

ALLARMANTE IL NUOVO DOCUMENTO DEI NEGAZIONISTI DEL VIGENTE DIRITTO ALLE CURE SOCIO-SANITARIE DELLE PERSONE CON PATOLOGIE INVALIDANTI E NON AUTOSUFFICIENTI

Nel corposo documento di 600 pagine “Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”, predisposto su richiesta del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, gli Autori (1) continuano a non citare le leggi vigenti (le prime sono state approvate più di mezzo secolo fa) che riconoscono agli anziani cronici non autosufficienti, ai malati di Alzheimer e alle persone affette da altre forme di demenza senile il diritto pienamente esigibile non solo alla cure sanitarie durante la fase acuta, ma anche a quelle socio-sanitarie nel corso del periodo della cronicità (2).

Chiediamo quindi scusa ai nostri lettori se siamo costretti a ripetere concetti già esposti nei precedenti numeri di questa rivista, ma riteniamo di avere l'obbligo etico e professionale di difendere i soggetti (oltre un milione nel nostro Paese) attualmente dipendenti dagli altri per la loro sopravvivenza e le centinaia di migliaia degli altri cittadini che, in assenza di misure preventive attualmente quasi del tutto inesistenti, cadranno nelle drammatiche condizioni di essere totalmente incapaci di autogestirsi e di autodifendersi.

(1) In merito alle analoghe sortite dei negazionisti del diritto alle cure socio-sanitarie, si vedano gli articoli apparsi su *Prospettive assistenziali*: “Fuorvianti le valutazioni e le proposte contenute nel volume *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*”, n. 156, 2008 e “Anziani malati cronici non autosufficienti: un altro libro dei negazionisti della priorità delle cure sanitarie”, n. 165, 2009.

(2) Nell'editoriale di questo numero sono analizzate le questioni relative ai diritti sanciti dai Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria (articolo 54 della legge 289/2002). Per quanto concerne le disposizioni precedenti ripetiamo che:

- la legge 30 ottobre 1953 n. 841 ha concesso il diritto senza limiti di durata alle cure sanitarie e ospedaliere ai pensionati dello Stato, compresi quelli non autosufficienti;

- la legge 4 agosto 1955 n. 692 e il decreto del Ministro del lavoro del 21 dicembre 1956 hanno stabilito il diritto alle cure sanitarie e ospedaliere, indipendentemente dalla loro durata, ai pensionati del settore privato «quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche e chirurgiche non sono normalmente praticabili a domicilio»;

- in base alla legge 12 febbraio 1968 n. 132 le Regioni devono programmare i posti letto tenendo conto delle esigenze dei malati «acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti» (articolo 29);

- secondo la legge 23 dicembre 1978 n. 833 le prestazioni sanitarie devono essere fornite agli anziani, come a tutti i cittadini, qualunque siano «le cause, la fenomenologia e la durata» delle malattie;

- la legge 27 dicembre 2002 n. 289 ha dato valore esecutivo ai livelli essenziali di assistenza sanitaria definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che, pertanto, sono esigibili da parte dei cittadini.

Le principali cause della violazione del diritto alle cure

Ricordiamo che numerose sono state le iniziative volte a contrastare il diritto alle cure sanitarie delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza e dirette a proporre il trasferimento delle competenze dalla sanità (che ha l'obbligo di intervenire) alla discrezionalità del settore socio-assistenziale.

L'analisi di dette iniziative, di cui nell'allegato 1 riportiamo quelle più nefaste per i malati non autosufficienti, evidenzia i rilevanti ostacoli incontrati dalla Fondazione promozione sociale, dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) di Torino e dai redattori di qualche rivista per ottenere il rispetto dei vigenti diritti esigibili, nonché le notevoli difficoltà ancora da superare.

