

SCELTE TERAPEUTICHE IN CONDIZIONI STRAORDINARIE: UN ALLARMANTE DOCUMENTO FNOMCEO-SIAARTI

a cura di *ULCES*

La Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) nella prima fase della pandemia per Covid-19 aveva approvato un documento per le scelte terapeutiche in condizioni straordinarie (1). Per l'accesso alle cure sanitarie veniva stabilito come criterio unico l'età, ovvero gli anziani ultra75enni dovendo scegliere chi curare, non avevano accesso alle cure, dovevano essere sacrificati a favore di individui più giovani. Fatto di una gravità inaudita, che ha fatto scalpore e al quale, per fortuna, sono seguite molte prese di posizioni, forti e chiare, da parte di autorevoli personalità e organizzazioni.

Il primo risultato è che nel documento "Scelte terapeutiche in condizioni straordinarie" – approvato il 22 ottobre 2020 dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) – vi è un cambio di passo. Infatti preso atto che *«la pandemia di Sars-Cov-2 ha portato a un costante aumento del numero di pazienti con la necessità di un supporto vitale respiratorio prolungato per insufficienza respiratoria acuta da polmonite interstiziale»*, si segnala che *«nonostante le misure adottate per garantire a chiunque un trattamento adeguato [...], nelle aree più colpite si è reso necessario procedere a una allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio etico di giustizia distributiva»*.

Per quanto concerne le situazioni emergenziali, nel documento in oggetto viene altresì sottolineato che il medico *«finalizza l'uso ottimale delle risorse alla salvaguardia della sicurezza, dell'efficacia e dell'umanizzazione delle cure evitando ogni discriminazione»*, che *«il medico deve altresì espletare ogni azione possibile per ottenere le necessarie risorse aggiuntive soprattutto in relazione ai trattamenti intensivi e medio-intensivi»* e che *«il diritto individuale all'uguale accesso alle cure*

sanitarie deve rimanere il cardine della protezione che lo Stato è tenuto a fornire e che i Medici hanno il dovere di garantire quale principio deontologico indissolubile».

Principi e casi concreti

Si tratta – com'è evidente a tutti, anche ai non medici – di dichiarazioni questa volta certamente condivisibili, che dovranno però essere messe alla prova dei fatti concreti, anche da parte degli Ordini dei medici oltre che della Società degli anestesisti.

In base all'esperienza del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base (a cui aderisce l'Ulces) e alla Fondazione promozione sociale onlus, di cui questa rivista è espressione, nell'ambito della difesa dei casi individuali e, in particolar modo, del diritto all'accesso alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, specie se con Alzheimer o altre forme di demenza, i fatti concreti finora hanno evidenziato comportamenti da parte del personale medico troppo spesso non coerenti sia con i diritti degli infermi stabiliti dalle leggi vigenti, sia con le norme del giuramento professionale dei medici e del relativo codice deontologico.

Più avanti verranno affrontate le questioni relative alle liste di attesa per prestazioni che sono indifferibili e che, proprio perché negate, mettono a rischio la stessa sopravvivenza di decine di migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti; liste d'attesa crudeli perché, pur in modo illegittimo e in contrasto con quanto stabilisce l'articolo 1 della legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale universalistico (cioè destinato a tutti i malati, senza limiti di durata), sono utilizzate dai medici che operano nelle Unità valutative (2). Essi fingono

(1) Cfr. A. Ciattaglia, M. Perino, "Il virus, i malati e la Costituzione", *Prospettive assistenziali* n. 209, 2020

(2) Purtroppo la Commissione del Ministero della salute, incaricata di monitorare l'attuazione dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, non ha mai preso in esame la drammatica situazione delle liste di attesa degli infermi non autosufficienti, aventi tutti – nessuno escluso – esigenze sanita-

di non conoscere il tragico esito che deriva dalle loro valutazioni che escludono dalla prestazione sanitaria e sono quindi potenzialmente letali per pazienti che dipendono in tutto e per tutto da azioni di tutela della loro carentissima salute; infine il pensiero va alle irragionevoli dimissioni ad opera dei medici ospedalieri di questi malati, appena superati gli eventi acuti.

