

## 1988: UN PICCOLO MA IMPORTANTE RISULTATO POSITIVO OTTENUTO DAL CSA A TUTELA DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE PERSONE CON DEMENZA SENILE \*

FRANCESCO SANTANERA

Il notevole successo del convegno di Milano del 20-21 maggio 1988 “Anziani cronici non autosufficienti: nuovi orientamenti culturali e operativi” (relazioni del filosofo Norberto Bobbio, del cardinale Carlo Maria Martini, dei giuristi Massimo Dogliotti e Pietro Rescigno, del geriatra Fabrizio Fabris, di Mons. Giovanni Nervo, responsabile dei rapporti Chiesa-Territorio della Conferenza episcopale italiana e di altri noti studiosi; la partecipazione di oltre 750 persone fra amministratori pubblici e privati, operatori socio-sanitari e volontari; 36 gli interventi del pubblico

ai quattro dibattiti) (1) avevano fortemente incoraggiato i militanti delle organizzazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, a proseguire nelle loro attività rivolte alla promozione e tutela delle esigenze e dei diritti degli infermi impossibilitati ad autodifendersi.

### L'allucinante esperienza di una operatrice dell'Irv

Diretta conseguenza dello sconcertante livello socio-culturale esistente negli anni '80 era anche la brutale gestione delle strutture di ricovero. Ad esempio su “Primopiano” del 10 otto-

\* Trentaseiesimo 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 431/1961 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 fraposte 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 azio-

ni 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 della fascia più debole 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; “Ulteriori azioni dell'Ulces e del Csa a difesa delle esigenze e dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti”, n. 191, 2015; “1983. Anziani non autosufficienti: mentre continuano le illegittime e disumane dimissioni dagli ospedali il Parlamento approva una legge per i cittadini malati cronici illustri”, n. 192, 2015; “Due devastanti iniziative contro le esigenze degli anziani malati cronici non autosufficienti: documento del Consiglio sanitario nazionale dell'8 giugno 1984 e decreto Craxi dell'8 agosto 1985”, n. 193, 2016; “1985. Istituito a Torino il primo servizio pubblico di ospedalizzazione a domicilio dei malati acuti e cronici: un'altra conquista del volontariato dei diritti”, n.194, 2016; “1986. La prima volta della lettera di opposizione alle dimissioni, ancora oggi unico strumento valido per ottenere la continuità terapeutica negata dalle Asl”, n. 195, 2016; “1987: il Ministro della sanità non smentisce il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, comprese quelle ospedaliere gratuite e senza limiti di durata”, n. 196, 2016; “1988: il filosofo Norberto Bobbio e il cardinale Carlo Maria Martini sostengono l'azione del Csa diretta contro l'eutanasia da abbandono degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile”, n. 197, 2017.

(1) Cfr. il mio articolo pubblicato sullo scorso numero di questa rivista.

bre 1988 Graziella Bronzini, dopo aver segnalato che «da sei anni la dirigenza dell'Irv [Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino gestito direttamente dal Comune di Torino, n.d.r.] copre la carenza cronica di personale con chiamate numeriche a tempo determinato (tre mesi)» così descrive la sua esperienza: «Prologo: una offerta di 60 posti di lavoro a tempo determinato all'Ufficio collocamento, inquadramento al 3° livello - operaio generico. Non si richiede esperienza. Lavoro pesante su tre turni per assistere anziani anche non autosufficienti. Urine e feci. Bave. Vado o non vado? L'asta incalza: 252, 270, due volte 272. Urlo il mio numero. Si fanno gli intrecci delle risposte dei quattro cinema. Vado. Per necessità, come tutti. Ma anche "per andare a vedere", per sfida con me stessa. Convocata per il colloquio di selezione mi accolgono nell'atrio immenso gli occhi indaganti dei busti dei benefattori e una trentina di disoccupati mugugnanti: sono lì da cinque ore. Gli esaminatori sono andati a pranzo. Non è ancora passato nessuno. Intorno a un enorme tavolo rotondo cinque figure impenetrabili intimidiscono l'aspirante. Il direttore interroga: "Perché ha scelto questo lavoro?". Dice proprio così, con quasi 70mila disoccupati iscritti al collocamento di Torino. Meglio trattenere l'ironia. "Ma lei perché non si è ancora sposata?". "E i bambini chi glieli guarda?" (...) "Lei si fida dei vicini?". "Come si dà da mangiare ad un anziano?". C'è chi esce incazzato, chi piange, chi spera. Ad ogni colloquio quasi la metà viene scartata. I criteri di selezione sono ancora un mistero da scoprire, tanto più che c'è chi viene escluso dopo aver lavorato due e anche tre volte. Passo. Destinazione un reparto femminile, sino a tutto agosto.