La non attuazione del diritto esigibile alle cure socio-sanitarie delle persone malate non autosufficienti è la conseguenza di molteplici cause, fra le quali:

- il disinteresse della stragrande maggioranza dei cittadini, compresi quelli socialmente attivi, in merito alla complessa questione delle patologie inguaribili (ma sempre curabili) e della dipendenza anche totale dei malati dagli altri;
- l'attenzione dei congiunti, rivolta esclusivamente al parente colpito da patologie invalidanti e da non autosufficienza, senza affrontare le questioni generali (disposizioni normative, procedure, carenze di sostegni pubblici per le cure domiciliari, insufficienza di posti letto residenziali, oneri economici, ecc.);
- l'assenza quasi totale fra le forze politiche e le organizzazioni sociali della cultura dei diritti delle persone non autosufficienti e delle iniziative indispensabili per la loro attuazione, nonché la nefasta sottocultura fondata sulla discrezionalità degli interventi benefici anche per le indifferibili esigenze vitali dei soggetti incapaci di autodifendersi;
- la disponibilità di molti esperti ad assecondare comunque le richieste delle istituzioni, soprattutto quando gli enti sono i loro datori di lavoro o i finanziatori di ricerche e indagini.

I negazionisti

L'ingiustificato e ingiustificabile comportamento dei negazionisti favorisce – com'è evidente – la perdurante gravissima violazione del fondamentale diritto alla salute, i cui servizi, integrati da quelli del

settore socio-assistenziale, sono tenuti a intervenire senza limiti di durata allo scopo di evitare gli aggravamenti delle condizioni psico-fisiche, per la massima possibile eliminazione delle sofferenze e per impedire l'isolamento relazionale dei pazienti dai loro congiunti, dagli amici e dai conoscenti.

È il caso, ad esempio, di Cristiano Gori che, nonostante sia stato informato anche personalmente in merito al vigente quadro normativo, nega l'esistenza del diritto alle cure socio-sanitarie, asserendo che occorrerebbe preliminarmente «*decidere se costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa formato su un insieme di diritti e doveri di ogni cittadino italiano di fronte alla non autosufficienza valido in tutto il Paese*» e quindi «*realizzare ciò che in sanità è avvenuto nel 1978 con l'introduzione del Servizio sanitario nazionale*». Dimentica altresì che (cfr. la nota 2) 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*» della malattia, nonché «*la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

Inoltre è evidente che si riferisce anche agli anziani malati cronici non autosufficienti la prima parte dell'articolo 32 della Costituzione che recita: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*».

Infine ricordiamo che con le leggi 841/1953 e 692/1955 il Parlamento ha imposto contributi previdenziali aggiuntivi ai datori di lavoro e ai lavoratori del settore pubblico e privato quale contropartita al riconoscimento del loro diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata anche nei casi di insorgenza di patologie invalidanti.

Si tratta di una omissione di una gravità eccezionale per le devastanti ripercussioni sui malati (negazione delle cure di competenza del Servizio sanitario nazionale) e sui loro congiunti costretti a sostenere oneri molto gravosi (3).

Tuttavia, contrariamente a quanto affermano Gori e gli altri Autori del documento in oggetto, il Servizio sanitario nazionale è già obbligato a curare le per-

(3) Ricordiamo che il VI Rapporto "Ceis Sanità 2008" della Facoltà di economia dell'Università di Tor Vergata (Roma), ha precisato 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). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa out of pocket. Quindi registriamo una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto ad intervenire sul problema. Risultano poi soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei)*».

sone malate croniche non autosufficienti come, ad esempio, è stato esplicitamente riconosciuto da numerosi provvedimenti della Regione Piemonte.

Manca, invece, da parte di molti esperti il coraggio di segnalare alle istituzioni la presenza delle leggi in vigore e di indicare le priorità su cui indirizzare le risorse disponibili.

Certamente non avrebbe fatto piacere al Ministro Maurizio Sacconi (4), che ha commissionato la pubblicazione in oggetto, leggere che gli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza devono essere curati dal Servizio sanitario nazionale (5).

