famiglie impoverite o soggette a spese catastrofiche si sono ridotte tutte le voci di spesa, ad eccezione di quelle per l'assistenza ai disabili ed anziani (evidentemente incompressibile) e quelle per la specialistica (presumibilmente per l'aumento delle partecipazioni). Si sono, invece, ridotte in modo significativo le spese sostenute per infermieri e fisioterapisti (-44,7%), protesi e ausili (-37,2%) e ricoveri ospedalieri (-34,9%)».

**5** – Analoghe le valutazioni contenute nel Rapporto 2009 del Ceis Sanità. Infatti viene rilevato quanto segue: «L'analisi per tipologia familiare (...) evidenzia ancora una volta il ruolo rilevante della presenza di anziani o figli a carico nel determinare le difficoltà della famiglia di far fronte a spese sanitarie. In particolare si sottolinea come (...) la presenza di anziani faccia salire notevolmente la probabilità (e quindi l'incidenza) di impoverirsi o di andare incontro a spese catastrofiche».

**6** – Nel 49° rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, predisposto dal Censis viene precisato che «il carico della spesa per le esigenze da non autosufficienti (...) scricchiola mostrando crepe che rendono urgente la messa in campo di soluzioni alternative. Infatti, il 50,2% delle famiglie con una persona non autosufficiente (di contro il 38,7% del totale delle famiglie) ha a disposizione risorse scarse o insufficienti. Per fronteggiare il costo privato dell'assistenza ai non autosufficienti, 910mila famiglie italiane si sono dovute "tassare" e 561mila famiglie hanno utilizzato tutti i propri risparmi e/o dovuto vendere la casa e/o dovuto indebitarsi».

**7** – Anche nel VII Rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità

pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, che reca la data del 7 giugno 2017, viene segnalato che «ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico» e che nell'area dei "salute impoveriti" e cioè delle persone (1,8 milioni) che «dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria» e che «ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale».

### **Ipab, il tesoro – svenduto – dei Comuni**

Occorre infine evidenziare – sempre in tema di interventi contro la povertà o l'impoverimento e le risorse economiche disponibili o facilmente ricavabili dagli amministratori – l'ingente ammontare dei beni e dei relativi redditi sottratti ai poveri dalle istituzioni (Parlamento, Governo, Regioni, Comuni) che dovrebbero provvedere alle loro esigenze vitali. Si tratta delle Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, la cui consistenza era stata accertata in 21.819 dalla Commissione reale operante dal 1880-1888, come risulta dalla legge 6972/1890 (12), le cui caratteristiche salienti erano l'assegnazione esclusiva dei patrimoni e dei relativi redditi ai poveri e il divieto di utilizzare i beni mobiliari e immobiliari per la copertura delle spese di gestione. Nonostante le rigide e valide norme della sopra citata legge è stato stimato in 50 miliardi di euro l'importo delle risorse sottratte ai poveri senza alcuna motivazione etico-giuridica (13).

(12) Cfr. il libro di Mario Tortello e Francesco Santanera, *L'assistenza espropriata. I tentativi di salvataggio delle Ipab e la riforma dell'assistenza*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze 1982. La Commissione reale aveva, fra l'altro, denunciato «gli abusi troppo frequenti per i quali la legge non dava né una efficace prevenzione, né i mezzi per una giusta riparazione» e «le rendite colossali che si spendevano senza una vera pratica utilità per la popolazione sofferente».

(13) Cfr. l'articolo "Ipab: sottratti alle persone povere miliardi di euro", pubblicato sul n. 196, 2016 di questa rivista.

Vi sono poi altre evidenti e rilevanti risorse che il Servizio sanitario potrebbe acquisire molto facilmente sempre che lo volesse: si tratta della richiesta – prevista come facoltativa delle vigenti disposizioni, ma che potrebbe in poche settimane diventare legge – del rimborso delle spese vive sostenute dal Servizio sanitario nazionale a seguito di gravi colpe di individui, enti e aziende, accertate dalla Magistratura, che hanno procurato lesioni a persone (a seguito di infortuni sul lavoro, malattie professionali, incidenti stradali, risse o per altri motivi).