«Prendo servizio avvolta in un abbondante grembiule bianco. Un corridoio lucido largo e lungo. Un odore dolce indefinibile. Sguardi attenti delle colleghe. L'infermiere responsabile del reparto in quel turno è lapidario "Qui anche quelle che sembrano normali non lo sono completamente. Non stupirti di ciò che vedrai e sentirai e non far nulla di quanto ti chiedono. In caso di bisogno rivolgiti alle fisse. E siccome sei appena arrivata dopodomani salti il riposo". Le "ospiti" (bisogna chiamarle così) sono sedute addormentate o assortite intorno ai tavoli. Qualcuna vaga su e giù per il corridoio.

Resteranno così fino all'ora di pranzo. Sembrano tutte uguali. Come farò a riconoscerle? Colpiscono i silenzi e i rumori: la voce improvvisa della Tv che nessuno guarda, la musicchetta trasmessa dall'altoparlante, una zuffa improvvisa fra "ospiti". Il reparto è aperto. Ogni tanto lo squillo del telefono avverte che c'è una "nonna" nell'atrio. Chi non ha ancora perso il controllo delle gambe ma ha già smarrito il controllo di sé cerca di andare via. "Devo tornare dalla mamma", mi spiega compunta A. "perché sono fuori da tanto tempo e sarà in pensiero". Una domenica di agosto in quell'atrio la troverò a terra con un braccio rotto. Vado incontro a E. vestita di tutto punto, scarpe col tacco borsetta paltò. Sotto il cappotto... niente. "Ho un appuntamento con mia sorella. Dica a quel signore di lasciarmi uscire". Addy è più decisa: "Lasciami andare, vaffanculo". Compito tristissimo quello di riportarla "a casa". A volte picchiano. Ne hanno tutta la ragione.

«Casa di riposo? No. Residenza coatta dove si è portati a morire. L'attesa può anche essere lunghissima, ma l'agonia incomincia subito. Con la solitudine, che non può annullare nemmeno la visita quotidiana dei familiari, caso del resto molto raro. Dall'istituto si esce solo con l'autorizzazione del medico. Per i parenti nessun problema, ma per gli altri... C. è una operatrice con vent'anni di servizio. Si è affezionata a I. che abitava nella stessa strada e ne ha grande nostalgia. Si offre per ospitarla per un giorno a casa sua. I. è in buona salute. Il medico non sembra contrario, ma l'autorizzazione non arriverà. Potrebbe esserci circonvenzione. La direzione vigila e tutela. "Quanti pianti" confida C. e quasi non ne vuole più parlare. Dopo due settimane ho le "nonne" in testa. Le sogno di notte le penso di giorno ne parlo con tutti. Ancora oggi. "Sei bella come un fiore di primavera appena sbocciato e ti amo tanto". Mani che cercano mani. Bocche che offrono baci, "Non farti toccare. È antigienico". Perché? È forse igienico voltare e rivoltare materassi pisciati e con resti di cacca perché non c'è il cambio? Lavare i vasi senza mascherina e solo con l'acqua? Sono igienici gli scarafaggi che di notte corrono per la cucina e le stanze?

«Quando arrivai S. aveva da poco lasciato il bastone per la carrozzella e ancora non si era rassegnata a fare i bisogni in compagnia.