Molteplici tipologie di non autosufficienza

È altresì singolare che tutti gli altri esperti che hanno collaborato alla stesura del documento in oggetto, Gori compreso, non abbiano preso in considerazione le differenti situazioni di non autosufficienza.

Infatti, a nostro avviso, non è corretto fondare la ricerca delle soluzioni più idonee tenendo solamente conto degli effetti della non autosufficienza; occorre considerare in primo luogo le sue origini.

Al riguardo riteniamo che le diverse forme di non autosufficienza possono essere determinate dalle seguenti cause:

a) gravi malattie acute con conseguenze invalidanti permanenti o temporanee. Ne consegue che la competenza è del Servizio sanitario nazionale e che le prestazioni sono gratuite;

b) varie forme di coma. La competenza è del Servizio sanitario nazionale, ma potrebbe rientrare fra le attività del settore socio-sanitario con oneri a carico delle risorse personali del paziente per quanto riguarda la quota alberghiera;

c) handicap intellettuale con autonomia estremamente ridotta. Molto spesso questi soggetti hanno notevoli difficoltà nella comunicazione dei loro bisogni fondamentali di vita e, nei casi più gravi, devono essere assistiti 24 ore su 24. In Piemonte la gestione è stata affidata al settore socio-assistenziale con oneri a carico della sanità nella misura del 40-70% come previsto dai Lea;

d) handicap fisico con autonomia molto limitata, ma con integre facoltà intellettive e piena capacità di

(4) Cfr. Mauro Perino, "Il libro bianco del Ministro Sacconi e l'umiliante elemosina della Social Card", *Prospettive assistenziali*, n. 167, 2009.

(5) Sul problema delle persone malate non autosufficienti il Ministro della sanità, Ferruccio Fazio, continua a tacere nonostante si tratti di materia di sua specifica competenza anche per quanto concerne i finanziamenti, lasciando ampio spazio al Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi, le cui attribuzioni in materia sono di importanza di gran lunga inferiore rispetto a quelle affidate dalle leggi vigenti alla sanità, anche per quanto concerne le risorse economiche.

individuare le proprie esigenze. In questi casi, se adeguatamente supportate, queste persone sono in grado di autogestirsi, nonché di svolgere attività lavorative proficue. Le competenze sono quelle del punto precedente;

e) patologie croniche e loro esiti invalidanti (ictus, infarto, demenza senile, pluripatologie, ecc.) che determinano anche condizioni di totale non autosufficienza. Le persone appartenenti a questo gruppo sono soprattutto soggetti anziani che, a causa delle loro precarie condizioni di salute, sono colpiti con notevole frequenza anche da infermità acute. Necessitano, quindi, di cure sanitarie (diagnosi, terapie e a volte attività riabilitative) non solo per quanto riguarda la loro patologia inguaribile (ma pur sempre curabile anche per evitare aggravamenti e per limitare in tutta la misura del possibile il dolore), ma altresì per la prevenzione e l'individuazione degli episodi acuti.

Allo scopo di evitare i trasferimenti di questi pazienti, che causano quasi sempre traumi dovuti al cambiamento dell'ambiente e del personale addetto, riteniamo che nelle Rsa debbano anche essere praticate nella misura del possibile le cure per le malattie acute che colpiscono i ricoverati.

A questo proposito sono molto significative le positive esperienze delle Rsa del Piemonte (oltre una decina) che sono gestite direttamente dalle Asl.

Dette esperienze dimostrano che, nell'interesse dei pazienti colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, non è positiva la proposta volta alla creazione, accanto al Servizio sanitario nazionale, di un Servizio socio-sanitario nazionale, avanzata nel documento in esame da Vittorio Mapelli (6).