Ignorate le Rsa e le cause della pandemia

Tra le negligenze più gravi del Servizio sanitario che la pandemia da Covid-19 ha rivelato, va ricordata la disorganizzazione delle cure mediche nelle Rsa. A questo riguardo, continuano ad essere ignorate le esigenze dei malati non autosufficienti nel documento Siaarti-Fnomceo oggetto di questo articolo, che si riferisce a quanto accaduto durante la pandemia per Covid 19. È quindi assai preoccupante che in esso non vi sia nessuna riflessione critica sull'omessa attuazione delle vigenti norme di legge sulla prevenzione dei rischi sanitari (commi da 538 a 542 dell'articolo 1 della legge n. 208/2015) (3).

Dall'esame delle molteplici e deprecabili situazioni verificatesi, emerge altresì il non rispetto della legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (4). Anche su questo, nemmeno una riga.

rie assolutamente indifferibili, come è stato evidenziato dall'Ordine dei Medici di Torino nel documento del 6 luglio 2015. Sulla base dei dati forniti dal Prof. Francesco Pallante, nell'articolo "Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute", pubblicato su *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 1, 2019, in Piemonte erano confinati in liste di attesa 10.058 infermi non autosufficienti per i servizi residenziali esclusa l'Asl di Vercelli, nonché 15.595 analoghi pazienti per quanto concerne le prestazioni domiciliari. Si può ipotizzare con larga approssimazione che in Italia le liste di attesa riguardino almeno 70 mila malati non autosufficienti per degenze presso ospedali e Rsa, nonché 160 mila per le cure a domicilio.

(3) Come ha evidenziato Filippo Curtale nell'articolo "C'era una volta il Piano pandemico", *Sanità Internazionale*, 15 aprile 2020 «il primo obiettivo del Piano Pandemico (2008) consisteva nell'identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati dai nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia».

(4) L'articolo 1 della legge n. 24/2017 stabilisce che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse degli individui e della collettività», che «si

La pandemia e i suoi devastanti effetti tra i malati non autosufficienti, pertanto, sono stati effetto diretto della inadeguatezza totale di un piano di intervento e dei relativi mezzi e personale.

Sconcerta quindi che nel documento Fnomceo-Siaarti non venga segnalata l'ovvia necessità e urgenza di iniziative dirette ad evitare che in futuro non si verifichino più le tragiche situazioni di impreparazione, che provocano non solo l'esigenza di selezionare gli infermi ai quali fornire o meno le cure, ma anche decessi che potevano essere evitati.

A nostro avviso è evidente che, se si tratta di emergenze assolutamente imprevedibili soprattutto per quanto concerne il numero di coloro che ne sono colpiti, come sarebbe il caso di un terremoto devastante verificatosi in una zona molto abitata, non è possibile garantire interventi adeguati a tutti coloro che necessitano di prestazioni sanitarie indifferibili.

È invece ovvio il dovere, in particolare etico e professionale, di primaria spettanza dei medici e delle loro organizzazioni, di agire concretamente e con la massima perseveranza possibile, affinché il Ministero della salute predisponga un valido Piano pandemico e attui al più presto le necessarie misure preventive (5).

Le gravi carenze del Servizio sanitario all'inizio dell'attuale pandemia

All'inizio del 2020 a questa già drammatica carenza nei servizi, specie quelli sanitari e socio-sanitari per i malati non autosufficienti, si è aggiunta la mancanza del Piano pandemico. La strage degli anziani malati cronici non autosufficienti avvenuta nelle Rsa quanto al domicilio, ha messo a nudo l'ultradecennale illegittima e spietata non ammissione alle cure sanitarie ospedaliere di decine di migliaia di infermi non autosufficienti con esigenze diagnostiche e terapeutiche, spesso evidenti al primo sguardo (6) e, come già ricordato, indifferibili, la

realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

(5) Cfr. l'articolo di Monika Geschnitz – Rossetti "Perché la Germania non è stata travolta dal Covid 19", *Europa-Mondo*, 20 aprile 2020.

(6) Per l'ennesima volta ricordiamo che la legge 833/1978 stabilisce all'articolo 2 che il Servizio sanitario nazionale deve assi-

quasi totale assenza di prestazioni sanitarie domiciliari e la grave inadeguatezza delle cure in Rsa.

