

1978: ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DEL COMITATO PER LA DIFESA DEI DIRITTI DEGLI ASSISTITI *

FRANCESCO SANTANERA

Di straordinaria importanza è stata (ed è) la legge 23 dicembre 1978 n. 833 che ha radicalmente riformato tutto il settore della Sanità. Infatti l'articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini italiani «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere alla «*tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

* Ventisettesimo articolo sulle attività svolte dal volontariato dei diritti e sui risultati raggiunti. I precedenti articoli pubblicati su questa rivista riguardano: "La situazione dell'assistenza negli anni '60: 50mila enti e 300mila minori ricoverati in istituto", n. 163, 2008; "L'assistenza ai minori negli anni '60: dalla priorità del ricovero in istituto alla promozione del diritto alla famiglia", n. 164, 2008; "Anni '60: iniziative dell'Anfaa per l'approvazione di una legge sull'adozione dei minori senza famiglia", n. 165, 2009; "I minori senza famiglia negli anni '60: rapporti internazionali e appello dell'Anfaa al Concilio ecumenico Vaticano II", n. 166, 2009; "1964: Presentata alla Camera dei Deputati una proposta di legge sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 167, 2009; "Le forti opposizioni alla proposta di legge 1489/1964 sull'adozione legittimante", n. 168, 2009; "Altre iniziative dell'Anfaa per l'approvazione dell'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 169, 2010; "Finalmente approvata la legge 431/1967 sull'adozione legittimante dei minori senza famiglia", n. 170, 2010; "Riflessioni in merito alla svolta socio-culturale promossa dall'adozione legittimante e dal volontariato dei diritti", n. 171, 2010; "Le travagliate prime applicazioni della legge 431/1967 istitutiva dell'adozione legittimante", n. 172, 2010; "Azioni intraprese dall'Anfaa e dall'Uipdm per l'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 173, 2011; "Ulteriori azioni dell'Anfaa e dell'Uipdm per la corretta applicazione della legge 431/1967 sull'adozione speciale e per l'adeguamento funzionale dei Tribunali e delle Procure per i minorenni", n. 174, 2011; "Sollecitazioni e denunce dell'Anfaa e dell'Uipdm per superare le resistenze frapposte all'attuazione della legge sull'adozione speciale", n. 175, 2011; "Altri impulsi dell'Anfaa e dell'Uipdm per la piena e tempestiva realizzazione della legge sull'adozione speciale", n. 176, 2011; "Esperienze in merito alle contribuzioni economiche illegittimamente imposte dagli Enti pubblici del settore socio-sanitario", n. 177, 2012; "Vertenze del Csa contro le illegali richieste di contributi economici ai congiunti degli assistiti", n. 178, 2012; "Altre iniziative del Csa per ottenere il rispetto delle leggi relative alle contribuzioni economiche", n. 179, 2012; "Proseguono le azioni del Csa per la corretta attuazione delle norme vigenti in materia di contribuzioni economiche", n. 180, 2012; "L'assurda e deleteria sentenza della Corte di Cassazione n. 481/1998 sulle contribuzioni economiche", n. 181, 2013; "Il decreto legislativo 130/2000 sulle contribuzioni economiche: un'altra importante conquista del volontariato dei diritti", n. 182, 2013; "Contributi economici illegittimi: ulteriori azioni del Csa volte ad ottenere il rispetto delle leggi vigenti", n. 183, 2013; "Dopo anni di iniziative intraprese dal Csa il Consiglio di Stato conferma le nostre posizioni sui contributi economici", n. 184, 2013; "Attività svolte dall'Ulces e dal Csa negli anni '70 a

Le prestazioni dovevano essere fornite gratuitamente, salvo ticket, nonché (articolo 1) «*senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» (1).

Caratteristiche salienti della legge 833/1978

Sulla base delle succitate norme il Servizio sanitario nazionale era ed è obbligato a curare tutte le persone inferme, senza alcuna esclusione e pertanto comprese quelle colpite dalle cosiddette "malattie rare" o da patologie croniche e da non autosufficienza.

Al riguardo il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) ha osservato che «*la non autosufficienza è la devastante e drammatica conseguenza della gravità della/e patologia/e che colpiscono i malati (...). Questa situazione esige una maggiore e continua attenzione alle condizioni di salute di questi infermi sotto il profilo preventivo, diagnostico e terapeutico, in quanto gli anziani malati cronici non autosufficienti e i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altri tipi di demenza senile sono quasi sempre incapaci di fornire informazioni circa la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche non solo dei dolori di cui soffrono, ma anche relative al sod-*

difesa delle esigenze e dei diritti delle fasce più deboli della popolazione" n. 185, 2014; "L'allucinante situazione degli anziani malati cronici non autosufficienti riscontrata dall'Ulces e dal Csa negli anni '70", n. 186, 2014; "Prime iniziative avviate negli anni '70 dall'Ulces e dal Csa a difesa del diritto alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti", n. 187, 2014; "Presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida ma contestata proposta di legge di iniziativa popolare su sanità e assistenza", n. 188, 2014.

