

ULTERIORI AZIONI DELL'ULCES E DEL CSA A DIFESA DELLE ESIGENZE E DEI DIRITTI DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI *

FRANCESCO SANTANERA

All'inizio del 1981 l'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale (1), era stata informata che l'Amministrazione provinciale di Torino non aveva ancora dato piena attuazione alla legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, poiché continuava ad assistere oltre mille anziani e adulti già ricoverati presso le strutture manicomiali, nonostante dal 1° gennaio dello stesso 1981 le prestazioni dovessero essere fornite esclusivamente dalla Sanità. Questa situazione era assai allarmante anche perché l'Amministrazione provinciale di Torino aveva scaricato i mille e più malati in varie strutture non sanitarie, con oneri a carico della stessa Amministrazione e non aveva neppure un solo operatore per i necessari controlli.

D'altro lato l'illegittimo omesso trasferimento degli infermi psichiatrici alle Unità sanitarie loca-

li era stato deciso sulla base dell'inaccettabile principio dell'incurabilità dei malati definiti lungodegenti.

Si trattava inoltre di una iniziativa avente finalità analoghe alla leggi dell'Emilia Romagna n. 30/1979, del Veneto n. 45/1979 e della Toscana n. 20/1980 approvate per emarginare i vecchi cronici non autosufficienti nelle strutture dell'assistenza/beneficienza, denominate residenze protette (2).

Pertanto mi ero rivolto all'Assessore all'assistenza della Provincia di Torino, Fernando Gattini, per evidenziargli l'estrema gravità della decisione che aveva assunto; non avendo ricevuto alcuna risposta rassicurante avevo chiesto al consigliere Adriano Andruetto di presentare un'interrogazione urgente, depositata il 9 marzo 1981.

Il 4 maggio successivo l'Assessore Gattini aveva fornito risposte in netto contrasto con le esigenze ed i diritti esigibili dei malati. Infatti aveva affermato quanto segue: «*Effettivamente sono rimasti di competenza della Provincia i*

* Ventinovesimo 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 econo-

miche", 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 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; "1978: presentata al Consiglio regionale del Piemonte una valida ma contestata proposta di legge di iniziativa popolare su sanità e assistenza", n. 188, 2014; "1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale e del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti", n. 189, 2015; "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", n. 190, 2015.

(1) Dal 1975 l'Uipdm (Unione italiana per la promozione dei diritti del minore) aveva assunto l'attuale denominazione Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale).

(2) Cfr. il precedente mio articolo pubblicato su questa rivista.

dimessi dei vari ospedali psichiatrici (oltre mille) i quali non avendo più bisogno di interventi psichiatrici specialistici, hanno trovato sistemazione in strutture diverse: case di riposo, pensioni, case albergo, ecc., con rette o sussidi a carico della Provincia».

Dunque l'Amministrazione provinciale aveva espulso dalle competenze del Servizio sanitario oltre mille malati con il deplorabile pretesto, escogitato dagli amministratori provinciali insieme ai medici ed ai sindacati di categoria, che si trattava di infermi non necessitanti di interventi psichiatrici specialistici.

Inoltre era inaccettabile che, in violazione alla legge 833/1978, questi infermi fossero costretti a contribuire economicamente al pagamento delle spese relative al loro illegittimo ricovero presso strutture quasi sempre inadeguate, che li avevano accolti abusivamente, non essendo in possesso delle preventive autorizzazioni previste dalla legge.

Inoltre l'Assessore Gattini non aveva assunto alcun impegno volto all'urgentissima definizione del problema. Al riguardo si era limitato a sostenere quanto segue: «*Riteniamo giusto e indispensabile superare questa situazione con strutture alternative, tramite comunità alloggio, mini-alloggi, ecc.*», precisando però che «*per rispondere a questi bisogni occorrono oltre a notevoli investimenti anche tempi non brevi*» e che «*con le sole risorse della Provincia sarà impossibile rispondere a tutti i bisogni*». Aveva altresì aggiunto che «*questa Amministrazione ha già predisposto un primo intervento per l'acquisizione di strutture onde dare risposte al problema, anche se ci rendiamo conto che tale intervento non copre le esigenze, ma rimane un primo avvio*».

Pertanto l'Assessore non solo aveva segnalato l'assunzione di iniziative dirette all'esercizio da parte della Provincia di Torino di competenze assegnate dalla legge 833/1978 al Servizio sanitario nazionale, ma aveva anche posto le basi per attribuire al settore dell'assistenza/beneficienza delle Amministrazioni provinciali la gestione delle relative attività (3).

(3) A questo riguardo ricordo che, fino all'approvazione della legge 833/1978, in base alla quale le prestazioni concernenti tutti i malati erano state trasferite alla competenza del Servizio sanitario nazionale, le attività riguardanti le persone colpite da patologie psichiatriche erano gestite dagli Assessorati all'assistenza delle Province.

Inoltre ero rimasto sconcertato dalle parole dell'Assessore Gattini («*L'Amministrazione ritiene giusto, in quanto corrisponde alla linea del decentramento dei servizi sul territorio, il trasferimento alle Usl di tale servizio e condivide la proposta di legge regionale sul coordinamento dell'assistenza, con la quale si prevede il passaggio alle Usl di tutto il problema assistenziale*») in quanto non solo veniva confermata la decisione della Provincia di Torino di non attuare la legge 833/1978, ma venivano anche poste condizioni per rinviarne (*sine die?*) l'esecuzione.

Il boicottaggio dell'Amministrazione provinciale di Torino nei confronti della legge 833/1978 ed i ricoveri dei malati psichiatrici disposti presso strutture assolutamente inadeguate (case di riposo e addirittura pensioni e alberghi) aveva costretto l'Ulces e il Csa ad assumere anche la tutela dei diritti e delle esigenze di questi infermi, con il conseguente notevole aggravamento dei già pesanti impegni del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti (4).