La negazione del diritto alle cure e il relativo inserimento in lista di attesa è stata possibile con l'attiva partecipazione e condivisione dei medici che presiedono le Unità valutative (geriatriche, multidimensionali...), che da anni non riconoscono le palesi condizioni di indifferibilità delle prestazioni sanitarie alle quali, in base alle leggi vigenti, citate nella nota 6 di questo articolo, hanno il pieno e, se necessario, immediato diritto tutti i giovani, gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti e tutte le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile (7). Vi sono addirittura Unità valutative geriatriche, come quelle del Piemonte, che da troppi anni, in lampante violazione della Costituzione e della legge 833/1978, utilizzano i dati relativi alle condizioni economiche degli infermi non autosufficienti per confinare i meno poveri in liste di attesa più lunghe, in violazione di quanto stabilito dall'articolo 1 della legge 833/1978. È una situazione che possiamo far rientrare in una forma di vero e proprio razzismo sanitario, in quanto determina la discriminazione della categoria dei malati cronici non autosufficienti rispetto agli altri malati, per l'accesso alle prestazioni universalistiche del Servizio sanitario nazionale.

La questione è rilevante perché ha riguardato e riguarda decine di migliaia di infermi, ma ha anche creato e crea estese condizioni di

povertà economica. Infatti, per questi infermi, la mancata erogazione della prestazione sanitaria e socio-sanitaria per la prevenzione e la cura, genera l'impoverimento delle loro famiglie (8).

Alcune situazioni emblematiche

«Per quanto nota, la ferocia della dittatura del denaro non cessa di stupire». Con queste parole inizia l'articolo di Francesco Pallante, Giurista dell'Università di Torino "La Sanità in Umbria: se non ti sbrighi a morire, paghi", pubblicato sul n. 205, 2019 di questa rivista riguardante «il quasi novantenne signor G. S., che, raggiunti gli 88 giorni di ricovero – peraltro non continuativi – in una Rsa di Terni, si vede recapitare una lettera in cui gli viene intimato di prepararsi alle dimissioni, mentre nel contempo, l'Equipe Centro di Salute 1 di Terni (appartenente alla Usl Umbria 2) ne certifica il disastroso quadro clinico». A leggere la documentazione c'è da rimanere senza parole: il signor G.S. «è invalido al 100%» ed è afflitto da patologie quali «scompenso cardiaco con fibrillazione arteriale persistente», «insufficienza respiratoria cronica», «spondiloartrosi diffusa», «frattura vertebrale», «esofagite erosiva con grave anemizzazione», «litiasi vescicale con idrouretero-nefrosi bilaterale», «trombosi venosa profonda all'arto inferiore sinistro», «gozzo tossico», «attacchi ischemici transitori ricorrenti», «lesioni da decubito», «declino cognitivo», «depressione». Dato il quadro, la conclusione è scontata: «Il signor G.S. non è autonomo né nei tra-

curare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e all'articolo 1 che deve operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio». A questo proposito sul documento del 5 luglio 2015 l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino 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». Inoltre, occorre tener presente che anche «i pazienti la cui malattia di base [è] caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta [è] non risponde più a trattamenti specifici», hanno il «diritto ad eccedere alle cure palliative e alla terapia del dolore» ai sensi della legge n. 38/2010.

(7) Si ricorda che non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire ai loro familiari malati non autosufficienti prestazioni sanitarie. Al riguardo si fa presente che l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere richiesta se non in base alla legge».

(8) Nel VII Rapporto redatto da Rbm Assicurazione salute e dal Censis, che reca la data del 7 giugno 2017, viene evidenziato 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 ha più bisogno di cure soffre sul piano economico», che nell'area dei saluteimpoveriti (locuzione utilizzata da Rbm e Censis che non fa certo onore alla Sanità pubblica e privata) e cioè delle persone (1,8 milioni) che «sono entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria [...] ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio». Da notare – fatto che conferma l'estrema gravità e continuità del massiccio impoverimento causato dalla illegittima mancata attuazione della legge 833/1978 – che nel documento dell'ottobre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale, precisava che «nel corso del 1999, 2 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». Dunque, l'impoverimento delle famiglie, causato dalla violazione delle leggi vigenti, da parte del Servizio sanitario nazionale, prosegue almeno dal 2000.

sferimenti né nell'utilizzo della sedia a rotelle", "è completamente dipendente nell'igiene personale e nella vestizione", "necessita di controlli accurati alla diuresi" con "corretta gestione del catetere" e "sostituzione periodica dello stesso", "necessita di cibo adeguatamente preparato per la somministrazione", "non è in grado di assumere farmaci autonomamente", "necessita di prelievi periodici" per determinare il dosaggio dei farmaci stessi. In poche parole: "Necessita di assistenza continua nelle 24 ore"» (9).