(1) Si tenga presente che prima dell'approvazione della legge 833/1978 vi erano numerosi enti (mutue) che fornivano prestazioni sulla base dei loro statuti (ad esempio vi erano prestazioni ospedaliere garantite gratuitamente solo per una durata predefinita). In ogni Comune era istituito l'elenco dei poveri e cioè delle persone aventi diritto alle cure sanitarie gratuite, comprese quelle ospedaliere. Inoltre, fino all'approvazione della legge 180/1978, erano in vigore le incivili norme della n. 36/1904 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati".

disfacimento delle loro più elementari esigenze vitali (mangiare, bere, ecc.)» (2).

Ricorsi

In base al decreto legislativo 502/1992 i cittadini possono ricorrere contro gli abusi e le manchevolezze dei servizi sanitari. Infatti il comma 5 dell'articolo 14 stabilisce quanto segue: *«Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione competente, al Direttore generale dell'Unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il Direttore sanitario. La presentazione delle predette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale» (3).*

L'inaccettabile comportamento della Regione Piemonte

Nonostante l'entrata in vigore della legge 833/1978 la Regione Piemonte (maggioranza di sinistra e minoranza di centrodestra e di destra) aveva continuato a non rispettare l'allora vigente diritto alle cure ospedaliere gratuite, anche per il fatto che detto illegittimo comportamento era sostenuto dai Sindacati Cgil, Cisl e Uil.

A nulla erano servite le numerose iniziative assunte dall'Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, già Unione italiana per la promozione dei diritti del minore) insieme a diverse altre organizzazioni di base per la presentazione con iniziativa popolare della propo-

(2) Cfr. il documento del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base "Premessa ai ricorsi all'autorità giudiziaria a tutela dei diritti degli anziani cronici non autosufficienti e delle persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile" del 31 luglio 2014, pubblicato sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it.

(3) È altresì possibile richiedere l'intervento dei difensori civici.

sta di legge per il Piemonte "Riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali e costituzione delle Unità locali di tutti i servizi" (4), sia le numerose e motivate denunce riguardanti le frequentissime violazioni dei diritti fondamentali dei soggetti deboli.

A questo proposito ricordo che nel convegno organizzato dall'Assessorato alla sicurezza sociale della Regione Piemonte sul tema "Le autonomie locali per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale", svoltosi il 7 e 8 aprile 1979, avevo affermato quanto segue: *«La situazione attuale è vergognosa, è scandalosa; su questo tema la Regione continua a fare assolutamente nulla. Abbiamo delle situazioni per cui anziani in coma vengono sbattuti fuori dagli ospedali, avviati agli istituti di riposo e crepano nelle autoambulanze. I movimenti di base hanno più volte denunciato che gli anziani lungodegenti e cronici vengono dimessi di forza dagli ospedali o non ammessi quando hanno la necessità di cure non praticabili a domicilio o in ambulatorio. La Regione si è limitata a inviare una letterina agli Enti ospedalieri, lettera che è servita a niente. Si tratta di una colossale violazione dei diritti delle persone. Non si riesce poi a capire perché un giovane, malato di cancro, possa morire in ospedale e questo non sia consentito ad un anziano. Pongo questo problema non soltanto perché questi anziani sono costretti ad andare ad elemosinare un posto in un istituto di assistenza dove, tra parentesi, non potrebbero nemmeno ricoverarlo perché lo statuto non lo consente, e pagare una retta di 15mila lire al giorno, ma soprattutto perché temo, visto l'andazzo che c'è, che la riforma sanitaria si faccia riducendo le spese nel senso di non dare agli anziani, soprattutto a quelli definiti cronici o lungodegenti, l'assistenza cui hanno diritto. Non credo sia una illazione, credo che purtroppo sia una realtà che trova conferma tutti i giorni. Se questa intollerabile situazione dovesse continuare occorrerà arrivare, anche se contro voglia, alle denunce penali».*

Nonostante la drammatica situazione coinvolgesse migliaia di anziani malati ed i rispettivi congiunti, gli Assessori ed i Consiglieri della Regione Piemonte e gli altri Amministratori non avevano né contestato le sopra riportate affer-

(4) Cfr. il mio articolo pubblicato sul n. 188, 2014 di questa rivista.

mazioni, né approvato alcun provvedimento operativo, come se la violazione del diritto alle cure sanitarie fosse un fatto assolutamente normale. I Sindacati Cgil, Cisl e Uil avevano continuato a sostenere le istituzioni, mentre tacevano quasi tutte le organizzazioni sociali di base.