Inoltre, la recente legge n. 33/2017 dev'essere modificata sulla base del buon senso. Infatti le norme vigenti stabiliscono assurdamente che sono "poveri assoluti" i nuclei familiari e le persone che hanno un Isee ed un Isre di valore non inferiore rispettivamente a 6mila e 3mila euro, sono proprietari della casa in cui abitano di qualsiasi valore, posseggono altri immobili di valore non superiore a 20mila euro e, nei casi di nuclei familiari composti da tre o più persone, dispongono di beni mobili, compreso denaro contante, di valore non superiore a 10mila euro (14)!

Numerose altre concrete possibilità concernenti l'acquisizione di nuove risorse economiche e l'eliminazione degli sprechi sono state evidenziate. Al riguardo si vedano gli articoli pubblicati su questa rivista, sui numeri 166 e 168/2009; 170 e 171/2010; 174, 175 e 176/2011; 177, 178 e 180/2012; 182/2013; 185, 186 e 188/2014; 190 e 191/2015; 196, 197, 199 e 200/2017; 202 e 203/2018.

---

(14) Come vorrebbe il comune buon senso, nei casi sussistere effettivamente un bisogno economico per i soggetti proprietari di beni immobiliari, non dovrebbero essere previsti contributi a fondo perduto, ma prestiti, se del caso con interessi modesti, da restituire da parte degli interessati appena risolti i loro problemi economici o dai loro eredi. Nei casi di possesso di beni mobili, se non immediatamente utilizzabili, dovrebbero, anche in questo caso, essere erogati dei prestiti. In ogni caso dovrebbe essere sancito per legge l'obbligo di tutti coloro che, per qualsiasi titolo, ricevono sostegni economici legati alle precarie condizioni economiche, di sottoscrivere la seguente dichiarazione, giustamente imposta dal Consorzio Cissa di Gassino Torinese: «*Dichiaro altresì (...) di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione, ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, il Consorzio Cissa, e per esso il responsabile dei trattamenti dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali dell'assistito ad enti terzi, ivi inclusi istituti di credito e banche, al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio-economiche del medesimo*».

Come è stato rilevato innumerevoli volte anche su questa rivista, un maggior benessere agli infermi ed una considerevole riduzione degli oneri economici da parte del settore pubblico sarebbero realizzabili con l'effettivo riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari per gli infermi adulti o anziani non autosufficienti. Stante però il disinteresse e in molti casi addirittura l'opposizione delle istituzioni (15), la Fondazione promozione sociale onlus ha presentato al Parlamento europeo una Petizione, di cui si auspica il sostegno da parte delle organizzazioni e persone interessate (16).

### **Allegato n. 1**

*Riportiamo il testo integrale delle 107 e-mail inviate il 13 novembre 2017 ai Parroci di Torino, i cui contenuti sono analoghi alle e-mail indirizzate ad esponenti della Chiesa cattolica e delle relative organizzazioni dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale onlus o da volontari.*

- Ai Signori Parroci di Torino

Segnaliamo alla Vostra attenzione la sempre più drammatica situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, in Italia oltre un milione di nostri concittadini, situazione in cui da un momento all'altro può precipitare ognuno di noi e dei nostri cari.

Si tratta di persone destinate senza alcuna eccezione a morire nel giro di 5-6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'im-

---

(15) Ricordiamo che, mentre il Tar del Piemonte nella sentenza 156,2015 aveva ritenuto che fossero a carico del Servizio sanitario nazionale, nella misura del 50%, gli oneri relativi alle prestazioni di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» inseriti nei Lea, Livelli essenziali nelle attività sanitarie e socio-sanitarie, il Consiglio di Stato, nel devastante provvedimento n. 5538/2015 (cfr l'editoriale del n. 193,2016 di questa rivista) ha illogicamente sostenuto che i familiari e le terze persone che assicurano l'accudimento domiciliare di infermi non autosufficienti non svolgono alcuna attività di natura sanitaria.

(16) Cfr. "Petizione al Parlamento europeo sulle esigenze e sui diritti delle persone non autosufficienti", n. 195, 2016. Si veda altresì l'articolo "Ordine dei Medici, fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: Sono indifferibili e di competenza sanitaria", n. 193, 2016.

possibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze. Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività affidate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai parenti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. La conseguenza è che spesso sempre più le famiglie cadono in situazioni di povertà e a volte di vera e propria miseria.