Circa le disumane dimissioni ospedaliere di infermi, prima citate, pur in presenza ancora di esigenze sanitarie sicuramente indifferibili, non sono state o sono praticate solamente dalle Asl dell'Umbria, ma in quasi tutto il territorio nazionale, purtroppo anche da alcune strutture, che operano nell'ambito della Chiesa cattolica, dalle quali ci si attenderebbe compassione verso questi malati sofferenti e spesso neppure in grado di esprimere i loro bisogni vitali.

Invece si è arrivati al punto che, come ha denunciato l'Avv. Antonio Caputo, già Presidente del Coordinamento italiano dei Difensori civici regionali nell'articolo "Rsa dello scandalo", pubblicato sul n. 92, giugno 2020 di "Libero Pensiero", dalla «Residenza "Le

Clarisse" di Genova [...] viene stabilito che "con la sottoscrizione del presente contratto di ospitalità dichiaro di acquisire piena e definitiva consapevolezza di accettare che, in caso di rifiuto alla dimissione, anche laddove questo risultasse contrario alla legge o alle disposizioni di pubblica autorità, a partire dal 121° giorno o dal giorno determinato dall'Uvg sopra richiamata per la cessazione delle condizioni di ricovero dell'utente [compresi quelli non autosufficienti e quindi gravemente malati, n.d.r.] rimanere obbligato al pagamento di una retta giornaliera di euro 113,40" (10).

Il devastante, continuo e imponente numero delle dimissioni ospedaliere di infermi necessitanti ancora di indifferibili cure sanitarie – situazione che è direttamente collegata alle illegittime non ammissioni alle prestazioni sanitarie di cui alla nota 1 –, è confermato dall'intensa attività svolta dal 1970 dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e dal 2003 dalla Fondazione promozione sociale onlus a difesa delle esigenze vitali e dei vigenti diritti esigibili degli infermi non autosufficienti. Ai loro congiunti sono state finora fornite oltre 20mila consulenze gratuite, che hanno consentito di ottenere la continuità diagnostica e terapeutica dei loro familiari (11).

Le pesanti ed evidenti responsabilità degli Ordini dei Medici e della relativa Federazione nazionale

Non sono mai pervenute al Csa e alla Fondazione promozione sociale onlus contestazioni di sorta circa le motivazioni giuridiche e sociali in base alle quali tutti gli infermi non autosufficienti hanno il pieno e, se necessario,

(9) A dimostrazione che la tristissima vicenda del signor G. S. rientra tra le procedure abituali, si segnala che nella comunicazione inviata il 23 agosto 2018 dall'Asl Umbria 2 al Pubblico Ministero presso la Procura di Torino, l'Assistente sociale A. B., ha precisato che «la Residenza sanitaria assistenziale geriatrica di questa Usl ha necessità di dimettere il signor G. S. al quale è stato garantito un congruo periodo di continuità assistenziale pari a 60 giorni e che per le disposizioni regionali non potrà essere prolungato oltre i 90 giorni. Si fa presente anche che la Rsa "Le Grazie" ad alto turn-over ed ha una lunga lista di attesa per le dimissioni protette dei presidi ospedalieri dell'Usl e dell'Azienda ospedaliera di Terni», per cui «considerando le difficoltà del figlio nell'organizzare la gestione dell'assistenza domiciliare [che, per le gravissime condizioni di salute del signor G. S., richiede una presenza attiva 24 ore su 24, n.d.r.], si chiede la nomina di un amministratore, anche provvisorio, affinché provveda con sollecitudine ad organizzare l'assistenza [rectius, le indifferibili cure sanitarie, n.d.r.] di cui il signor G. S. necessita e a curare i suoi interessi con gli atti di ordinaria e straordinaria amministrazione che il giudice vorrà individuare». Dunque l'assistente sociale A.B. che, in base al suo Codice deontologico «deve salvaguardare gli interessi ed i diritti degli utenti e dei clienti, in particolare di coloro che sono legalmente incapaci» chiede che al figlio del signor G. S. venga revocata la nomina ad amministratore di sostegno del padre, ne venga nominato un altro che provveda alle dimissioni dell'infermo e – ovviamente – lo ricoveri in una struttura con retta interamente a suo carico, richiesta pienamente accolta dal Giudice tutelare che – incredibile ma vero – non tiene in alcuna considerazione le norme costituzionali (art. 23 e 32) e la legge 833/1978.