Il disegno di legge n. 1429/1984 del Ministro della sanità

Anche il Ministro della sanità Costante Degan aveva tentato di trasferire dal Servizio sanitario nazionale al settore dell'assistenza/beneficienza la competenza ad intervenire nei riguardi dei così detti lungodegenti psichiatrici (5). Infatti, in accordo con i Ministri dell'interno, di grazia e giustizia, del tesoro, della pubblica istruzione e dei lavori pubblici, in data 15 marzo 1984 aveva presentato alla Camera dei Deputati il progetto di legge n. 1429 il cui articolo 3 aveva lo scopo di modificare le norme delle leggi 180 e

(4) Gli interventi dell'Ulces e del Csa, compresi quelli riguardanti la difesa dei casi personali, avevano contribuito alla predisposizione del testo della delibera del 31 luglio 1986 n. 245 del Consiglio regionale del Piemonte "Approvazione dei criteri per l'individuazione delle attività socio-assistenziali locali". Era ed è estremamente importante osservare che in detto provvedimento, come da specifica richiesta del Csa, era stato riconosciuto che l'assegno terapeutico erogato ai malati psichiatrici non ricoverati «*si configura come un intervento alternativo al ricovero perché consente alla persona di riappropriarsi della propria autonomia e autodeterminazione nell'ambito di un progetto terapeutico-riabilitativo e, come tale, di esclusiva competenza del Servizio di tutela della salute mentale*».

(5) Si osservi che la parola "lungodegenti" esprime una condizione assai indeterminata per cui sono state e sono possibili da parte dei servizi preposti alle cure le più singolari interpretazioni strumentali, soprattutto quelle dirette ad emarginare i pazienti scomodi.

833/1978 riguardanti il superamento degli ospedali psichiatrici, stabilendo «la loro trasformazione in istituti di riabilitazione per lungodegenti che opereranno fino al totale esaurimento dei lungodegenti ricoverati», ma con la possibilità del loro utilizzo anche per l'attivazione dei previsti «servizi di assistenza socio-sanitaria attuata presso strutture e residenze apposite per i trattamenti protratti» previsti dall'articolo 1 dello stesso disegno di legge (6).

Prosegue l'emarginazione degli anziani malati cronici

Anche la nuova Giunta della Regione Piemonte, costituita a seguito delle elezioni del 1980, condividendo le succitate posizioni emarginanti delle Regioni Emilia Romagna, Toscana e Veneto, aveva deciso di promuovere la creazione delle case protette, istituite e gestite dal settore dell'assistenza/beneficenza, per il ricovero degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle altre persone con autonomia limitata o nulla. Allo scopo con la delibera n. 37/1980 aveva stanziato ben mezzo miliardo delle ex lire a favore dei Comuni e degli enti pubblici e privati per la costruzione, l'ampliamento e la ristrutturazione di case di riposo e di case albergo.

Inoltre nella propria legge n. 7/1982 relativa all'approvazione del Piano socio-sanitario per il triennio 1982-84, la Regione Piemonte aveva precisato che le case protette dell'assistenza/beneficenza erano predisposte anche per le persone con rilevanti problemi di salute. Infatti l'articolo 4 stabiliva che la casa protetta «è destinata ad ospitare cittadini in regime di assistenza tutelare che, per la richiesta di continuità, non può essere garantita né a domicilio, né dalle comunità alloggio. La richiesta di assistenza tutelare viene espressa particolarmente da persone in stato di grave o totale invalidità, da portatori di esiti di malattie che hanno lasciato gravi invalidità permanenti o forte deterioramento motorio (quali postumi di vasculopatie acute, artropatie gravemente invalidanti e simili – si citano ad esempio – i giovani affetti da malattie

neuromotorie), da persone il cui equilibrio si scompensa facilmente e che alternano periodi di equilibrio a sempre più lunghi periodi di scompenso (cardio-pneumoartropatie), da persone, ancora, che presentano fenomeni o di grande senilità o di confusione mentale o incapaci di svolgere funzioni che si succedono correntemente: lavarsi, pettinarsi, asciugarsi, ecc., che ne saltano alcune o lasciano incompiuto l'atto che volevano formulare, da persone incapaci di determinare l'uso del tempo e da persone affette da incontinenza». **In sostanza dovevano essere ricoverate nelle case protette – magari anche promiscuamente – le persone giovani, adulte e anziane che Papa Francesco ha definito “lo scarto”.**

Le posizioni delle istituzioni

A causa delle spietate, a volte anche brutali iniziative delle istituzioni, rese molto difficili da affrontare a seguito del sostegno fornito in tutte le zone del nostro Paese dai sindacati e da quasi tutte le organizzazioni sociali, l'Ulces e il Csa erano rimasti praticamente isolati per quanto concerne le richieste rivolte all'attuazione del diritto alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata, ospedalizzazione compresa, degli anziani malati cronici non autosufficienti. Nello stesso tempo si era notevolmente ridotto il numero dei volontari disponibili ad intervenire. Di conseguenza l'Ulces e il Csa, pur continuando nella loro attività di promozione dei diritti, incontravano ostacoli assai rilevanti nelle loro iniziative dirette ad ottenere provvedimenti adeguati alle esigenze dei malati inguaribili che – come dovrebbe essere ovvio – dovevano e devono essere curati. Rilevante era anche la questione della copertura degli oneri a carico dell'Ulces e del Csa (stipendi, affitto della sede e altre spese): le relative contribuzioni erano (e sono) accettate esclusivamente nei casi in cui non ne veniva compromessa l'assoluta autonomia operativa.

Attività del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti

Molto validi erano gli interventi del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti volti alla tutela dei casi singoli: opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura degli infermi

(6) Cfr. gli articoli pubblicati sul n. 66, 1984 di *Prospettive assistenziali*: “Tentativi di rilancio della segregazione dei più deboli”; Enrico Pascal, “Legge 180 e proposte di revisione: riforma di quale riforma?”; “Raffronto del disegno di legge governativo di modifica dell'assistenza psichiatrica con le norme vigenti”.

non curabili a domicilio, contestazione dei contributi economici illegittimi richiesti per le degenze nelle Rsa, blocco delle ingiustificate spese aggiuntive dalle rette, ecc.