*Insisteva per essere portata nello stanzino. Prestazione non prevista, prestazione negata. Colta sul fatto, con S. nel cesso, fui rispedita velocemente indietro: "Stiamo fresche se inseguiamo le fisse di tutte!". Si lamentava di forti dolori alla pancia. Chiedeva di andare a letto. "Ha solo delle storie". Poi qualcuno parlò di sospetto tumore alla vescica. Arrivò al precoma. Andavo a vederla ogni volta che potevo. Una volta bevve quasi mezzo litro d'acqua. "E sbrigati. Ci sono i letti da fare. Non si può perdere tempo così!". Morì il giorno in cui era prenotata per una visita al S. Anna. "È mancata la S.". "Ah". Nessuno lo disse alle "ospiti" né il prete la ricordò durante la messa. Qualche segno di morte però si vede: scompare il letto della defunta e si riorganizzano le camere per preparare l'ingresso della prima fortunata di una lunghissima lista d'attesa. Di S. rimasero per alcuni giorni le sue scarpe sul termosifone del cesso.*

*«L'assillo del tempo. Un incubo. Da sei anni non vi sono assunzioni definitive. Quando le trimestrali hanno imparato il lavoro, pesante, estenuante, delicato e mal retribuito, svolto in massima parte dalle donne, caricate anche della casa, del marito e dei figli, è ora di andare. Ne arrivano altre. Le fisse ricominciano ad insegnare da capo. Non esiste un mansionario, ma nemmeno la figura professionale dell'operatore socioassistenziale».*

### **Esempio di imbarbarimento dei servizi sanitari**

Altra conseguenza del clima culturale allora dominante era la drammatica situazione dei servizi sanitari orientati all'espulsione degli anziani malati cronici non autosufficienti dagli ospedali al termine della fase acuta, e molto spesso anche prima e alla loro non ammissione. Al riguardo riporto integralmente la lettera inviata il 16 giugno 1988 dall'Associazione "Volontariato San Donato, Campidoglio e Parella" al Presidente del Comitato di gestione dell'Unità sanitaria locale 4 di Torino: «*Vi riportiamo qui di seguito gli spiacevoli avvenimenti che hanno coinvolto la sig.ra M. M., che vive sola e non ha parenti diretti. Il medico di base prescrive la richiesta di ricovero a causa di disturbi provocati dalla malattia (demenza senile). Il ricovero si presenta urgente perché*

*soprattutto di notte la signora ha manifestazioni aggressive. Gli inquilini hanno segnalato la situazione anche al Commissariato di zona. Viene contattato il servizio sociale che per l'aspetto sanitario consiglia di rivolgersi alla "neuropsichiatria", che, già contattate in precedenza, non ha assunto la signora come paziente. Si prende un nuovo appuntamento con il servizio psichiatrico, accompagnando la signora che viene nuovamente rinviata al servizio socio-assistenziale, malgrado le ferme e decise contestazioni da parte degli accompagnatori che fanno presente che nella notte la signora si era ferita ad una gamba, rompendo il vetro di una porta. Si ritorna al servizio sociale, ma l'assistente sociale che conosce la situazione è a casa per malattia. La patata è bollente per cui si è invitati ad attendere il suo rientro in servizio.*

*«La situazione non permette perdite di tempo inutile, per cui si decide un ricovero coatto. Conoscendo le difficoltà per questo tipo di ricovero, si chiede al Direttore sanitario dell'ospedale Maria Vittoria per il ricovero dell'ammalata che viene fissato per giovedì 24 marzo 1988 alle ore 9,30, due giorni dopo la richiesta. Per la signora M. M. ha inizio una ulteriore odissea. Il medico del Dea dice che la richiesta del medico curante è errata. La signora viene sottoposta ad elettrocardiogramma. Si attende la visita del medico psichiatra. Nel frattempo è stata anche chiamata l'assistente sociale dell'ospedale. Il medico psichiatra visita la signora e dice che non è di competenza del suo reparto ove i degenti sono in prevalenza giovani. Si insiste nel dire che la signora è affetta da "demenza senile" con manifestazioni aggressive verso se stessa e verso gli altri e non ha finora seguito nessuna terapia. Il medico psichiatra insiste nell'affermare che non è di sua competenza e consiglia il ricovero in casa di cura come "Villa Cristina" o istituti simili. L'assistente sociale si trattiene con la signora M. M. per ulteriori informazioni. Si arriva alla conclusione che comunque la signora va ricoverata e non può tornare a casa da sola. L'assistente sociale contatta il medico del Dea che pare abbia telefonato a "Villa Cristina" ed al San Vincenzo senza trovare posto. Si ritorna dal Direttore sanitario per informarlo che al Dea non c'è volontà di ricovero della signora. Il Direttore sanitario telefona*

personalmente al Dea e comunica che il ricovero è previsto per il mattino successivo presso il San Vincenzo alle ore 9. Alla signora viene assegnato un letto per la notte, accolto con molto sollievo da parte dell'ammalata, costretta tutto il giorno a stare su una panca del Pronto soccorso. Le viene data anche la cena. Al mattino l'infermiera di turno procede al prelievo del sangue.