Com'è precisato nell'allegato documento dell'Ordine dei Medici di Torino e provincia «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

In sintesi la situazione attuale di questi infermi può essere così sintetizzata:

- in Piemonte sono oltre 30mila gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile confinati in illegittime e crudeli liste di attesa, in realtà liste di abbandono terapeutico, per cui è ipotizzabile che in Italia siano oltre 200mila i sofferenti abbandonati dalla Sanità;

- quasi tutti gli ospedali e quasi tutte le case di cura private, comprese quelle di ispirazione cattolica, dimettono questi infermi spesso in

modo selvaggio e cioè senza assicurare la indispensabile continuità terapeutica evidenziata nel citato documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015;

- con il semplice invio delle apposite raccomandate A/R, predisposte in fac-simile dalla Fondazione promozione sociale onlus, si ottiene sempre, seguendo le relative indicazioni operative, la continuità terapeutica. Finora sono oltre 10mila i congiunti che hanno ottenuto la continuità terapeutica utilizzando detto fac-simile;

- allo scopo di assicurare a questi infermi l'attuazione corretta del loro diritto alle cure sanitarie, c'è l'urgentissima necessità di iniziative informative da parte delle organizzazioni e persone che operano nel settore della sanità.

Lo scarico sui nuclei familiari dei rilevanti costi per la cura degli anziani malati cronici non autosufficienti ha determinato e determina estese situazioni di impoverimento.

È sconcertante il silenzio della Chiesa: chi tace sostiene l'eutanasia da abbandono terapeutico dei malati non autosufficienti ritenuti scarti e non degni di essere curati dal Servizio sanitario nazionale.

Non solo le organizzazioni laiche ma anche quelle religiose potrebbero intervenire con atti concreti a difesa del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie delle persone non autosufficienti, gli ultimi degli ultimi, in quanto impossibilitati ad auto-tutelarsi.

Come risulta dalla Petizione attualmente all'esame del Parlamento europeo, chiediamo il Suo sostegno e quello delle organizzazioni collegate alla Sua parrocchia al fine di ottenere dal Parlamento, dal Governo e dalle Regioni e dalle Province autonome di Bolzano e Trento il concreto riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari.

Confidando in Vostre urgenti iniziative a tutela delle indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile della Vostra Parrocchia, allego copia del volantino che stiamo distribuendo e resto a Vostra disposizione. Cordiali saluti.

Maria Grazia Breda

Presidente della Fondazione promozione sociale onlus - Torino

## DIRITTO ALLE PRESTAZIONI LEA

*Cure a casa, Centri diurni, Comunità alloggio,  
ricovero in Residenze sanitarie assistenziali*

## FIRMA LA PETIZIONE EUROPEA!



**Sostieni la Petizione al Parlamento Europeo per le cure  
sanitarie e socio-sanitarie LEA per le persone  
malate/con disabilità – autismo non autosufficienti.**

**Vai sul sito:**

**<https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home>  
e sottoscrivi la Petizione: codice 1147/2016  
(indicazioni di seguito)**

*Il Parlamento europeo ha preso in esame la*

***“Petizione sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le  
persone malate/con disabilità-autismo e non autosufficienti”.***

*Per affermare il loro pieno diritto a ricevere le prestazioni dalle  
istituzioni, con priorità alle cure domiciliari è molto importante  
sostenere la Petizione. Infatti il numero di adesioni è uno dei primi  
elementi valutati dalla Commissione che le prende in esame.  
Aderisci anche Tu... Ecco **come fare in due passi**:*

**1^) REGISTRATI AL PORTALE DELLE PETIZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA...**

Dal seguente indirizzo: <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> seleziona  
nell'intestazione della pagina l'opzione "**Registrati qui**" e immetti i dati richiesti...

**2^) ...SOSTIENI LA PETIZIONE**

Dallo stesso indirizzo <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> al fondo  
pagina clicca "**Sostieni petizione**". Inserisci il codice della Petizione: "**1147/2016**"; a fondo  
pagina si può visualizzare la petizione e, nella schermata successiva, schiaccia il tasto  
"**Sostieni la petizione**" per sottoscrivere il documento.

Tutti gli aggiornamenti saranno pubblicati sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)