(10) La recente esternazione del Presidente della Giunta della Regione Liguria, Giovanni Toti, sui 22 pazienti molto anziani deceduti il 31 ottobre 2020 in Liguria a seguito dell'epidemia di Covid-19, definiti «persone per lo più in pensione, non indispensabili allo sforzo produttivo del Paese, che vanno però tutelati», esprime il comportamento reale suo e della Regione Liguria caratterizzato anche dalle violazioni delle norme costituzionali e legislative nei confronti di coloro che hanno esigenze sanitarie indifferibili.

(11) Sul sito www.fondazionepromozionesociale.it è riportato il fac-simile relativo alla "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica assicurata dalle leggi vigenti". Nello stesso sito vi sono i fac-simili relativi alle cure domiciliari, alla frequenza dei centri diurni per persone disabili e altre prestazioni dovute alle persone non autosufficienti a causa di patologie e/o di menomazioni.

immediato diritto alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata permanendo la condizione di non autosufficienza. Inoltre, è assai significativo che da parte degli Ordini dei Medici non siano state finora sollevate obiezioni in merito alle migliaia di istanze di opposizione alle dimissioni che i congiunti degli infermi inviano in copia ai relativi Presidenti.

Per quanto concerne le numerose comunicazioni scritte inviate dal Csa e dalla Fondazione promozione sociale onlus alle Organizzazioni dei Medici in cui sono sempre state documentate le continue, numerose e spesso brutali violazioni delle esigenze vitali degli infermi malati cronici non autosufficienti e dei loro diritti esigibili, non risulta che siano state assunte né dalla Federazione nazionale, né dagli Organi provinciali dei Medici iniziative dirette ad informare le Autorità ed i Medici coinvolti circa le vigenti norme costituzionali e legislative e il mancato rispetto del giuramento professionale degli stessi Medici e delle disposizioni del Codice deontologico (12).

Ricordiamo che nelle istanze di opposizione alle dimissioni ospedaliere di infermi non autosufficienti è riportata una parte del testo del giuramento professionale dei Medici che recita: *«Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro di osservare la medicina in autonomia di giudizio e di responsabilità di comportamento **contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione**; di perseguire la difesa della vita la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza nel rispetto della dignità e della libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale»*.

(12) A nostra conoscenza solamente l'Ordine dei Medici di Torino, su sollecitazione del Csa e della Fondazione promozione sociale onlus, ha affrontato pubblicamente le questioni sanitarie concernenti gli infermi non autosufficienti come già segnalato nella nota 5. I tre documenti sono stati integralmente pubblicati su "Prospettive assistenziali": "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", n. 191, 2005; "Ordine dei Medici, fondamentale riconoscimento delle cure domiciliari: sono indifferibili e di competenze sanitaria", n. 193, 2015; "Ordine dei Medici di Torino: ulteriori conferme sulla indifferibilità delle cure sanitarie per gli anziani non autosufficienti", n. 200, 2017.

Inoltre viene citata dal Codice di deontologia medica che: *«Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali ne siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera»*, *«Il medico ispira la propria attività professionale ai principi della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura»*, *«Il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando le persone assistite»*.

Sulla base dei principi sopra richiamati, in riferimento alla situazione delle numerose dimissioni ospedaliere imposte illegittimamente, il Csa e la Fondazione promozione sociale onlus ritenevano e ritengono che le Organizzazioni dei Medici avrebbero dovuto e dovrebbero intervenire presso le istituzioni sanitarie (Ministro, Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, Assessori regionali, Direttori Asl e Aso, Sindaci, ecc.) per segnalare le violazioni di legge, nonché agire nei confronti dei Medici che non osservavano le leggi, i diritti degli infermi, il giuramento professionale, le norme del Codice di deontologia medica (13).