«Il ricovero promesso non si attua. Si trascorre ancora tutto il giorno 25 marzo sulla panchina del Dea; si ricontatta il Direttore sanitario, che sollecitato, viene personalmente al Dea alle ore 17 e non trova l'ambulanza per trasportare l'ammalata. Il Direttore sanitario accompagna, personalmente la signora M. M. al S. Vincenzo dove non si ha una buona accoglienza da parte del medico, molto innervosito per il ricovero forzato. La degenza dura una settimana, dove i medici adottano il terrorismo psicologico, verso chi si reca a visitare la signora, cambiano camera alla signora, passano alle minacce di denuncia alla magistratura e di chiusura del reparto, se la paziente non lascia l'ospedale al più presto. Due lontane cugine della signora M. M., dietro le pressioni e le minacce dei medici e degli infermieri, cedono alla paura e senza avvisare i volontari dell'Associazione, accettano di dimettere l'ammalata il 31 marzo 1988.

«Ringraziamo per l'attenzione e speriamo che l'integrazione tra i servizi del territorio venga attuata al più presto perché non siano sempre i più deboli a pagare».

### **Finanziata la creazione di 140mila posti letto per gli anziani non autosufficienti**

Una decisa e rilevante spinta alla creazione di strutture residenziali specifiche – e quindi separate rispetto agli ospedali e destinate ad emarginare gli anziani malati cronici non autosufficienti – è stata assicurata dalla legge 11 marzo 1988 n. 67 il cui articolo 20, lettera f) prevedeva «la realizzazione di 140mila posti letto in strutture per anziani che non possono essere assistiti a domicilio o nelle strutture di cui alla lettera e) [si tratta dei poliambulatori extra-ospedalieri e degli ospedali diurni, n.d.r.] e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standard che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della

legge 23 dicembre 1978 n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione dei posti ospedalieri» (2).

Dal testo sopra riportato risulta che dovevano essere realizzati con priorità assoluta i servizi domiciliari, ma praticamente nulla è stato fatto in concreto: sarebbe stata necessaria una norma di legge che ne imponesse l'istituzione e assuntesse i relativi finanziamenti; la legge nazionale ancora non c'è, anche perché le famiglie degli anziani malati cronici, che se ne fanno carico gratuitamente, si lamentano, ma non attuano proteste efficaci e non si rivolgono all'autorità giudiziaria. Inoltre i Sindacati Cgil, Cisl e Uil e le organizzazioni sociali continuano a tacere o a fare dichiarazioni retoriche.

Dunque con le succitate disposizioni è stata avviata la creazione dei 140mila posti letto per gli anziani non autosufficienti, il cui finanziamento era previsto nell'ambito dei 30miliardi delle ex lire stanziati complessivamente dalla legge 67/1988: una cuccagna per i gestori degli istituti privati di ricovero che, soprattutto a seguito delle iniziative dell'Anfaa (Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie), dell'Ulces (Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, già Unione italiana per la promozione dei diritti del minore) e del Csa avevano "perduto" quasi 200mila posti letto (3).

### **Convegno di Roma del 13-15 giugno 1988**

Purtroppo non avevano avuto alcun seguito operativo le importantissime affermazioni contenute nel documento di sintesi del convegno internazionale organizzato dall'Università catto-

---

(2) In merito all'istituzione dei 140mila posti letto si vedano le osservazioni e proposte contenute nell'articolo "I 140.000 posti letto per anziani della legge finanziaria 1988: emarginazione dei più deboli o rispetto dei loro diritti?", pubblicato sul n. 82, 1988 di "Prospettive assistenziali".