La difesa dei casi personali

Preso atto della brutale determinazione delle autorità regionali e locali di non riconoscere le esigenze ed il diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni curative domiciliari e residenziali sancite dalle leggi vigenti e delle nefaste conseguenze sui pazienti e sui loro congiunti, l'Ulces aveva richiesto al Csa di istituire un apposito gruppo per la tutela personale dei succitati infermi, nonché dei soggetti con handicap intellettuale grave. L'istituzione del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, tuttora funzionante (5), era stata formalizzata nell'ottobre del 1979, anche se le attività erano iniziate nel 1978.

Scopo del Comitato era ed è la difesa delle esigenze fondamentali di vita e dei diritti delle singole persone impossibilitate ad autodifendersi a causa dell'età (minori privi dell'indispensabile sostegno familiare) o della gravità delle loro condizioni di salute (soggetti con handicap intellettuale e limitata o nulla autonomia, pazienti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, infermi con rilevanti disturbi psichiatrici e limitata o nulla autonomia, ecc.).

Per quanto concerne le persone affette da patologie invalidanti e da non autosufficienza, la prevalente attività del Comitato ha riguardato (e riguarda) la consulenza gratuita ai congiunti nella pratica dell'opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura degli infermi necessitanti ancora di cure inderogabili, la denuncia anche penale degli inaccettabili trattamenti subiti dai ricoverati negli ospedali, nelle case di riposo e nelle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), nonché le iniziative contro i vessatori importi delle rette praticate da strutture di ricovero e da Enti gestori delle attività socio-assistenziali.

(5) Dal 1° novembre 2003 la gestione del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti è assicurata dalla Fondazione promozione sociale onlus.

Le prime attività del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti

Come ho precisato in un precedente mio articolo, avevo ritenuto, in pieno accordo con gli altri volontari dell'Ulces, che il problema delle cure sanitarie domiciliari e residenziali degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sarebbe stato presto risolto. Infatti eravamo convinti che, accertata l'esistenza di leggi che garantivano le cure anche a detti infermi, non ci sarebbero state difficoltà rilevanti per ottenere il concreto riconoscimento delle loro esigenze e del loro diritto alle prestazioni. Ad avviso mio e degli altri volontari, le difficoltà potevano riguardare solamente le procedure da predisporre per le cure domiciliari, l'individuazione delle sedi esistenti e da predisporre per le degenze residenziali, nonché la preparazione e l'appiattimento del personale infermieristico e degli altri addetti.

Di conseguenza le iniziative del Comitato erano rivolte da un lato ad assicurare la necessaria consulenza a coloro che chiedevano informazioni e a richiedere alle istituzioni (Presidenti e Assessori regionali, Sindaci, Direttori sanitari e Primari ospedalieri, ecc.) di fornire le prestazioni previste dalla legge.

Partendo dall'errato presupposto sopra indicato, appena era informato dai congiunti in merito alle preannunciate dimissioni da ospedali o da case di cura private di loro familiari anziani malati cronici non autosufficienti, il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, dopo aver fornito le notizie relative ai diritti sanciti dalle leggi in vigore e aver chiarito che le eventuali minacce del personale delle strutture di ricovero («*se non provvedete chiameremo i carabinieri*», «*avverteremo la Procura della Repubblica*», ecc.) erano solamente deplorabili espedienti, interveniva direttamente nei confronti dei responsabili delle relative strutture di degenza e, se necessario, nei riguardi dei responsabili istituzionali.

Gli interventi del Comitato erano sempre positivi anche se molto spesso non erano adeguati ai bisogni degli infermi in quanto essi continuavano ad essere ricoverati nella stessa struttura o venivano inviati dai reparti ospedalieri nelle case di riposo (quasi sempre inadeguate) o, meno spesso, nelle cliniche private convenzionate.

Purtroppo salvo casi rarissimi, le istituzioni

non fornivano alcun sostegno, salvo l'intervento del medico di base, ai familiari che volontariamente decidevano di accogliere a casa loro il congiunto malato cronico non autosufficiente.

In certi casi gli interventi di opposizione alle dimissioni erano svolti dal Comitato sulla base di una delega sottoscritta dal familiare dell'anziano malato cronico non autosufficiente. Si erano però verificate alcune situazioni in cui i deleganti avevano assunto iniziative contrastanti con il mandato ad intervenire rilasciato al Comitato. Ad esempio venivano accettate le dimissioni dagli ospedali, pur avendo incaricato il Comitato di opporsi.

Inoltre questo modo di procedere da un lato deresponsabilizzava i congiunti degli infermi e dall'altro lato il Comitato era costretto ad assumere compiti che non potevano essere adeguatamente assolti dato il numero assai limitato (in genere 2-3 persone al massimo) che ne facevano parte.