Allegato 1

LE NEFASTE INIZIATIVE ASSUNTE DAI NEGAZIONISTI

Le principali opposizioni al diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie sono state espresse:

1. attribuendo ai figli e agli altri congiunti l'inesistente obbligo giuridico di fornire le cure sanitarie (cfr. l'editoriale "Anziani cronici: obblighi del Servizio sanitario e l'alibi dei figli 'ingrati'", n. 67, 1984);

2. dal Consiglio sanitario nazionale mediante il documento approvato l'8 giugno 1984, con l'attiva partecipazione del sociologo Achille Ardigò, dai rappresentanti delle Regioni a statuto ordinario e speciale, delle Province autonome di Bolzano e Trento, dei Comuni, degli artigiani, dei commercianti e di

(6) La creazione del fondo per la non autosufficienza, purtroppo promossa dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil, va nella direzione della separazione del settore preposto alla cura delle malattie acute da quello per le infermità croniche.

altre categorie produttive, nonché dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, in cui viene previsto il ricovero dei malati cronici non autosufficienti nelle strutture assistenziali denominate "case protette" e viene rilevato quanto segue: «Considerato lo stretto intreccio della presenza sanitaria e socio-assistenziale anche nelle strutture protette appare necessario che, nel transitorio, sia per l'inadeguatezza dei servizi sanitari sul territorio, che non possono farsi carico in maniera completa del problema, sia perché storicamente il non autosufficiente è stato ricoverato e assistito in ambito ospedaliero e paraospedaliero, le spese relative al ricovero in casa protetta o struttura simile di persone non autosufficienti carichi parzialmente (fino ad un massimo del 50%) sul fondo sanitario nazionale al fine di determinare la correlativa riduzione della spesa ospedaliera». Dunque lo scopo era duplice: sottrarre i malati cronici e non autosufficienti dalla competenza della sanità e sopprimere la gratuità delle prestazioni stabilita dalle leggi allora vigenti (cfr. "Tutto è pronto per una nuova emarginazione di massa" e "Documento del Consiglio sanitario nazionale sui rapporti fra sanità e assistenza", n. 68, 1984);

3. dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 agosto 1985 "Atto di indirizzo e di coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali": in cui veniva data attuazione alle richieste contenute nel succitato documento del Consiglio sanitario nazionale, nonostante che la natura amministrativa del decreto non consentisse l'introduzione di modifiche alla legge vigente (cfr. "Un decreto per l'emarginazione di massa dei più deboli" e "Atto di indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio dei Ministri in materia di sanità e assistenza", n. 72, 1985);

4. dal Sindacato dei pensionati Cgil in appoggio alle richieste contenute nel sopra citato decreto, sia per quanto riguarda il trasferimento della competenza all'assistenza sia in merito alla contribuzione economica a carico dell'anziano malato cronico ricoverato (cfr. "Il Sindacato pensionati Cgil contro il diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie", n. 75, 1986);

5. dalla martellante campagna di stampa diretta a insinuare che in estate gli anziani malati cronici non autosufficienti erano molto frequentemente abbandonati negli ospedali dai familiari desiderosi di fare le vacanze senza l'impaccio del congiunto non autosufficiente. Dalla ricerca svolta da Carlo Hanau e Roberto Monetti del Dipartimento di scienze statistiche dell'Università di Bologna era invece risultato che la sopra indicata situazione era inventata di sana pianta, essendo stata accertata una riduzione della frequenza dei ricoveri nei mesi di luglio e ago-

sto (cfr. "Stagionalità dei ricoveri in ospedale, con particolare riferimento agli anziani", n. 87, 1989);

6. dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e la condizione sociale dell'anziano istituita dal Senato con deliberazione del 17 marzo 1988 che, dopo aver affermato che il mese di agosto è il «*periodo dell'anno in cui è più frequente il ricovero degli anziani*» senza però fornire riferimenti concreti, non ha fatto alcun cenno alle leggi vigenti che stabiliscono il diritto degli anziani non autosufficienti alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, senza limiti di durata (cfr. "Inchiesta del Senato sulla condizione degli anziani: metodologia distorta e conclusioni inaccettabili", n. 88, 1989);