(3) Nello stesso n. 82, 1988 di questa rivista avevo ricordato che nel convegno di Milano del 5-6 febbraio 1988, organizzato dal Comitato lombardo della Dc, Michele Zola, già vice Sindaco e Assessore all'assistenza del Comune di Milano, aveva detto in modo esplicito che, usciti dagli istituti i bambini e gli handicappati, l'unica risorsa per il futuro degli istituti era rappresentata dagli anziani.

lica del Sacro Cuore (Roma, 13-15 giugno 1988) sul tema “Non autosufficienza dell’anziano: strategie operative e sistema sanitario a confronto”:

- «la programmazione dell’assistenza all’anziano non autosufficiente deve dare sempre priorità alla risoluzione del problema sul piano sanitario;

- «la Ras (Residenza assistita di tipo sanitario) è, come abbiamo già detto, una struttura sanitaria, mai di grandi dimensioni, per gli anziani non autosufficienti;

- «il non autosufficiente è intanto un malato e, come tale, ha diritto alle prestazioni sanitarie gratuite in armonia con il dettato costituzionale. Al contrario il Consiglio sanitario nazionale – documento dell’8 giugno 1984, a sua volta ispiratore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 – non attribuisce gli stessi diritti del malato acuto al cronico non autosufficiente e destina quest’ultimo alla gestione dei servizi sociali, escludendolo di fatto dall’intervento del comparto sanitario. Il suddetto documento si rifà ad un concetto di salute pubblica ormai superato: era la medicina dell’ottocento imbevuta di illuminismo, quella che delimitava il criterio di intervento alla possibilità di guarigione completa della malattia e che perciò distingueva il malato acuto – “scientificamente interessante” e da trattare ad ogni costo – dal cronico “vecchio”, etichettato come irrecuperabile ed abbandonato a se stesso. La “nuova” medicina, di cui la geriatria è peculiare espressione, ha completamente rivoluzionato quel tipo di approccio: l’obiettivo prioritario è diventato oggi il conseguimento del maggior benessere possibile anche là dove si sa di non poter ottenere la guarigione. Il considerare qualsiasi malato sotto questa prospettiva ha permesso di ottenere risultati scientificamente ineccepibili anche con gli “irrecuperabili”. Ancora alla fine degli anni ’70 ben pochi avrebbero preso in considerazione la possibilità di ridurre del 50% la mortalità dei pazienti con età media di 80 anni e con patologie multiple a carattere cronico-degenerativo. La sfiducia di un approccio positivo verso la patologia geriatrica giustificava la tendenza a non ricoverare questi pazienti nei reparti clinici aventi compiti didattici. Oggi i grandi progressi della “nuova” medicina hanno consigliato le Facoltà mediche più avanzate a por-

*tare la didattica addirittura nelle strutture un tempo considerate luoghi senza speranza ed hanno reso anacronistica la distinzione tra “acuto” e “cronico”. Il togliere dalla nostra legislazione questa distinzione, non solo porterà beneficio ad un gran numero di pazienti anziani permettendo loro di usufruire di indispensabili prestazioni del comparto sanitario, ma anche sicuramente costituirà un segno di civiltà per il nostro Paese».*

Del tutto inascoltate – purtroppo – anche da parte di numerosi enti gestori di ispirazione cattolica (4) le valide indicazioni contenute nel documento inviato in data 19 luglio 1989 dal Segretario generale della Conferenza episcopale italiana, cardinale Camillo Ruini a tutti i vescovi con cui, fra l’altro, le Congregazioni religiose