Pertanto venne decisa la predisposizione di lettere tipo, la cui compilazione ed invio erano (e sono) di esclusiva competenza del familiare che si oppone alle dimissioni del suo congiunto anziano colpito da patologie invalidanti e da non autosufficienza (6). Analoghe iniziative aveva assunto il Comitato per le altre questioni riguardanti la difesa dei casi personali.

Importanza delle iniziative di difesa dei casi singoli

A mio avviso l'attività di difesa delle esigenze e dei diritti dei casi personali è efficace solamente se viene svolta assieme alle iniziative promozionali dirette ad ottenere dalle istituzioni (Parlamento, Governo, Regioni, Comuni, Asl, ecc.) la piena, corretta e tempestiva attuazione dei diritti sanciti dalle leggi in vigore. Di particolare importanza è altresì la presentazione, da parte delle organizzazioni di tutela dei soggetti deboli, di ricorsi alle Autorità amministrative per l'annullamento dei provvedimenti assunti da Regioni, da Comuni e da altri Enti lesivi dei diritti delle persone non autosufficienti (7).

(6) I testi degli attuali facsimili sono reperibili nel sito www.fondazionepromozionesociale.it.

(7) È altresì assai importante il sostegno delle associazioni di tutela dei soggetti deboli fornito ai cittadini che si rivolgono alla magistratura per la tutela dei diritti delle persone non autosufficienti o per la denuncia di atti penalmente perseguibili.

Inoltre occorre intervenire affinché vengano erogati i finanziamenti necessari, anche se nelle migliaia di casi affrontati dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti mai sono state negate o ritardate le prestazioni che dovevano essere fornite in base alla legge con il pretesto della carenza delle relative disponibilità economiche.

Al riguardo preciso che le richieste vanno sempre avanzate con raccomandata A/R o con analoghi mezzi, citando le leggi di riferimento, richiedendo un riscontro scritto ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990 e non accettando risposte verbali.

Ad esempio, nell'articolo "Attività del Comitato di difesa dei diritti degli assistiti", pubblicato sul n. 49/1980 di *Prospettive assistenziali*, viene riportato quanto segue: «*Intervento compiuto dai parenti, previ accordi con il Comitato, nei confronti dell'ospedale Mauriziano di Torino che aveva richiesto la dimissione della signora F.R. di anni 63, sottoposta ad intervento chirurgico il 12 dicembre 1979 a seguito del quale veniva riscontrato un tumore maligno. Dopo una decina di giorni, nonostante la prognosi infausta e la gravità delle sue condizioni (perdita di conoscenza, presenza di metastasi cerebrali, alimentazione tramite fleboclisi, non autosufficienza), l'ospedale sollecitava le dimissioni della paziente proponendo, tramite il servizio sociale dell'ospedale stesso, il ricovero in istituto per cronici. L'opposizione dei parenti ha impedito le dimissioni. La paziente è poi deceduta in ospedale*».

A volte venivano anche organizzate conferenze stampa. Come risulta dal succitato numero 49/1980 di questa rivista, ne era stata indetta una a sostegno della signora B.P. di anni 73 in merito alle «*dimissioni che l'ospedale Martini di Torino, via Tofane, richiedeva asserendo che la fase acuta della malattia era terminata e che l'ospedale non era competente per il ricovero di anziani cronici. Prima del ricovero in ospedale, per molti mesi, la figlia aveva pagato 18mila lire al giorno in un istituto per cronici e aveva visto l'anziana madre deperire a vista d'occhio. Ricoverata la madre all'ospedale Martini, la figlia veniva in contatto con il Comitato. L'interessata e il Comitato diffidavano l'ospedale a dimettere la paziente in base alle considerazioni riportate nell'editoriale del n. 44 di*

Prospettive assistenziali. *Si sono succeduti incontri con il Primario e il Direttore sanitario. C'è stato altresì un contatto con i Sindacati, che purtroppo finora – nonostante gli impegni assunti – non ha avuto alcun seguito. La paziente è tuttora ricoverata nell'ospedale che la voleva dimettere».*

Le attività concernenti la difesa dei casi personali sono inoltre di estrema importanza in quanto dagli interessati e/o dai loro congiunti vengono riferite notizie, spesso molto importanti, sul trattamento di coloro che frequentano i centri diurni o sono ricoverati. Le informazioni fornite al Comitato riguardavano non solo il comportamento del personale, ma anche gli oneri illecitamente richiesti. Si tratta quindi di notizie di fondamentale rilevanza anche per le iniziative promozionali e per le richieste da avanzare alle istituzioni e agli enti gestori delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il disinteresse dei Sindacati e delle associazioni

Nonostante i positivi risultati ottenuti dal Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti in tutti i casi in cui era stata presentata una opposizione scritta alle dimissioni da ospedali e da case di cura private di anziani malati cronici non autosufficienti, in nessun caso, nemmeno nei confronti dei loro aderenti, i Sindacati Cgil, Cisl e Uil erano intervenuti a difesa del diritto di detti infermi alla continuità delle cure socio-sanitarie.