7. dall'appoggio dato da Cgil, Cisl e Uil alla legge della Regione Emilia Romagna n. 5/1994 le cui norme non riconoscevano la condizione di malati agli anziani malati cronici non autosufficienti, disponevano l'istituzione del comparto socio-sanitario non previsto dalle leggi allora in vigore e ponevano oneri a carico dei ricoverati e delle loro famiglie, nonostante le norme vigenti prevedessero la gratuità delle prestazioni (cfr. "La Regione Emilia Romagna continua a negare agli anziani cronici non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie", n. 104, 1993 e "Preoccupante scelta dei Sindacati in materia di anziani cronici non autosufficienti", n. 105, 1994);

8. dalle iniziative assunte dall'allora Ministro della sanità, Raffaele Costa, volte a imporre la dimissione dall'ospedale Mauriziano di Torino della signora L.G. in quanto "guarita", mentre nella certificazione medica geriatrica era scritto: «*Presenta impossibilità a camminare per il grave deterioramento cerebrale, è portatrice di presidi (pannoloni) per l'incontinenza, evidenzia patologie agli arti inferiori*». Grazie all'intervento del Csa, la signora L. G. ha continuato ad essere curata nel sopra citato ospedale. L'iniziativa del Ministro della sanità, sostenuta da un geriatra e da un medico legale, era stata appoggiata purtroppo dai giornali *La Stampa* e *la Repubblica* (cfr. "Il Ministro Costa e gli anziani non autosufficienti sani: il comportamento dei giornali", n. 107, 1994);

9. dalla relazione conclusiva del 27 febbraio 1997 della Commissione, presieduta da Paolo Onofri, incaricata dal Presidente del Consiglio dei Ministri, Romano Prodi, di analizzare «*le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale*», in cui veniva proposto che la cura degli anziani non autosufficienti non doveva essere un compito della sanità pubblica perché, come risulta dal documento "La spesa per l'assistenza", redatto da Franca Bimbi, Paolo Bosi e Chiara Saraceno «*il Servizio sanitario nazionale non può farsene carico se non in forma impropria e dispendiosa (ad esempio il ricovero prolungato)*» (cfr. "La relazione conclusiva della

Commissione Onofri su previdenza, sanità e assistenza", n. 118, 1997);

10. dalla dichiarazione scritta dell'allora Segretario generale della Cgil, Sergio Cofferati, secondo il quale «*essere anziano cronico non è una malattia*» e dal documento Cgil, Cisl e Uil in cui era previsto che «*a fronte dello straordinario aumento degli anziani non autosufficienti portatori di domanda assistenziale difficilmente controllabile, si propone l'attivazione di un fondo su base contributiva*» (cfr. "Cgil, Cisl e Uil negano lo stato di malattia degli anziani cronici non autosufficienti", n. 119, 1997 e "Continua la polemica con la Cgil sugli anziani cronici non autosufficienti", n. 120, 1997);

11. dalla "Guida ai servizi per le persone non autosufficienti" predisposta dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil in cui, per non riconoscere che gli anziani cronici non autosufficienti (circa un milione in Italia) sono soggetti malati, veniva assurdamente affermato che «*a volte la persona non autosufficiente si trova impedita a proseguire una produzione artistica o culturale che era la sua ragione di vita. Oppure ancora il gioco, la danza, o giocare a carte*», per cui occorrerebbe «*trovare il modo per continuare queste attività o per sostituirle con esperienze nuove*». Ricordiamo altresì che nel corso della Festa nazionale de *L'Unità*, svoltasi ad Abano Terme il 15 giugno 1988, Lalla Golfarelli, all'epoca responsabile delle politiche sociali del Pci di Bologna, aveva dichiarato che nelle case protette, in cui erano ricoverati anziani cronici non autosufficienti, dovevano essere organizzate attività di socializzazione «*come andare a teatro, frequentare circoli e lezioni di inglese*» (cfr. "Anziani cronici non autosufficienti: l'autolesionismo di Cgil, Cisl e Uil, e le nefaste conseguenze per tutti i cittadini", n. 122, 1998);