A questo riguardo occorre precisare che le iniziative del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti erano (e sono) di fondamentale e insostituibile importanza per l'ottenimento, da parte delle persone colpite da patologie e/o da handicap invalidanti, dei diritti sanciti dalle leggi, anche perché poneva e pone sempre le istituzioni ed il relativo personale nella condizione di dover prendere atto degli aspetti negativi e giuridicamente insostenibili dei provvedimenti assunti. Fino a quando la difesa dei casi personali non riguarderà un numero consistente di persone, i risultati positivi saranno limitati. Raggiunta la "massa critica" del numero dei casi di persone nei cui riguardi le amministrazioni sono state soccombenti, le istituzioni coinvolte sono sempre state costrette ad approvare provvedimenti più adeguati alle esigenze degli utenti.

Purtroppo succedeva molto spesso che le persone, dopo aver ottenuto quanto richiesto, non accettassero più di collaborare con il Comitato, nemmeno per fornire informazioni corrette a coloro che si trovavano nelle identiche loro precedenti necessità.

Un inquietante aumento delle dimissioni ospedaliere

Dai dati forniti dall'ospedale Molinette (cfr. la lettera del Csa al Sindaco di Torino del 14 ottobre 1981) emergeva un aumento inquietante delle illegittime dimissioni di anziani malati e non autosufficienti. Risultava infatti che per il ricovero in cronici ne erano stati segnalati al Comune di Torino 60 nel 1979, 121 nel 1980 e 75 nei primi mesi del 1981. Nello stesso periodo i pazienti trasferiti dalle Molinette in strutture per lungodegenti (Eremo di Lanzo, Bagnolo Piemonte e San Dalmazzo in provincia di Cuneo, erano stati 420 nel 1979, 638 nel 1980 e 485 nei primi mesi del 1981. Inoltre, per la continuità delle cure presso case di cura private (S. Michele di Albenga, Villa Ida di Lanzo, ecc.), erano stati trasferiti 105 infermi nel 1979, 249 nel 1980 e 217 nei primi mesi del 1981.

Appena in possesso di questi dati il Csa aveva fatto presente al Sindaco di Torino che «l'allon-

tanamento di centinaia di persone dalla Città di Torino e dai loro familiari è un fatto molto grave che esigerebbe iniziative per evitare che continui questa assurda situazione purtroppo in continuo aumento» (7).

Allo scopo di rendere note le condizioni negli anni '80 degli anziani malati cronici non autosufficienti di Torino, riporto i titoli più significativi di alcuni giornali precisando che in quasi tutte le altre zone del nostro Paese il trattamento di questi infermi era spesso ancora peggiore (8).

(7) Purtroppo ancora attualmente gli anziani malati cronici non autosufficienti di Torino sono ricoverati nelle case di cura di Arignano, Lanzo, Pianezza, San Carlo Canavese situate a 20-40 chilometri dalla Città, con le conseguenti difficoltà di spostamento dei congiunti che spesso hanno più di 80 o anche di 90 anni. Ne deriva una forte riduzione del possibile sostegno morale e materiale dei familiari, aspetto molto negativo per i malati. Poiché questa situazione dura da decenni è evidente il disinteresse finora manifestato dagli amministratori della Regione Piemonte, delle Asl e del Comune di Torino. Anche su questo aspetto di rilevante importanza nessuna iniziativa è stata finora intrapresa dai sindacati, compresi quelli dei pensionati e dalle organizzazioni sociali (Acli, Gruppo Abele, Sermig, Caritas, ecc.).

(8) "Il dramma degli anziani - Vecchio e malato? - Mandatelo a morte. Indagine della Magistratura sulla fine di una donna di 89 anni e 37 chili di peso", *La Stampa*, 22 ottobre 1980; "Per la morte di un'anziana paziente. Astanteria Martini. Partono le accuse. La denuncia alla Procura. La triste odissea di molti malati cronici «dimessi» dagli ospedali", *Gazzetta del Popolo*, 22 ottobre 1980; "Assemblea all'Astanteria Martini. I nostri ospedali non sono in grado di curare i cronici". *L'Unità*, 25 ottobre 1980; "Irruzione in un albergo di Robassomero: cinque persone denunciate. Gli anziani prigionieri nell'ospizio maltrattati e chiusi a chiave in camera", *Stampa sera*, 6 aprile 1981; "La burocrazia e l'abbandono umiliano una madre di 79 anni gravemente malata. Chi avrà cura della signora Agata?", *La Stampa*, 14 agosto 1981; "Grave denuncia del Tribunale dei diritti del malato. Le disavventure di una persona 85enne in un ospedale torinese", *La Voce del Popolo*, 17 gennaio 1982; "Sabato alla Regione la prima seduta pubblica del Tribunale dei diritti dei malati - Ospedali, spesso aziende disumane - Cinquanta pazienti denunciano", *Cronache chieresi*, 30 aprile 1982; "Alcune dolorose testimonianze dei pazienti - Mi trattano come un oggetto da dimettere al più presto possibile", *Il Nostro Tempo*, 2 maggio 1982; "Denuncia sul livello di assistenza: parla un volontario davanti al Tribunale dei malati - Dossier sulla condizione dei poveri vecchi", *Gazzetta del Popolo*, 20 novembre 1982; "Se l'incendio scoppiasse in un istituto di riposo? Denuncia delle associazioni a tutela degli anziani e degli invalidi: «L'autorità controlli anche la sicurezza di istituti e ospizi»", *La Stampa*, 21 febbraio 1983; "Così si difende il direttore del ricovero di Verrua Savoia in carcere per maltrattamenti: «Solo calmanti e qualche ceffone»", *La Stampa*, 11 aprile 1983; "Una serie di denunce al Tribunale del malato mette in mostra colpevoli deficienze. Se un vecchio è invalido l'ospedale ti rifiuta anche le cure essenziali", *Stampa sera*, 5 dicembre 1983. Da segnalare anche i due esposti presentati dal compianto Giacomo Brugnone, Vice Presidente nazionale dell'Ulces contro la Regione Veneto «per il trattamento cui sono sottoposti gli anziani malati cronici». Cfr. gli articoli "La Usl di Venezia accusata di truffa. Sanità, denunciata la Regione Veneto", *La Repubblica*, 15 settembre 1982 e Giacomo Brugnone, "Due esposti all'Autorità giudiziaria per le discriminazioni cui sono sottoposti gli anziani malati cronici", *Prospettive assistenziali*, n. 60, 1982. Su questa stessa rivista erano state segnalate alcune situazioni disumane: "Siamo ancora il Paese dei Celestini", n. 59,