Purtroppo del tutto assenti erano (e sono) anche quasi tutte le associazioni di tutela dei soggetti deboli e le organizzazioni di volontariato (8).

D'altra parte, salvo casi assolutamente eccezionali, anche i congiunti dei succitati pazienti, ottenuta la continuità terapeutica grazie all'intervento del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, si disinteressavano completamente del problema come se fossero in futuro immuni dalla non autosufficienza, nemmeno disponibili a distribuire volantini predisposti dallo stesso Comitato per diffondere l'informazione sui compiti del settore sanitario.

(8) Una conferma delle mie affermazioni è purtroppo fornita dall'omessa segnalazione dei diritti vigenti nelle pubblicazioni e nei siti delle succitate organizzazioni.

Il sostegno richiesto al Comune di Torino

Soprattutto nella speranza di ottenere dal Comune di Torino un aiuto per il riconoscimento del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, in data 30 gennaio 1979 a nome dell'Ulces avevo inviato al Sindaco di Torino, Diego Novelli, la seguente lettera: «*Ho visitato nei giorni scorsi il ricovero di corso Casale e l'istituto di riposo. Le ristrutturazioni dei due istituti da te patrocinati vanno a mio avviso nella direzione diversa da quella che ritengo giusta. Gli anziani ammalati dovrebbero infatti restare in ospedale, dove le cure, comprese quelle di emergenza, possono essere fornite più tempestivamente e più adeguatamente. La creazione di strutture specifiche non sanitarie per anziani ammalati e cronici, come nel caso di corso Unione Sovietica e di corso Casale, costituiscono inoltre per gli ospedali un incentivo a non praticare interventi riabilitativi agli anziani, favorendo così la loro cronicizzazione e la loro espulsione. In tal modo gli ospedali possono ridurre le spese e i posti letto. Questa è una nuova forma di emarginazione dei più deboli.*

«*Gli investimenti per la trasformazione degli istituti di ricovero sono dunque una spesa logica solo nella linea dell'emarginazione; le spese di gestione degli istituti suddetti, a parità di trattamento, sono certamente superiori a quelle che sarebbero sostenute con la permanenza degli anziani negli ospedali.*

«*Un'ultima annotazione: in un baleno è stata decisa una spesa di 2,3 miliardi per il riadattamento di corso Unione Sovietica (posti letto 195); per creare 38 comunità alloggio per un totale di 300 posti (con una spesa complessiva analoga a quella di cui sopra) sono necessari, se tutto va bene cinque anni.*

«*Non varrebbe la pena, visto che gli anziani ammalati sono delle persone, studiare più a fondo il problema, tenendo anche conto delle norme di legge che prevedono cure gratuite senza limiti di durata nel caso di malattie acute o croniche della vecchiaia e delle esigenze degli anziani?».*

A seguito di questa e di altre numerose e pressanti richieste avanzate dall'Ulces e dal Csa, il Comune di Torino in data 9 marzo 1979 aveva inviato agli Assessori alla sanità e all'as-

sistenza della Regione Piemonte una lettera in cui comunicava che «a partire dal 28 marzo 1979 gli operatori socio-sanitari dei quartieri dovranno richiedere agli ospedali, per tutti i casi di malati definiti cronici, che debbono essere dimessi, una dichiarazione, di cui si allega copia, in sostituzione del questionario già in uso» (9).

La comunicazione del Comune di Torino stabiliva altresì quanto segue: «Gli operatori potranno inoltre avvalersi della consulenza di medici incaricati dall'Ufficiale sanitario per evitare le dimissioni di anziani affetti da malattie specifiche della vecchiaia, di cui al decreto ministeriale del 21 dicembre 1956 allegato e per l'accettazione in ospedale di anziani malati».

Il Csa aveva fortemente appoggiato l'iniziativa del Comune di Torino, anche mediante la distribuzione davanti ad ospedali di alcune migliaia di volantini il cui testo era il seguente.

(9) Testo della dichiarazione rilasciata dall'Ospedale

Al Comune di Torino, Ripartizione XVI Servizi sociali, Via Giolitti, 2 bis - Torino

Il sottoscritto nella sua qualità di dichiara che il sig. ricoverato in ospedale il per i seguenti motivi deve essere dimesso non avendo più alcuna necessità di ricovero ospedaliero.