Invece le scarse risposte pervenute negano l'evidenza delle condizioni di malattia dei malati cronici non autosufficienti, per giustificare comportamenti che violano il diritto alla salute dei malati non autosufficienti inguaribili, ma sempre curabili.

Alcuni esempi.

a) *Risposta del Dottor Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze*. La Fondazione promozione sociale onlus scrive il 21 maggio 2016 al Presidente dell'Ordine dei Medici in merito alla truffaldina certificazione del Vice Commissario dell'Ausl 10 di Firenze,

(13) Ricordiamo, in particolare, le e-mail o le Pec indirizzate il 21 febbraio e il 13 maggio 2019 ai Presidenti e ai Componenti degli Ordini dei Medici della Lombardia, il 17 ottobre 2019 ai Presidenti della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e di tutti i relativi Ordini provinciali, nonché in data 21 giugno, 5 luglio, 9 agosto, 23 settembre 2019 e 14 aprile 2020 al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano.

secondo cui la salute della signora R. L. di anni 88 era «*cl clinicamente stabile*» e quindi «*dimissibile*», nonostante fosse del tutto non autosufficiente. Nella stessa lettera la Fondazione evidenzia che la legge della Regione Toscana n. 66/2008, che attribuisce all'Unità di valutazione multidimensionale la possibilità di attribuire il punteggio "zero" ad anziani malati cronici non autosufficienti, stabilisce in tal modo la negazione delle indifferibili prestazioni sanitarie a cui hanno diritto in base all'articolo 2 della legge 833/1978.

Al riguardo il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze risponde precisando, fra l'altro, quanto segue: «*Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Firenze considera gli atti adottati dalla Regione Toscana come sufficientemente idonei ad affrontare questa complessa problematica. Quindi bisogna distinguere l'eventuale disapplicazione delle norme da quanto ancor vi è da fare in questo Paese sul piano sociale*».

b) *Risposta del Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano.* La Fondazione promozione sociale onlus aveva richiesto l'intervento dell'Ordine in merito alle dimissioni di cui era venuta a conoscenza: il caso della signora A.B. colpita da demenza senile e polmonite, dimessa appena guarita dalla sopra citata patologia acuta, ma ancora totalmente non autosufficiente e con demenza, senza che fosse assicurata la continuità terapeutica. Inoltre erano citati episodi di minacce da parte di medici di ospedali Lombardi che avevano denunciato all'Autorità giudiziaria i congiunti che si erano avvalsi del diritto a opporsi alle dimissioni ospedaliere di infermi non autosufficienti per chiedere la prosecuzione delle cure fino alla presa in carico dell'Asl di residenza senza interruzione delle cure.

Il 10 giugno 2019 il Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano risponde che: «*I temi trattati (malati cronici e di Alzheimer) e le criticità evidenti sono ben presenti dai componenti del Consiglio direttivo, i quali si fanno carico di manifestare le esigenze dei pazienti, soprattutto i più deboli, ai tavoli in cui l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è chiamato a partecipare*».

Ricordiamo che le dimissioni illegittime da ospedali e da case di cura private accreditate sono così frequenti, che vi sono state prese di

posizione da parte del Consiglio dei Seniores della Città di Torino di cui fanno parte 45 associazioni attive per la promozione della salute degli anziani. Su "La Stampa" del 16 novembre 2019 "Dimissioni forzate degli anziani da ospedali e case di cura: non fatevi ingannare", è stato pubblicato il loro documento "Aiutiamo gli anziani a non farsi ingannare dalle false notizie – Opposizione alle dimissioni forzate e diritto alla continuità delle cure". L'iniziativa è stata assunta anche da alcuni Comuni ed enti gestori dei servizi socio-assistenziali della Provincia di Torino.