L'inutile richiesta di aiuto all'Ordine dei medici

Preso atto che gli anziani malati cronici non autosufficienti continuavano «ad essere dimessi dagli ospedali, nonostante che da anni abbiano diritto all'assistenza sanitaria, compresa quella ospedaliera senza limiti di durata (v. legge 4 agosto 1955 n. 692, decreto del Ministro del lavoro 21 dicembre 1956, leggi 18 febbraio 1968 n. 132 e 23 dicembre 1978 n. 833)», il Csa in data 16 febbraio 1982 aveva chiesto l'intervento dell'Ordine dei medici della Provincia di Torino.

Assai deludente la risposta fornita al Csa dal Presidente dell'Ordine, Danilo Poggiolini in cui pur essendo stata riconosciuta «la grande rilevanza sociale ed umana» della questione «specie in relazione a degenti anziani cronici i quali, se dimessi rischiano talora di restare privi di assistenza», veniva evidenziato che «attualmente il problema "dimissioni", in attesa di esplicita normativa, risulta regolato dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969 n. 128, il quale dispone: "Il primario (...) ha la responsabilità dei malati (...) formula la diagnosi definitiva e provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici e alle cure, e dispone la dimissione degli infermi (...)».

Pertanto, secondo l'Ordine dei medici della Provincia di Torino «su tale presupposto il dimissionamento di qualunque malato è un compito squisitamente tecnico quale l'accertamento dello stato della malattia e delle esigenze dell'infermo, in relazione alle esigenze dell'ospedale».

L'Ordine dei medici aveva quindi segnalato di aver proposto questi criteri: «a) non dimettere il paziente moribondo; b) non dimettere il paziente ancora suscettibile di miglioramento, anche se grave; c) dimettere gli anziani solo se i servizi sociali sono in grado di garantire una sistemazione alternativa di assistenza; d) istituire reparti di gerontologia collegati con i reparti di medicina: mantenere cioè "un cordone ombelicale" tra il reparto di cura e quello riservato prevalentemente all'assistenza per i non autosufficienti».

1982, nonché "Operatori di una casa di riposo sotto processo: la sentenza di Mestre" e "Anziani da buttare", n. 64, 1983.

Senza alcun esito la replica del Csa dell'11 maggio 1982 in cui, precisato che mai il Csa aveva messo in discussione «il potere-dovere dei primari in merito alle responsabilità ad essi attribuite dalla legge», veniva rilevato quanto segue: «Non riteniamo invece che i primari, i direttori sanitari e l'altro personale medico abbiano il diritto di dare informazioni non corrette ai pazienti e ai loro familiari circa "la competenza degli ospedali solo per gli acuti" e il non diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere». Senza risposta era altresì rimasta la richiesta di «un incontro fra codesto Ordine e il Csa (...) per individuare le eventuali auspiccate convergenze sulla soluzione del problema».

Una importante manifestazione del Csa

Nonostante le enormi difficoltà frapposte dalla Regione Piemonte e dai relativi partiti di maggioranza (Pci e Psi) e di minoranza, fortemente sostenuti dai Sindacati – compresa la categoria dei pensionati – Cgil, Cisl e Uil, e la deludente risposta dell'Ordine dei medici (9), l'Ulces e il Csa avevano continuato a premere per ottenere il rispetto delle esigenze e dei diritti dei cittadini in gravi difficoltà.

Ricordo in particolare la manifestazione indetta dal Csa il 26 giugno 1982 con una numerosa partecipazione di cittadini, in cui «nel richiamare ancora una volta l'attenzione della Regione Piemonte sul problema degli handicappati, con particolare riguardo a quelli gravi e agli anziani cronici non autosufficienti» veniva richiesto alla Regione Piemonte «di predisporre un piano di emergenza, da attuarsi entro il 1984, per la costituzione in ciascuna delle Unità sanitarie locali che ne sono prive (...) di: un servizio di assistenza domiciliare rivolto anche ai soggetti di cui sopra; adeguate prestazioni di tipo economico; (...) la riduzione di almeno il 25% degli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati in istituti, riduzione da attuarsi con l'attri-

(9) L'Ordine dei medici non aveva dato alcun seguito alla istituzione dei reparti di gerontologia, né aveva assunto iniziative in merito alle illegittime dimissioni ospedaliere disposte addirittura nei confronti di infermi moribondi o con gravi patologie ancora in fase acuta e non era intervenuto nei riguardi dei primari e degli altri operatori sanitari che fornivano false informazioni asserendo che competeva ai congiunti assicurare la prosecuzione delle cure degli anziani malati cronici non autosufficienti.

buzione dei compiti relativi alle strutture sanitarie e mediante l'ospedalizzazione a domicilio» (10).

L'importante ma disattesa circolare del 25 novembre 1982

Fra le altre iniziative intraprese dall'Ulces e dal Csa ricordo le numerose e continue sollecitazioni rivolte al Comune di Torino (Sindaco e Assessore alla sanità e all'assistenza) e al Presidente del Comitato di gestione dell'Unità sanitaria locale Torino 1-23.