Condizioni generali attuali:

buone discrete scadenti gravi

Condizioni psichiche:

lucido sì no
 fasi di confusione e disorientamento sì no
 persistente disorientamento spazio-temporale sì no
 fasi di agitazione psico-motoria sì no

Continenza sfinteri:

sfintere vescicale: continente sì no
 sfintere anale: continente sì no

Piaghe da decubito: sì no

Deve essere imboccato: sì no

Deambulazione:

può camminare solo sì no
 può camminare con aiuto sì no
 si sposta con carrozzella sì no
 immobilizzato a letto sì no

Motivo della eventuale ridotta mobilità

Necessità assistenziali (valutabili da: assistenza per pulizia, mangiare, vestirsi, deambulazione, condizioni sfinteriali):

alta media modesta

Può essere accolto in strutture per autosufficienti

sì no

Necessità di trattamento riabilitativo:

sì no
 cure domiciliari sì no
 cure ambulatoriali sì no

Data

Timbro dell'Ospedale

Firma

Gli ospedali rifiutano di curare gli anziani malati cronici

Migliaia di anziani malati, definiti cronici, continuano ad essere dimessi di forza o a non essere accettati dagli ospedali. Quando le cure, per vari motivi, non possono essere praticate a domicilio o presso ambulatori, l'anziano ha diritto all'assistenza ospedaliera **senza limiti di durata**. Inguaribile non vuol dire incurabile!

Le leggi vigenti prevedono il diritto di tutti ad un'assistenza sanitaria e ospedaliera, senza alcuna discriminazione.

Più volte il problema degli anziani cronici è stato segnalato alla Regione Piemonte, ma finora non è stato preso alcun provvedimento concreto per far cessare questi abusi.

Le illegali dimissioni fatte dagli ospedali costringono i parenti a cercare un posto nei cronici e a pagare di tasca propria fino a lire 450.000 al mese.

Non è vero che il numero dei posti letto è insufficiente: occorre riorganizzare gli ospedali per far posto anche ai cronici e ai lungodegenti.

Dal 15 marzo 1979 il Comune di Torino richiede una dichiarazione all'ospedale che l'anziano cronico «non ha più alcuna necessità di ricovero ospedaliero».

Parenti, non accettate che i vostri anziani siano dimessi senza che vi sia rilasciata questa dichiarazione. Parenti, fate valere i vostri diritti: opponetevi alle dimissioni forzate.

Csa - Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, Via Assietta 13 - Tel. 549184. Per informazioni rivolgersi in Via Assietta 13: lunedì dalle ore 18 alle ore 19,30; mercoledì dalle ore 15 alle ore 16; venerdì dalle ore 9 alle ore 11.

Purtroppo, a causa dell'opposizione della Regione Piemonte, dei Sindacati Cgil, Cisl e Uil, dei Direttori sanitari e dei Primari degli ospedali, l'iniziativa del Comune di Torino era quasi subito naufragata (10).

(10) Una analoga iniziativa era stata assunta dal Comune di Brescia. Appena informato mi ero recato in quella città ed avevo

Convegno di Jesolo

Nei giorni 5, 6 e 7 ottobre 1979 aveva avuto luogo a Jesolo il seminario "Interventi sanitari e assistenziali per gli anziani autosufficienti e cronici nelle Unità locali dei servizi" organizzato dall'Ulces e da *Prospettive assistenziali* (11) allo scopo di esaminare le questioni concernenti la definizione dei principi base da assumere per una idonea attuazione della riforma della sanità e per la necessaria e urgente riorganizzazione dell'assistenza, per la gestione a livello locale dei relativi servizi, nonché per una valutazione della crisi della partecipazione, del ruolo degli operatori socio-sanitari e dell'uso dei rilevanti patrimoni delle Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Sulla base delle risultanze del seminario sul tema delle Unità locali svoltosi a Caselle di Salaiole (Firenze) dall'11 al 13 novembre 1977 nella relazione introduttiva avevo ricordato che *«tenendo conto della massima semplificazione possibile degli organi di governo locale, è stata riconosciuta la necessità che alle Unità locali non siano attribuiti solo compiti di gestione dei servizi sanitari e assistenziali, ma anche dei servizi inerenti il diritto allo studio, le attività ricreative, sportive, di tempo libero, la casa e tutte le altre attività e servizi gestibili a livello locale. In tal modo si arriverebbe ad avere a livello locale un unico organo di governo non solo per la gestione dei servizi ma anche e soprattutto un vero e proprio organo di governo complessivo che, essendo più a contatto della popolazione, ne può rappresentare in modo più adeguato le esigenze»*. Avevo altresì precisato che gli organi di governo della Unità locali dovevano essere i Comuni singoli e associati (12).

Inoltre avevo altresì rilevato che *«dopo le numerose e positive conquiste avvenute a partire dal 1967 (anno di promulgazione della legge sull'adozione speciale) nella lotta contro l'emar-*

incontrato gli Assessori comunali. Anche questo tentativo era fallito per gli stessi motivi che avevano determinato la fine del positivo intervento del Comune di Torino.

(11) Il seminario era stato organizzato dal Vice Presidente dell'Ulces, Giacomo Brugnone, che presiedeva anche la Sezione veneta. Avevano preso parte al seminario oltre 100 persone provenienti da 16 Regioni. Gli atti sono stati pubblicati sul n. 49 bis/1980 di questa rivista.