12. dal rapporto conclusivo, redatto da Luca Beltrametti, dell'indagine conoscitiva sugli anziani non autosufficienti, richiesta dalla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati al Gruppo di lavoro "Mercato sociale del Cnel" del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, ed effettuata con il contributo di rappresentanti della Cgil, Cisl e Uil in cui non si fa alcun riferimento alle patologie che provocano la non autosufficienza (cfr. l'articolo indicato al punto precedente);

13. dalla proposta del Ministro della salute, Girolamo Sirchia (*La Stampa* dell'11 luglio 2002) volta all'istituzione di «*mutue integrative e/o sostitutive*», motivata dalla mancanza di 7,7 miliardi di euro, necessari per garantire le cure ai soggetti non autosufficienti, nonché dalla presentazione alla Camera dei Deputati, avvenuta il 15 gennaio 2002, del disegno di legge n. 2166 da parte dell'on. Augusto Battaglia e di altri parlamentari Ds

“Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per le persone anziane non autosufficienti”, iniziativa che non solo non teneva in considerazione le leggi vigenti, ma che prevedeva l’istituzione di un apposito fondo nazionale finanziato da «una assicurazione pubblica obbligatoria a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori subordinati, parasubordinati ed autonomi» (cfr. l’editoriale “Le inaccettabili iniziative concernenti gli adulti non autosufficienti colpiti da patologie invalidanti e le disastrose conseguenze dell’integrazione socio-sanitaria: occorre ripartire dalle esigenze e dai diritti” e “Testo della proposta di legge ‘Istituzione di un sistema di protezione sociale e di cura per le persone anziane non autosufficienti’”, n. 139, 2002);

14. dall’avvio della discussione parlamentare della succitata proposta di legge n. 2166 e dal sostegno dato a detta iniziativa dal numero 4, 2001 di *Assistenza sociale*, rivista dell’Inca Cgil, e dal volume *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte* edito da Franco Angeli e curato da Cristiano Gori. Nelle due succitate pubblicazioni (medici, economisti, ricercatori, psicologi, funzionari di enti pubblici e sindacalisti) non hanno mai fondato le loro considerazioni sulle leggi vigenti (cfr. “Iniziata la discussione parlamentare sugli anziani cronici non autosufficienti: in pericolo l’attuale loro diritto alle cure sanitarie”, n. 140, 2002);

15. dall’affermazione di Giuseppe Todioli, responsabile Ds del welfare della Lombardia, che, nell’introdurre i lavori del convegno “Costruiamo il futuro: una assicurazione sociale di cura per le persone non autosufficienti”, Milano, 3 maggio 2002, aveva affermato quanto segue: «Noi abbiamo costruito il welfare sulla base di una serie di rischi che esistevano in quel momento. È evidente che il rischio non autosufficienza vent’anni fa non esisteva, non poteva essere percepito e non poteva essere inserito nel menu dei rischi del welfare com’è abbastanza ovvio», dimenticando che il Parlamento italiano aveva varato le già citate leggi 841/1953, 692/1955, 132/1968 e 833/1978 (cfr. “Secondo l’esperto Ds in welfare il rischio della non autosufficienza vent’anni fa non esisteva”, n. 141, 2003);

16. da due ricerche realizzate dal Censis in collaborazione con “*Salute - la Repubblica*”, dall’articolo “Volontariato e malattia di Alzheimer” e dal numero speciale dedicato alla “Relazione con il malato di Alzheimer” (*Prospettive sociali e sanitarie*, 5 maggio e 1-15 agosto 2003), nonché dall’intervento della Presidente nazionale dell’Aima (Associazione nazionale malati di Alzheimer) riportato su *24 Ore-Sanità* del 14-20 ottobre 2003 e dalle omesse informazioni sul diritto alle cure sanitarie accertate sul sito dell’Associazione Alzheimer Italia (cfr. “Per quali motivi si ignorano gli obblighi del Servizio sanitario

nazionale nei riguardi degli anziani cronici non autosufficienti e dei malati di Alzheimer?”, n. 144, 2003);