A seguito delle continue insistenze e soprattutto a causa della risonanza della succitata manifestazione, finalmente in data 25 novembre 1982 l'Assessore alla sanità e all'assistenza del Comune di Torino e il Presidente del succitato Comitato avevano inviato alle Direzioni sanitarie delle strutture ospedaliere, ai primari delle relative divisioni e ai servizi sociali ospedalieri e territoriali una circolare in cui veniva ricordata che la precedente comunicazione del 1° aprile 1981 «*stabiliva che i soggetti anziani in fase terminale o con grave compromissione dello stato fisico generale per patologia in fase evolutiva fossero certamente assistiti in sedi ospedaliere, a meno di diversa scelta e possibilità del paziente e/o della famiglia*».

Al riguardo nella circolare veniva evidenziato che «*dall'attività di controllo degli organismi preposti al controllo e vigilanza sulle strutture assistenziali per anziani cronici è emerso che le disposizioni sono state molto spesso eluse*» e che «*in conseguenza gli anziani cronici che versano nelle condizioni cliniche proprie della fase terminale o di grave compromissione generale non hanno usufruito prevalentemente del necessario e garantito trattamento sanitario presso le sedi ospedaliere, ma sono stati ricoverati per lo più in strutture assistenziali non competenti e non attrezzate al fine delle necessarie cure sanitarie*».

(10) Per quanto concerne le persone con disabilità intellettiva veniva altresì richiesta alla Regione Piemonte la creazione «*in ciascuna delle Unità sanitarie locali che ne sono prive di almeno una comunità alloggio di 8/10 posti per handicappati gravi e almeno un centro diurno socio-terapeutico al massimo di 25/30 posti*». Inoltre veniva sollecitata la creazione di «*almeno un servizio ambulatoriale di riabilitazione per minori, adulti, anziani in ciascuna Unità sanitaria locale*». Erano altresì segnalati i più importanti problemi irrisolti nei settori della sanità, dell'assistenza sociale, della casa, della formazione professionale e dell'inserimento lavorativo delle persone con handicap.

Pertanto «*al fine di ovviare a tali insufficienze si dispone:*

«*a) gli anziani con riacutizzazione di patologie croniche non trattabili ai tradizionali livelli di medicina di base ambulatoriale e domiciliare e che richiedono l'intervento sanitario devono essere ricoverati nelle strutture ospedaliere;*

«*b) gli anziani cronici con grave compromissione dello stato fisico generale per patologia in fase evolutiva, provengano o no da strutture assistenziali, devono poter essere accolti nei presidi sanitari secondo le competenze nosologiche per tutto il periodo di decorso delle condizioni patologiche che hanno reso necessario il ricovero ospedaliero;*

«*c) non devono essere dimessi dall'ambiente ospedaliero i soggetti anziani in fase terminale, o con grave compromissione dello stato fisico generale, salvo che venga concordata col paziente e gli eventuali parenti la sua dimissione*».

Nella circolare inoltre erano precisate le seguenti norme procedurali da osservare:

— «*gli anziani cronici di cui al punto c) possono essere dimessi quando il paziente accetti la dimissione e la famiglia dichiara espressamente di essere in grado di assisterlo al proprio domicilio;*

— «*qualora l'anziano non più autosufficiente sia dimissibile e l'unica possibilità sia il ricovero in strutture assistenziali, l'ospedale deve comunicare preventivamente la necessità delle dimissioni ai Servizi sociali del quartiere di residenza;*

— «*il Servizio sociale è impegnato a trovare una sede opportuna di ricovero nel più breve tempo possibile e l'ospedale a trattenere l'ammalato finché tale sede non viene reperita;*

— «*ai fini di garantire uniformità di comportamento ed adeguata attuazione delle disposizioni e procedure indicate verrà istituita una apposita Commissione centrale con rappresentanti dei servizi sociali e sanitari. A tale Commissione potranno essere sottoposte dai servizi sociali, le schede tecniche. Tale Commissione esprime il proprio parere e ad essa i servizi sociali e sanitari si atterranno*».

Per quanto concerne le sopra riportate disposizioni è assai significativo che il Presidente del Comitato di gestione dell'Asl Torino 1-23 e l'Assessore alla sanità e all'assistenza del Comune di Torino non abbiano volutamente

inserito nella circolare alcun riferimento alla legge 833/1978 che stabiliva (e stabilisce) – lo ripeto nuovamente – che il Servizio sanitario nazionale doveva (e deve) assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», norma che ovviamente deve essere attuata anche nei riguardi degli anziani malati cronici non autosufficienti.

Il costoso espediente utilizzato dai primari ospedalieri per le dimissioni

Mentre – com'è ovvio – i primari ospedalieri, nei casi in cui i congiunti non accettino volontariamente di assumere sotto la loro diretta responsabilità e a loro spese i compiti assegnati dalla legge al Servizio sanitario nazionale, dovevano e devono dimettere dal loro reparto gli infermi che non necessitano più delle cure di competenza della struttura in cui sono ricoverati, la richiesta delle dimissioni non doveva e non deve essere rivolta ai familiari, ma occorre che sia indirizzata al Direttore dell'Asl preposta alla prosecuzione delle cure di questi pazienti (11).

Allo scopo di sbarazzarsi degli anziani malati cronici non autosufficienti e di non subire più le contestazioni dell'Ulces e del Csa fondate sul diritto pieno e immediato di questi infermi, terminata la fase acuta, alle cure socio-sanitarie residenziali, nei casi di indisponibilità dei congiunti di provvedere essi stessi, i primari ospedalieri e i direttori sanitari avevano escogitato un percorso molto oneroso per il Servizio sanitario,