Quando il silenzio dei medici è complice

Mentre proseguono i maltrattamenti degli anziani non autosufficienti e delle persone con demenza senile ricoverati in strutture socio-sanitarie, come testimoniamo sulle pagine di questa rivista nella rubrica Specchio Nero e in altri articoli (14), nessun provvedimento concre-

(14) "Prospettive assistenziali" ha pubblicato dal 2000 i seguenti articoli in materia di maltrattamento: n. 210, 2020 "Decine di migliaia di anziani segregati nelle Rsa. Privati anche dei servizi essenziali. Una testimonianza", "Ancora torture sui malati in strutture residenziali con la complicità delle istituzioni"; 209, 2020 "Ispezioni e denunce dei Nas: Rsa e strutture abusive in tutta Italia"; 207, 2019 "Maltrattamenti in Rsa, nove persone agli arresti a Rovigo"; 205, 2019 "Ancora botte ai più deboli e ancora silenzio da parte delle istituzioni", "Casa di cura fantasma sui colli romani: anziani malati confinati, una salma non dichiarata, attività milionaria sconosciuta al fisco", "Malati anziani in strutture fatiscenti, persone con disabilità drogate dagli operatori, violazione della legge sulla sicurezza: i rilievi dei Nas da Alessandria a Campobasso"; 204, 2018 "Continuano i brutali maltrattamenti agli anziani malati ricoverati. Totale indifferenza delle istituzioni"; 201, 2018 "Nessuna preventiva valutazione della personalità degli operatori: altre violenze sui più deboli"; 200, 2017 "La Regione Piemonte tace sulle terribili sevizie inferte da educatori e infermieri alle persone ricoverate a Borgo d'Ale (Vercelli)", "Maltrattamenti in struttura sanitaria: umiliato e lasciato nudo nel corridoio. L'odissea e la rinascita di un «vuoto a perdere»", "Attività ispettive dei Nas sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie"; 199, 2017 "Trattamenti indegni e degradanti a un anziano malato cronico non autosufficiente. La testimonianza della figlia: «Il nostro viaggio all'inferno»"; 198, 2017 "Ancora sevizie e crudeltà ad anziani malati cronici non autosufficienti"; 197, 2017 "Fino a quando proseguiranno i maltrattamenti delle persone più deboli e indifese?"; 197, 2017 "Strutture socio-sanitarie residenziali: accurata scelta del personale e controlli semplici ed efficaci"; 197, 2017 "Numerosi e assai gravi i fatti avvenuti nel Veneto a danno delle persone più deboli"; 195, 2016 "Continuano i maltrattamenti ai soggetti deboli nella totale indifferenza delle Istituzioni"; 194, 2016 "Proposta di legge per la videosorveglianza di asili nido, scuole per l'infanzia e strutture socio-sanitarie per anziani, disabili e minori"; 194, 2016 "Il disimpegno del Ministero della salute per prevenire e respingere i maltrattamenti delle persone istituzionalizzate colpite da patolo-

to in merito viene assunto da parte delle istituzioni e degli Ordini dei Medici. È sconcertante che, dalla documentazione in nostro possesso, non risulta mai che vi sia un solo medico che abbia denunciato maltrattamenti di anziani ricoverati presso strutture private, si tratti del proprio curante di medicina generale, del presidente o di un componente delle Commissioni di vigilanza o di altro settore delle Asl.

Inoltre, dalle stesse Commissioni di vigilanza non emergono mai dati relativi alla rispondenza rispetto alle norme contrattuali, della quantità e professionalità del personale addetto alle case di cura e alle Rsa private, il cui costo viene posto a carico dell'Asl, nonché in numerosi casi dei Comuni.

Non ci risulta altresì che le Asl, quasi sempre dirette da medici, richiedano ai gestori privati di comunicare, contemporaneamente alle richieste di pagamento delle rette, i dati relativi ai versamenti effettuati all'Inps per il personale dipendente e copia delle fatture per quanto concerne gli altri addetti (15), che permettereb-