---

(4) Al riguardo, fra i purtroppo molteplici casi ricordo la deposizione all’udienza del Tribunale di Venezia del 1° giugno 1993 del professore Giovanni Molinari dell’ospedale Fatebenefratelli della stessa città: «Sono in un reparto di lungodegenza dove devo tenere i malati fino al momento in cui la permanenza nel reparto può portare ad un miglioramento delle condizioni fisiche; non è che io dimetta tutti guariti e sani, io dimetto i malati stabilizzati». Altro esempio. In data 9 ottobre 2012 il Difensore civico della Regione Piemonte – in risposta al Direttore sanitario dell’ospedale Cottolengo di Torino che aveva segnalato alla Procura della Repubblica che una paziente malata cronica non autosufficiente «non necessita più di ricovero ospedaliero» e che un figlio aveva inviato un telegramma «di opposizione alle dimissioni» e che la prosecuzione del ricovero era inappropriata – aveva precisato che «trattandosi di paziente anziano non autosufficiente, già preso in carico dalla competente azienda sanitaria e inserito in un percorso di continuità assistenziale (...) non possono essere addossati ai congiunti compiti propri del Servizio sanitario nazionale». Lo stesso Difensore civico era intervenuto con la nota del 14 marzo 2014 nei confronti della casa diurna “Don Gnocchi” di Torino, che addirittura aveva richiesto ai congiunti che si erano opposti alla dimissione di un anziano malato cronico non autosufficiente il versamento di una retta (circa 150 euro al giorno) per tutto il periodo di permanenza. Anche in questo caso il Difensore civico aveva richiamato l’attenzione del Presidente nazionale della Fondazione Don Gnocchi sulla necessità del ritiro immediato del modulo, la cui sottoscrizione era imposta ai degenti o, nei casi di loro incapacità, ai congiunti, contenente l’impegno «di assicurare il trasferimento della paziente al proprio domicilio e/o ad altro istituto di cura, alla dimissione del paziente al termine del periodo di cura indicato nel Piano riabilitativo individuale». Segnalo infine, ma potrei continuare a citare numerosi rifiuti di cure da parte di strutture di ispirazione cattolica, lo sconcertante comportamento della Caritas italiana che, nonostante numerosi solleciti scritti e gli articoli pubblicati su “Prospettive assistenziali” a partire dal 2005, continua a non fornire alcuna informazione in merito al diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure sanitarie domiciliari e residenziali, nonostante che ai responsabili (i vari Presidenti e Direttori succedutisi) sia stato segnalato che con tre lettere raccomandate A/R (costo inferiore a 20 euro) di opposizione alle dimissioni di infermi non curabili per qualsiasi motivo a domicilio, si ottiene sempre la continuità terapeutica a domicilio o presso le Rsa e che, a seguito delle illegittime dimissioni imposte, numerosi nuclei familiari cadono in condizioni di povertà o di vera e propria miseria essendo tenuti a provvedere alle cure sanitarie e socio-sanitarie interamente a loro spese (2.500 – 3.500 euro mensili).

erano «chiamate a dare un segno esemplare con due scelte coraggiose: la scelta preferenziale dei non autosufficienti e la scelta dei servizi a sostegno delle famiglie», mentre alle istituzioni pubbliche venivano avanzate le seguenti richieste: «Riservare agli anziani non autosufficienti la priorità dei propri interventi; dare precedenza e preferenza all'assistenza domiciliare integrata, all'ospedalizzazione a domicilio, ai servizi diurni sul territorio; mantenere per quanto possibile di piccole dimensioni le strutture residenziali (...); garantire nelle piccole strutture residenziali gli indispensabili servizi sanitari per non privare l'anziano malato cronico del diritto alla salute: la scienza dimostra che non esistono malati incurabili (...)».

### **Convegno di Torino del 12 novembre 1988**

Allo scopo di contrastare in tutta la misura del possibile il devastante livello culturale presente e di promuovere l'attuazione delle indicazioni emerse dal sopra citato convegno di Milano, il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti gestito dal Csa e "Prospettive assistenziali" avevano organizzato una analoga iniziativa a Torino sul tema "Anziani cronici non autosufficienti: dal ricovero in istituti di assistenza a idonei interventi domiciliari e territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione" che si era svolto il 12 novembre 1988 presso il Centro incontri della Cassa di Risparmio alla presenza di oltre 500 partecipanti (5).

Le relazioni erano state tenute da Adriano Sansa, magistrato; Massimo Dogliotti, giurista; Fabrizio Fabris, geriatra; Miniati, Segretario nazionale del Sindacato pensionati della Uil e da Mons. Giovanni Nervo, Coordinatore della Conferenza episcopale italiana per i rapporti

(5) Fra le numerose iniziative culturali promosse dal Csa ricordo il convegno svoltosi ad Aosta il 23, 24 e 25 ottobre 1986 "L'anziano non autosufficiente - Problemi e prospettive", organizzato dal Comune di Aosta e dalla Lega delle autonomie locali (la sintesi dei tre gruppi sulla non autosufficienza "per motivi di salute", "economiche", "abitativa" e dei lavori riguardanti "I problemi relazionali, sociali e culturali" e "La accessibilità ai servizi e di accesso alle informazioni" è riportata sui numeri 76, 1986 e 77, 1987), nonché le Giornate di studio di Monfalcone (11 e 12 aprile 1987) sul tema "Diritti ed esigenze dell'anziano non autosufficiente", predisposte dal "Gruppo volontariato cattolico assistenza" e dalla Federazione goriziana del Movi, Movimento di volontariato italiano, con relazioni di Elena e di Giacomo Brugnone, Presidente della sezione veneta dell'Ulces. La sintesi dei lavori è stata pubblicata sul n. 78, 1987 di questa rivista.