(11) Dopo anni e anni dall'entrata in vigore della legge 833/1978 e di iniziative dirette alla sua corretta attuazione, finalmente con lettera del 4 maggio 2014 prot. 5081/DB20.00 il Direttore dell'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte ha precisato che le strutture sanitarie, comprese le case di cura, non possono richiedere ai ricoverati e/o ai loro congiunti di sottoscrivere impegnative volte ad assumere a loro carico la continuità terapeutica degli anziani malati cronici non autosufficienti e degli altri infermi al termine del periodo di degenza previsto. Inoltre lo stesso Direttore ha puntualizzato quanto segue: «*Appare evidente che il compito di "governare il percorso di continuità assistenziale" sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso*». Purtroppo in molte zone del nostro Paese, ad esempio nel Lazio, vi sono case di cura che obbligavano e obbligano tuttora gli infermi e/o i loro congiunti a sottoscrivere prima dell'ammissione un modulo in cui è stabilito il loro obbligo di assicurare la dimissione del malato al termine del periodo deciso dalla casa di cura. Detto termine – guarda caso – coincide con la scadenza del versamento dell'intera retta da parte dell'ente pubblico e all'imposizione di una riduzione spesso consistente (30-40%).

ma certamente idoneo a sollevarli da ogni responsabilità: detti infermi venivano (e vengono tuttora) trasferiti dagli ospedali alle case di cura private convenzionate, ben liete di acquisire le relative rette.

A loro volta le case di cura private avevano predisposto dei moduli, di cui imponevano la sottoscrizione agli interessati e ai loro congiunti (in certi casi addirittura ai loro conoscenti). Quello delle case di cura Papa Giovanni XXIII, Villa Adriana e Villa Iris, situate fra la prima e la seconda cintura di Torino era così redatto: «*Il sottoscritto sig. residente in..... in qualità di..... del/la paziente sig..... dichiara di essere in grado di assicurare il trasferimento del/la paziente sig..... al proprio domicilio/in istituto, all'atto della dimissione dalla casa di cura stabilita dai medici del centro stesso, o qualora le condizioni del/la paziente risultassero non corrispondenti a quelle segnate nella presente proposta. Data e firma leggibile*» (12).

Preso atto della nuova situazione, l'Ulces, il Csa e il relativo Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti erano stati costretti ad orientare le loro iniziative non solo nei riguardi degli ospedali ma anche nei confronti delle case di cura.

Una prima e seria difficoltà era costituita dalla sottoscrizione del vincolo firmato dai pazienti o dai loro congiunti, vincolo che, pur essendo chiaramente illegittimo, doveva essere contestato, al momento della richiesta delle dimissioni, dalla persona che l'aveva sottoscritto.

Preciso altresì che non solo gli ospedali ma anche le case di cura, salvo rarissime eccezioni, fornivano (e forniscono) notizie false ai ricoverati e ai loro congiunti asserendo che i familiari avevano l'obbligo (sicuramente inesistente) di assicurare la continuità delle cure al termine della degenza stabilita dai medici: quindi erano tenuti a rispettare l'impegno sottoscritto.

Purtroppo la stragrande maggioranza dei parenti non solo sottoscriveva l'impegnativa di cui sopra, ma era (e molti lo sono tuttora) convinta della non competenza del Servizio sanita-

(12) Analogo il testo predisposto dalle altre strutture private, ad esempio dalla Casa di cura San Camillo, dal Centro di medicina riabilitativa "Ausiliatrice" (in cui era anche previsto che il trasferimento del/la paziente doveva essere effettuato «*comunque entro e non oltre il termine improrogabile di gg. 40 (quaranta)*»).

rio nazionale nei confronti dei malati inguaribili e del loro dovere di intervenire (13).

Da notare che le Regioni, le Asl, i Comuni, gli ospedali e le case di cura mai hanno predisposto un opuscolo riguardante i diritti e i doveri degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei loro congiunti e contenente il testo delle leggi vigenti in materia di cure domiciliari e residenziali per detti infermi.

Inoltre, assai sovente il personale delle case di cura minacciava (e minaccia ancora attualmente) i parenti di segnalare il loro comportamento alla Procura della Repubblica. Purtroppo finora non vi sono stati parenti che abbiano sporto querela.

Ottenuta un'importante conquista

Batti e ribatti finalmente l'Ulces e il Csa avevano ottenuto dal Consiglio comunale di Torino l'approvazione della delibera del 21 febbraio 1983 (14) in base alla quale «*l'Amministrazione comunale di Torino assicura alle associazioni dell'utenza e ai movimenti di base la facoltà di accesso alle proprie strutture residenziali socio assistenziali a carattere diurno e permanente al fine di osservare e verificare la gestione sia dal punto di vista dell'idoneità delle sedi che della rispondenza delle prestazioni agli attuali principi educativo-assistenziali ed ai criteri generali affermati da deliberazioni in materia*».

La delibera stabiliva inoltre che «*l'Amministrazione comunale fornisce alle associazioni dell'utenza e ai movimenti di base l'elenco delle proprie strutture aggiornandolo ogni qualvolta attivi nuovi servizi e fornisce altresì, ogni tre mesi, i dati aggiornati sul numero dei ricoverati nei propri istituti e degli utenti dei centri socio-terapeutici diurni, delle comunità e di altre strutture residenziali proprie*» nonché «*l'elenco delle strutture pubbliche e private in cui sono ricoverate le persone a carico dell'Amministrazione stessa e il numero dei ricoverati nelle stesse, sempre a carico del Comune*».

Era altresì previsto quanto segue: «*L'Ammi-*

(13) A seguito delle iniziative del Csa la Regione Piemonte aveva vietato alle case di cura convenzionate l'uso delle impegnative da sottoscrivere prima del ricovero.

(14) Analoga deliberazione era stata approvata, anche in questo caso su pressanti e ripetute richieste dell'Ulces e del Csa, dall'Amministrazione provinciale di Torino in data 23 novembre 1979.

nistrazione comunale ritiene, inoltre, di doversi impegnare affinché nei rapporti convenzionali e non, con le istituzioni sia pubbliche che private in cui sono ricoverate o assistite persone a carico del Comune possa essere inserita la condizione che consenta alle associazioni dell'utenza e ai movimenti di base l'attività sopra specificata».

Secondo le norme previste dalla delibera del Comune di Torino «*l'accesso alle strutture è consentito solo a gruppi costituiti da un minimo di due persone e da un massimo di quattro*». Le visite sono praticabili senza preavviso in qualsiasi momento, anche di notte (15).