gie e/o disabilità invalidanti e non autosufficienza"; 193, 2016 - Si intensificano i casi di maltrattamenti nelle strutture di ricovero: latitano le istituzioni socio-sanitarie; 179, 2012 - G. D'Angelo "Gli aberranti crimini commessi alla clinica Santa Rita di Milano: la sentenza di primo grado"; 178, 2012 "La giornata della memoria: ricordiamo anche lo sterminio dei bambini con handicap e dei malati psichiatrici"; 167, 2009 "Controlli dei Nas sulle strutture ricettive per anziani: ancora gravi irregolarità"; 161, 2008 "Sentenza relativa ai maltrattamenti subiti da anziani cronici non autosufficienti ricoverati nella struttura 'Le colline del Po'"; 159 - 2007 - E. Brugnone "Abbandono e maltrattamenti in strutture di ricovero per anziani: quale legge penale?"; 149, 2005 Editoriale "Come prevenire le violenze nelle strutture residenziali per minori, adulti e anziani"; 148, 2004 "Rsa per anziani: indagini della magistratura su ventun decessi e proposte del Csa"; 145, 2004 "Quarta indagine dei Nas sulle strutture ricettive per anziani: accertate altre gravi irregolarità"; 143, 2003 "Controlli effettuati dai Nas sulle strutture residenziali per anziani: altre allarmanti infrazioni penali e amministrative"; 141, 2003 G. Grisotti "Le drammatiche vicende di Nonna Emma"; 140, 2002 - E. Brugnone "Fatti illeciti in strutture ricettive per anziani e abbandono di ricoverati non autosufficienti: considerazioni sui due ultimi comunicati stampa dei Nas"; 139, 2002 "Secondo comunicato stampa dei Nas sulle strutture ricettive per anziani: nuove gravi infrazioni penali e amministrative"; 139, 2002 "Abusi perpetrati nelle residenze geriatriche degli Stati Uniti"; 136, 2001 "Comunicato stampa dei Nas sui controlli eseguiti in campo nazionale alle strutture ricettive per anziani"; 135, 2001 "Gestore e operatori di una casa di riposo condannati dal Tribunale di Mondovì"; 134, 2001 E. Brugnone "Maltrattamenti di anziani cronici non autosufficienti ricoverati in strutture di assistenza: rilievi penali"; 132, 2000 "Condannati i gestori di una pensione abusiva: disumane le condizioni di vita degli anziani ricoverati"; 130, 2000 "Anziani cronici non autosufficienti trattati come pacchi: la magistratura indaga".

(15) Cfr. l'articolo "Sanità di serie B, famelici profitti dei gesto-

be di verificare la presenza effettiva del personale in base agli standard stabiliti al momento dell'accreditamento con il Servizio sanitario.

A questo proposito le nostre richieste continuano ad essere quelle contenute nel volume di Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Handicap: oltre la legge quadro. Riflessioni e proposte*, Utet Libreria, 1995 che riportiamo integralmente: «È ovvio che le condizioni di vita delle persone assistite dipendono in larghissima misura dalle capacità (e anche dal numero) del personale addetto. La professionalità degli operatori (in particolare degli educatori) è dunque un elemento della massima importanza. Ma la professionalità non si acquisisce una volta per tutte: essa deve essere continuamente aggiornata. La scelta del personale e la determinazione del numero minimo degli addetti sono condizioni di fondamentale importanza per una idonea qualità della vita dell'assistito. Per raggiungere questo obiettivo è altresì necessario evitare per quanto possibile che venga assunto personale con gravi disturbi della personalità. Infatti, gli handicappati intellettivi gravi [analoghe sono le condizioni degli infermi non autosufficienti, n.d.r.] non sono in grado né di reagire alle violenze subite, né di segnalarle. È pertanto necessario che tutti gli operatori, prima di essere assunti per lo svolgimento di attività siano sottoposti, con tutte le garanzie di riservatezza del caso, a un esame approfondito della loro personalità. Centri scientificamente riconosciuti validi, scelti di comune accordo dagli enti e dai Sindacati dei lavoratori, dovrebbero essere incaricati di rilasciare una dichiarazione attestante che l'operatore è adeguato per le caratteristiche della sua personalità e per la sua professionalità, a svolgere determinate attività con handicappati gravi. Ovviamente dovrebbe essere garantita la totale riservatezza nei confronti di coloro che non ottenessero la suddetta certificazione, riservatezza totale anche nei riguardi dell'ente pubblico e privato che li ha indirizzati, al quale nulla deve essere comunicato né direttamente né indirettamente, a esclusione di quanto scritto nella certificazione consegnata direttamente a ciascun operatore ritenuto idoneo».

ri privati e controlli inadeguati o inesistenti", "Prospettive assistenziali", n. 208, 2019.