(12) Nella mia relazione introduttiva non avevo fatto alcun riferimento alla legge della Regione Emilia Romagna n. 30/1979 non avendone valutato le devastanti conseguenze. Infatti avevo ritenuto – errore molto grave – che questa legge non sarebbe stata

ginazione sociale, si sta procedendo ora, partendo dalle Regioni economicamente più sviluppate, ad una inaccettabile riorganizzazione del settore assistenziale, mediante il graduale cambiamento dell'utenza degli istituti di ricovero» ed avevo precisato che *«si passa dagli anziani autosufficienti ai cronici, dai minori normali agli handicappati psichici gravi, dai disadattati alle persone con profondi disturbi psichiatrici. Si tratta di persone che non hanno alcuna possibilità di protestare»*.

Avevo altresì sottolineato che *«la ristrutturazione in corso nel settore assistenziale, che è una bruciante sconfitta, è dovuta anche alla caduta della partecipazione, caduta che meriterebbe una analisi approfondita anche al fine di vedere se e come è possibile, tenendo conto dei condizionamenti e degli errori, una ripresa del movimento di base»*. Al riguardo, segnalavo che aveva *«inciso sulla caduta della partecipazione:*

- *l'ingabbiamento in organismi di cogestione (v. organi scolastici) e l'inserimento di molti militanti di base in strutture preposte all'amministrazione;*

- *il cambiamento di posizione dei partiti di sinistra nei confronti dei movimenti di base dopo le elezioni del 1975;*

- *la scarsa consapevolezza da parte di molti movimenti di base sul fatto che la lotta all'emarginazione richiede tempi lunghi (forse è addirittura un problema permanente) e la conseguente mancata individuazione di obiettivi a breve, medio e lungo termine e dei necessari strumenti»*.

Di conseguenza avevo sostenuto che *«nel progetto di riorganizzazione dell'assistenza la quota più numerosa dei ricoverati è e sarà sempre più destinata agli anziani cronici»*, precisando che l'aumento era dovuto soprattutto *«al maggior invecchiamento della popolazione e alla ormai sistematica posizione degli ospedali (Regioni e Comuni consenzienti) che non ammettono gli anziani malati cronici o li dimettono, anche di forza, nonostante le leggi vigenti non lo consentano»*.

Ciò premesso, avevo avanzato la seguente proposta: *«Ritengo che gli anziani cronici che*

applicata in quanto le relative norme erano palesemente illegittime poiché in netto contrasto con le disposizioni della legge nazionale n. 833/1978. La questione sarà presa in esame nel mio prossimo articolo che avrà questo titolo "1979: la Regione Emilia Romagna tira la volata contro il già allora vigente diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere gratuite".

richiedono cure non praticabili a domicilio o in ambulatori debbano essere curati negli ospedali, ospedali che devono essere concepiti e organizzati in modo molto diverso da quello attuale, tenendo conto cioè di tutte le esigenze dell'utenza e non solo di quelle sanitarie. In primo luogo l'organizzazione degli ospedali dovrà essere fondata sui dipartimenti. Particolarmente urgente è l'istituzione dei dipartimenti di accettazione e di emergenza con compiti anche di filtro al fine di evitare i ricoveri inutili. Inoltre, fatte ovviamente salve le esigenze igieniche, dovrà essere favorita la presenza responsabile e la collaborazione effettiva dei parenti, conoscenti o volontari. In particolare si può ipotizzare il ricovero dei cronici nei dipartimenti di medicina generale, senza creare però strutture speciali. In detti dipartimenti dovrebbe essere assicurata la necessaria consulenza geriatrica».

Le richieste dell'Ulces e del Csa in merito alle cure residenziali

Contrariamente a quanto veniva allora affermato e viene tuttora ripetuto dagli esperti e dagli amministratori, ritenevo e ritengo che, nei casi in cui le cure domiciliari non siano praticabili, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile dovrebbero essere ricoverate presso gli ospedali, com'era d'altra parte previsto dalla legge 132/1968 (13). In questi casi il costo della degenza ospedaliera, a parità di prestazioni, è inferiore a quello derivante dal ricovero presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali. Infatti se questi infermi vengano curati negli ospedali, le spese per le attività amministrative, per la mensa e per le direzioni sanitarie sono inferiori a quelle delle Rsa in quanto è possibile l'utilizzo delle strutture e del personale ospedaliero in servizio. Inoltre non è necessario il trasporto dei malati dalle Rsa agli ospedali nelle frequentissime emergenze e in tutti i casi in cui vi è la necessità dell'utilizzo di apparecchiature non presenti nelle Rsa e non inseribili a causa dei rilevanti costi e del loro limitato utilizzo.