Alla gestione della Commissione di controllo la difficoltà più rilevante è sempre stata quella della disponibilità dei volontari di farne parte, difficoltà che si è accentuata negli ultimi anni.

Ogni reparto ospedaliero tenga i suoi cronici

Ritenendo opportuno, anche nei casi in cui non siano prevedibili immediati risultati positivi, indicare le caratteristiche salienti degli interventi proposti a medio e lungo termine, avevo pubblicato alcuni articoli anche allo scopo di confrontare le posizioni del Csa e mie con quelle degli altri volontari, degli operatori e degli amministratori.

A questo scopo avevo inviato un articolo a *Prospettive sociali e sanitarie* (16) che lo aveva pubblicato sul n. 3, 1983 in cui avevo sostenuto che «*la possibilità data agli ospedali di non ammettere gli anziani cronici non autosufficienti o di dimmetterli con la semplice, non scientifica e non controllabile dichiarazione di cronicità, costituisce un comodo mezzo per sbarazzarsi dei malati che richiedono molto lavoro. In altre parole gli ospedali (amministratori, medici, infermieri, inservienti) hanno un interesse reale a cronicizzare i vecchi*.

«*Questa mia affermazione è confermata dalla ricerca svolta presso l'istituto "Carlo Alberto" di Torino, (V. Medicina geriatrica, fasc. II, marzo-*

(15) Circa l'attività svolta si veda l'articolo di Maria Grazia Breda, «Come le associazioni di volontariato possono tutelare gli utenti dei servizi assistenziali», *Prospettive assistenziali*, n. 140, 2002.

(16) Un altro analogo mio articolo «Anziani: alternative concrete al ricovero nelle case di riposo e nelle residenze protette» era stato pubblicato sul n. 4/1983 de *La Rivista di Servizio sociale*.

aprile 1982). Da essa risulta che il 38% dei ricoverati cronici inguaribili migliora le sue condizioni fisiche e psichiche; nel 25% dei casi l'istituto ha ritenuto opportuno iniziare un programma di rieducazione motoria. Di questo gruppo il 20% hanno avuto un netto miglioramento (da blocco a letto a deambulazione assistita) e quasi il 35% sono stati giudicati autosufficienti al termine del ciclo riabilitativo.

«Il sistema attuale, fondato sulla separazione degli interventi per gli acuti e per i cronici non solo consente la cronicizzazione, ma addirittura la favorisce. Inoltre – il fatto è scandaloso – le piaghe da decubito, quasi sempre provocate da incuria durante la degenza ospedaliera, non sono considerate un fatto acuto, nonostante provochino dolori fortissimi. Altre conseguenze dell'allontanamento dei cronici dagli ospedali e il ricovero in istituti di assistenza sono la mancanza di cure contro il dolore e le carenze di ricerca scientifica sulla cronicità, sui mezzi per combatterla e per prevenirla.

«Va osservato che, mentre vi sono norme precise sulle caratteristiche edilizie, sull'organizzazione del lavoro, sulla tipologia delle attrezzature, sulla professionalità del personale degli ospedali e delle case di cura private, nulla è previsto per gli istituti di assistenza che ricoverano anziani, anche se malati. Questi istituti sono autorizzati a funzionare in base alla classificazione alberghiera. A questo riguardo va tenuto presente che detta classificazione prevede anche le locande quali strutture alberghiere prive dei requisiti minimi necessari per l'inserimento fra gli alberghi e le pensioni. Molte case di riposo per vecchi autosufficienti funzionano appunto perché definite locande. Per gli istituti di ricovero degli anziani non c'è alcuna disposizione circa la preparazione professionale dei dirigenti e degli addetti. Al limite tutto il personale, direttore compreso, potrebbe essere costituito da analfabeti. Infine va detto che moltissimi istituti di ricovero per anziani non sono in regola con le norme sulla prevenzione ed estinzione degli incendi. In particolare le irregolarità riguardano i mezzi e gli strumenti di allarme e difesa degli incendi, le vie di fuga per i ricoverati e il personale, gli impianti elettrici».

Per quanto concerne le proposte precisavo quanto segue: «Credo che la prima cosa da fare sia riconoscere in concreto agli anziani malati

cronici non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata. Pertanto deve essere attuata la competenza ad intervenire che le leggi vigenti affidano al settore sanitario e non a quello assistenziale. Definita la competenza sanitaria, si potrà e dovrà reimpostare la programmazione del settore con particolare riguardo a quella ospedaliera. Occorrerà inoltre definire l'ospedalizzazione a domicilio, metodo di intervento che consente di ridurre i ricoveri in ospedale, offrendo all'anziano un servizio migliore.

«Per quanto riguarda il ricovero ospedaliero degli anziani malati cronici non autosufficienti, ritengo che l'obiettivo debba essere quello di effettuarli in reparti scelti esclusivamente in base alla loro competenza nosologica. Con questa soluzione si assicurerebbe una effettiva continuità terapeutica, si eviterebbe l'emarginazione dei pazienti più deboli e si darebbe al personale la possibilità di fruire della rotazione che alterni il servizio ai pazienti acuti e cronici, evitando che, come avviene attualmente, il lavoro svolto esclusivamente presso cronici comporti dequalificazione e demotivazione e pertanto un'assistenza inidonea.

«Alcuni anni fa si lottò contro l'emarginazione in base al principio "Ogni scuola tenga i suoi handicappati". Migliaia di bambini, prima definiti "ascolastici" poterono così inserirsi. Va anche detto che sono praticamente scomparsi i falsi handicappati e i falsi disadattati. Allora si diceva che i minori handicappati e disadattati erano il 25% dei giovani; l'inserimento ha dimostrato che essi non superano il 1,5% del totale degli allievi.

«Ritengo che oggi si debba lavorare secondo lo slogan "Ogni reparto ospedaliero tenga i suoi cronici". In questo modo sarà possibile, a mio avviso, ridurre al minimo o evitare le cronicizzazioni causate da incuria e garantire ai vecchi non curabili a domicilio gli interventi sanitari a cui hanno diritto».