17. dalle omesse notizie da parte di riviste specializzate e di operatori in merito alle prestazioni obbligatorie del Servizio sanitario nazionale (cfr. “Agiscono correttamente gli operatori che non segnalano agli utenti i diritti?”, n. 148, 2004 e “Le riviste specializzate e gli operatori socio-sanitari non dovrebbero fornire corrette informazioni in merito ai doveri/diritti dei cittadini?”, n. 149, 2005);

18. dalla proposta di Anna Banchemo, responsabile della programmazione socio-sanitaria della Regione Liguria, che nell’articolo “Nuovi elementi per la definizione dei Liveas”, apparso sul n. 14, 2005 di *Prospettive sociali e sanitarie* ha sostenuto che per le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie «va messo in atto il principio dell’esigibilità sostenibile collegato alle risorse finanziarie» allo scopo di limitare il diritto alle cure sulla base della discrezionalità dei finanziamenti assegnati (cfr. “La sconvolgente proposta di Anna Banchemo in materia di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie: dai diritti reali alla loro esigibilità sostenibile”, n. 151, 2005);

19. dalle distorte informazioni rilevabili sul sito www.ital-uil.it/vadesani nel quale la Uil, negando di fatto il diritto alle cure delle persone malate non autosufficienti, sostiene che quando «il primario dispone le dimissioni del paziente, questi anche se non è d’accordo, è costretto a lasciare l’ospedale» (cfr. “Diritto alle cure sanitarie: la Uil fornisce informazioni errate”, n. 151, 2005);

20. dall’assurda proposta di legge presentata con iniziativa popolare da Cgil, Cisl e Uil, il cui testo ignora le vigenti norme di legge che garantiscono il diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie, comprese quelle residenziali (cfr. “Una irragionevole e controproducente proposta di legge dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil sulla non autosufficienza”, “Testo della proposta di legge sulla non autosufficienza promossa dai Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil”, n. 152, 2005, nonché “Gli ingannevoli presupposti della proposta di legge dei Sindacati dei pensionati Cgil, Cisl e Uil sulla non autosufficienza”, n. 153, 2006);

21. dalle errate dichiarazioni fatte il 10 novembre 2005 da un esponente di Cittadinanzattiva alla trasmissione di Rai 1 “Uno mattina” (cfr. “Cittadinanzattiva nega i vigenti diritti degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie residenziali e inventa obblighi economici a carico dei loro congiunti”, n. 153, 2005);

22. dalla presentazione e l’approvazione da parte di alcune Regioni di fondi per la non autosufficienza, iniziative che contrastano con il vigente diritto degli anziani cronici non autosufficienti e dei malati di

Alzheimer alle cure sanitarie e socio-sanitarie (cfr. "L'insensato e anticostituzionale progetto di legge presentato al Consiglio della Regione Veneto per l'istituzione di un fondo sulla non autosufficienza", n. 155, 2006; "Stravagante la legge della Regione Lazio istitutiva del fondo regionale per la non autosufficienza", n. 157, 2007; "Inquietanti le delibere delle Giunte delle Regioni Emilia Romagna e Toscana sulle non autosufficienze", n. 162, 2008; "Molto negativa la legge della Regione Toscana sulla non autosufficienza: Cgil, Cisl, Uil plaudono", n. 165, 2009; "Emarginante la normativa della Provincia autonoma di Bolzano concernente gli anziani non autosufficienti", n. 166, 2009);

23. dalle informazioni omesse sul vigente diritto alle cure sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti e dalla ignorata considerazione delle differenti caratteristiche delle persone con limitata o nulla autonomia contenute in un libro di Cristiano Gori (cfr. "Fuorvianti le valutazioni e le proposte contenute nel volume *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, n. 156, 2006);