(13) Nei casi di degenza ospedaliera dei malati cronici non autosufficienti potrebbe essere attuata la vigente normativa sulle contribuzioni economiche ponendo a carico dei ricoverati, sulla base delle loro personali risorse economiche e tenendo conto dei loro eventuali obblighi familiari (ad esempio il mantenimento del coniuge), la quota alberghiera attualmente dovuta nei casi di ricovero presso le Rsa.

Occorre altresì tenere nella dovuta considerazione che la degenza negli ospedali evita agli infermi di subire i traumi derivanti dai succitati trasferimenti. **D'altra parte è ovvio che se negli ospedali vengono fornite le stesse prestazioni socio-sanitarie assicurate dalle Rsa, oltre a realizzare le economie sopra indicate, le altre spese sono identiche.**

Se questa proposta non risolvesse tutti i casi e vi fosse la necessità della creazione di strutture apposite (che non dovrebbero avere le carenze delle Rsa), si otterrebbe comunque, a parità delle spese, il fondamentale riconoscimento della connotazione degli anziani malati cronici non autosufficienti ivi ricoverati come veri e propri infermi da curare, com'era sancito dall'articolo 1 della legge 132/1968 in cui veniva precisato che «l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri», e che il successivo articolo 22 prevedeva l'istituzione negli ospedali generali provinciali di reparti di geriatria e per ammalati lungodegenti.

La richiesta avanzata dall'Ulces e dal Csa volta ad ottenere la degenza degli anziani malati cronici non autosufficienti negli appositi reparti degli ospedali, sostenuta anche da Monsignor Giovanni Nervo, all'epoca Vice Presidente nazionale della Caritas italiana (14), non era stata presa in considerazione dagli amministratori nazionali e locali e dagli esperti, ma è stata recentemente riconsiderata (15).

Un piccolo risultato positivo

Mentre il fallimento della sopra descritta iniziativa del Comune di Torino aveva causato l'immediato aumento delle dimissioni dagli ospedali e dalle case di cura private degli anziani malati cronici non autosufficienti, a seguito delle lunghe e spesso estenuanti attività svolte dall'Ulces e dal Csa era stato possibile ottenere un piccolo ma significativo risultato positivo.

Infatti con la delibera approvata dal Consiglio

(segue alla pag. 29)

(14) Cfr. Mons. Giovanni Nervo, Ammalarsi giovani o morire in fretta, *Italia Caritas*, n. 3 marzo 1986.

(15) Cfr. sul sito www.fondazionepromozionesociale.it la documentazione relativa al convegno "La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile", svoltosi a Torino il 27 giugno 2014, organizzato dalla Società di gerontologia e geriatria Piemonte e Val d'Aosta e la Fondazione promozione sociale onlus.

comunale di Torino il 2 aprile 1980 veniva stabilito che il Comune assumeva a proprio carico, con rimborso da parte della Regione Piemonte, *«il pagamento delle spese di ricovero presso istituti di tutti gli anziani non autosufficienti per la parte sanitaria quantificando detta parte nella misura della differenza tra la retta per non autosufficienti e quelle per autosufficienti in atto presso il singolo istituto»*.

In concreto i ricoverati ed i parenti, invece della somma di 18-24mila lire al giorno imposta per i soggetti non autosufficienti, dovevano versare “solo” l'importo di 8-10mila lire previsto per gli anziani autonomi. Nello stesso tempo l'assunzione da parte della Regione Piemonte della quota sopra indicata, confermava, anche se in misura molto limitata, la competenza del Servizio sanitario nazionale in merito agli anziani malati cronici non autosufficienti.

Anche in questo caso, come capita quasi sempre, la stragrande maggioranza dei parenti degli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati negli istituti di assistenza di Torino, ottenuta la consistente riduzione della retta, si era completamente disinteressata delle questio-

ni riguardanti il diritto alle cure sanitarie, sancito dalle leggi allora vigenti.

Tutto l'enorme peso del problema era ancora una volta caduto sull'Ulces, sul Csa e sul Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti.

Gli impegni erano assai gravosi in quanto le istituzioni (Parlamento, Governo, Regioni, Comuni, Asl, ecc.), i Partiti, i Sindacati e quasi tutte le organizzazioni di tutela dei soggetti deboli continuavano a negare il diritto alle cure ospedaliere degli anziani malati cronici non autosufficienti nei casi in cui non erano effettivamente praticabili le prestazioni domiciliari (esclusivamente supportate – ma non sempre – dai medici di medicina generale) e nulla facevano – salvo dichiarazioni fuorvianti – perché questo diritto venisse attuato.

Nonostante questa deprimente situazione determinata dall'abbandono delle iniziative sociali da parte di coloro che avevano ottenuto positivi risultati di interesse personale, l'Ulces, il Csa e il Comitato avevano continuato nella loro difficile attività di promozione dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e di difesa dei casi singoli.