Di fronte alla netta e totale opposizione di tutti i partiti, dei sindacati, delle istituzioni e delle organizzazioni sociali, l'Ulces e il Csa sono stati costretti a rinunciare a dette posizioni, che ritengo tuttora valide per i malati acuti e cronici e per il personale, nonché idonee anche sotto il profilo economico.

D'altra parte è stato ed è tuttora molto difficile ottenere il riconoscimento della condizione di malati delle persone anziane che, a causa della

gravità delle patologie che li hanno colpiti, sono anche caduti nella terribile condizione di non autosufficienza.

Le analoghe posizioni di Mons. Nervo

Una posizione analoga a quella descritta in precedenza era stata sostenuta da Mons. Giovanni Nervo, all'epoca Vice Presidente nazionale della Caritas italiana. Infatti nell'articolo "Ammalarsi giovani o morire in fretta", pubblicato sul n. 3, marzo 1986 di *Italia Caritas*, dopo aver evidenziato i notevoli vantaggi terapeutici dell'ospedalizzazione a domicilio, aveva sostenuto la necessità della «*corresponsione ai familiari di una somma sufficiente a coprire le spese da essi sostenute per ottenere i necessari aiuti da parte del personale non specializzato, soprattutto colf*», aveva precisato che «*qualora non sia attuabile la ospedalizzazione a domicilio, i posti letto possono essere previsti: a) preferibilmente in apposite camere dei normali reparti ospedalieri, in particolare delle medicine generali; b) in strutture a sé stanti, suddivise in settori di 20-25 posti letto al massimo, organizzativamente collegati con i reparti ospedalieri che ne dispongono le ammissioni*».

Mons. Nervo aveva altresì asserito quanto segue: «*Ciascun settore dovrebbe essere gestito dal personale del reparto ospedaliero di riferimento (primario, aiuto, assistenti infermieri, inservienti, ecc.). Con le soluzioni sopra ipotizzate si garantirebbe ai pazienti la continuità terapeutica e al personale la rotazione dai reparti per cronici a quelli per acuti*» aggiungendo che «*il settore sanitario, non potendo più "scaricare" i*

cronici ad altri (e cioè al settore dell'assistenza sociale), sarebbe incentivato ad attuare gli interventi diretti ad assicurare la prevenzione, la cura e la riabilitazione al fine di consentire ai pazienti la massima autonomia possibile» (17).

Inoltre per quanto concerne la proposta del Piano sanitario nazionale per il triennio 1986-1988, predisposta dal Ministro della sanità, Mons. Giovanni Nervo nell'articolo sopra citato aveva scritto quanto segue: «*Fatta salva la buona fede e le buone intenzioni delle persone responsabili del provvedimento, sotto questo indirizzo sembra di poter intravedere una pericolosa filosofia che per ragioni di carattere economico porta a non rispettare sufficientemente i diritti fondamentali dei cittadini garantiti dalla Costituzione, a discriminare i cittadini in base all'età e alla produttività, a superare con un decreto amministrativo leggi esistenti legittimamente approvate dal Parlamento. La Costituzione infatti garantisce il diritto alla salute per tutti i cittadini. Questo decreto e le conseguenti norme del Piano sanitario discriminano i cittadini malati a seconda della loro età. Infatti le residenze di assistenza sanitaria e sociale sono previste solo per i malati anziani e non per quelli giovani e adulti che si trovano nelle stesse condizioni di malattia.*

«*Questo indirizzo porterà quasi inevitabilmente a favorire la segregazione e la emarginazione delle persone espulse dalla sanità: in queste strutture verranno molto facilmente rinchiusi i più deboli e cioè in primo luogo gli anziani cronici non autosufficienti, gli insufficienti mentali gravi e gravissimi, i malati mentali e i tossicodipendenti non in grado di provvedere autonomamente a se stessi. Poiché la motivazione dichiarata è la riduzione della spesa sanitaria, è prevedibile che la sanità tenderà a scaricare al settore assistenziale il maggior numero possibile di utenti, incentivando così il processo, già in atto, di cronicizzazione dei più indifesi. Accettare anche solo di fatto una filosofia che distingue i cittadini che valgono di più perché producono o produrranno, e quelli che valgono meno perché non producono e sono di peso alla comunità, è estremamente pericoloso: alla fine di questa strada c'è, come conseguenza logica, l'eutanasia. Questa discriminazione non è soltanto contro la Costituzione e contro l'etica, ma anche contro le leggi esistenti*».

(17) Le complesse problematiche degli anziani erano state affrontate anche dalla Fondazione Zancan di cui ricordo i seguenti seminari: "La risposta ai bisogni degli anziani nella nuova politica delle Unità locali e la loro partecipazione alla vita della comunità locale", Malosco, 1-7 luglio 1979; "Anziani: cambiamento culturale della loro immagine. Cosa fare a livello sociale per prevenire la vecchiaia come perdita di tutto ciò che è significativo", Malosco, 29 giugno - 5 luglio 1980; "Terza età: emarginazione, riparazione, promozione sociale?", Malosco, 6-12 luglio 1980; "Gli anziani: prevenzione della cronicità e interventi per i non autosufficienti", Malosco, 20-26 settembre 1981; "Anziani, famiglie e comunità. Forme di sostegno alternative all'istituto", Malosco, 12-18 settembre 1982; "Il problema degli anziani nel Mezzogiorno, aspetti normativi e istituzionali: organizzazione dei servizi territoriali e formazione degli operatori", Messina, 21-27 ottobre 1984. Segnalo altresì le seguenti pubblicazioni della stessa Fondazione: AA. VV., "Gli anziani: prevenzione della cronicità e interventi per i non autosufficienti", *Documentazione di servizio sociale*, n. 30, 1982 e AA. VV., "Il diritto dell'anziano non autosufficiente alla salute", *Servizi sociali*, n. 4, 1985.