24. dalle minacce rivolte ai congiunti di anziani malati cronici non autosufficienti (cfr. "L'Azienda Usl 4 di Prato si rivolge ai Carabinieri per dimettere un anziano gravemente malato", n. 158, 2007; "Pio Albergo Trivulzio: dimissioni illegittime di un anziano gravemente malato e minacce alla figlia", n. 161, 2008);

25. dalle errate notizie contenute nella ricerca "La non autosufficienza degli anziani - Un caso italiano" svolta dall'Isvap (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) con la collaborazione del Censis (cfr. "Per quali motivi l'Isvap e il Censis non riconoscono la condizione di malati agli anziani non autosufficienti?", n. 159, 2007);

26. dallo sconclusionato disegno di legge n. 3284 "Delega al Governo a definire un sistema di prestazione sociale per le persone non autosufficienti e di sostegno alla famiglia. Disposizioni in materia di politiche sociali", predisposto dal Ministro per la solidarietà sociale Paolo Ferrero, approvato dal Consiglio dei Ministri il 21 novembre 2007 e presentato alla Camera dei Deputati il 3 dicembre 2007 (cfr. "Disegno di legge delega sulla non autosufficienza: il Governo vuole togliere diritti ai più deboli e imporre contributi economici ai loro congiunti", n. 160, 2007);

27. dalla pubblicazione del volume *Le riforme regionali per i non autosufficienti - Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, edito da Carrocci e curato da Cristiano Gori. Anche in questa pubblicazione non si fa mai cenno alle condizioni di malati degli anziani malati cronici non autosufficienti e alle leggi che garantiscono il loro diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie (cfr. "Anziani malati cronici non autosufficienti: un altro libro dei negazionisti della priorità delle cure sanitarie", n. 165, 2009);

28. dalle omissioni contenute nella ricerca "Trent'anni di Servizio sanitario nazionale", realizzato dal Censis per il Ministro della salute in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità e il Dipartimento innovazione e sanità dell'Università La Sapienza di Roma (cfr. "Perché il Censis non cita le leggi sanitarie riguardanti gli anziani cronici non autosufficienti?", n. 170, 2010);

29. dal tentativo compiuto dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 del "Friuli occidentale" di attribuire ai congiunti il compito di curare un anziano gravemente malato e necessitante di cure sanitarie indilazionabili (cfr. "Altri gravissimi comportamenti illegittimi volti a scaricare sui congiunti la cura degli anziani gravemente malati e non autosufficienti", n. 170, 2010);

30. dalle notizie fuorvianti oppure omesse in merito al diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie provenienti da organizzazioni di tutela dei malati, ad esempio Alzheimer Italia, Aima (Associazione italiana malati di Alzheimer) e Fondazione Manuli, nonché da riviste (in particolare *Anch'io*, *Animazione sociale* e *Prospettive sociali e sanitarie*) e dagli Autori dei seguenti libri: *Rapporto sanità 2005 - Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, *Stare vicino ad un malato di Alzheimer: dubbi, domande, possibili risposte*, *Alzheimer e riabilitazione cognitiva: esercizi, attività e progetti per stimolare la memoria*, *Invecchiamento cerebrale, demenza e malattia di Alzheimer - Una guida informativa per i familiari e gli operatori con l'elenco delle unità valutarie Alzheimer*, *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, *Alzheimer in movimento. L'attività motoria per le persone affette da demenza: manuale per familiari e operatori*. I citati volumi sono stati recensiti su *Prospettive assistenziali* n. 157, 2007; 162, 2008; 165, 2009; 168, 2009 e 170, 2010.

RIPRODOTTO UN ARTICOLO DI *PROSPETTIVE ASSISTENZIALI*

Segnaliamo che l'articolo del Consigliere di Cassazione Massimo Dogliotti, "Adozione legittimante e adozione mite, affidamento familiare e novità processuali", pubblicato sul n. 165, 2009 di *Prospettive assistenziali*, è stato riprodotto sul n. 3, luglio-settembre 2010, dell'autorevole rivista *Il diritto di famiglia e delle persone*.