Chiesa-Territorio e Presidente della Fondazione Zancan (6).

Nel pomeriggio aveva avuto luogo una tavola rotonda sulla situazione in Piemonte degli anziani malati cronici non autosufficienti e sugli interventi da attuare, coordinata dall'on. Franco Foschi, responsabile del Centro studi del Ministero della sanità, alla quale avevano partecipato Eugenio Maccari e Gianpaolo Brizio, Assessori alla sanità e all'assistenza della Regione Piemonte; Silvana Dameri, Vice Presidente del Consiglio regionale piemontese; Antonio Buzzigoli, Cisl Torino e lo scrivente.

Allo scopo di evitare fraintendimenti nel mio intervento introduttivo avevo evidenziato che «per anziani cronici non autosufficienti il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti intende le persone (adulte e anziane) colpite da malattie le cui conseguenze si prolungano nel tempo e determinano limitazioni notevoli della loro autonomia (impossibilità di camminare, incapacità di alimentarsi da sole, incontinenza urinaria e/o sfinterica, ecc.). Si tratta dunque di persone che, a causa della gravità delle loro condizioni fisiche e/o psichiche, non sono in grado di provvedere a se stesse, se non con l'aiuto totale e permanente di altri soggetti. Nei casi più gravi, il malato cronico non autosufficiente ha bisogno dell'intervento di altre persone per soddisfare esigenze (fame, sete, caldo, freddo, ecc.) che il soggetto stesso non è nemmeno in grado di manifestare. Sono dunque persone malate, anzi molto malate».

A titolo di chiarimento avevo altresì precisato che «il Comitato non ha mai considerato come non autosufficienti le persone che devono utilizzare la carrozzina per spostarsi, i ciechi, i sordi, gli altri handicappati e tutte le persone che hanno limitazioni funzionali che determinano un bisogno non totale e non permanente di altri per soddisfare le loro esigenze di vita».

Avevo inoltre riferito che «in Piemonte la situazione degli anziani cronici non autosufficienti coincide in larga misura con quella descritta dal Rapporto informativo sull'Istituto di riposo per la vecchiaia, gestito direttamente dal Comune di Torino, rapporto redatto dal Capo servizio sanitario il 28 maggio 1987. Da detto rapporto risul-

(6) Il testo integrale della relazione di Mons. Nervo è stato pubblicato sul n. 87, 1989 di questa rivista e sul giornale "La Voce del Popolo" del 27 novembre 1988.

ta che tutti i 356 ricoverati non sono autosufficienti: di essi 212 sono incontinenti, 109 devono essere imboccati. Tutti hanno almeno una patologia. L'85% dei ricoverati ha 4 o più patologie; il 27% dei ricoverati ha addirittura 7 o più patologie. Fra i 356 ricoverati vi sono ben 118 persone colpite da demenza senile. Da notare che al momento della rilevazione sui 356 anziani ricoverati, gli infermieri in servizio erano soltanto 26, di cui solo 8 professionali; gli inservienti, privi di qualsiasi preparazione specifica erano 143 di cui 45 trimestrali e cioè operatori che cambiano ogni tre mesi. Per detti trimestrali il Comune di Torino e le Ussl non prevedono nemmeno una preparazione minima» (7).

Ciò premesso avevo precisato che il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti «ritiene che non sia accettabile che gli anziani che si trovano nelle gravissime condizioni di salute sopra indicate, continuino ad essere considerati dal Comune di Torino e dalle Ussl come non autosufficienti "non malati" e pertanto ricoverati non in strutture sanitarie, ma in istituti di assistenza».

Avevo inoltre segnalato che «una recentissima ricerca del Comune di Torino indica che il 34% degli anziani torinesi rinuncerebbe al ricovero se gli fosse fornito un aiuto soltanto di giorno; la percentuale sale al 48% se venisse predisposto una assistenza continuativa anche di notte».

In merito all'integrazione delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali avevo sostenuto che «il sanitario deve essere sempre permeato dalle componenti sociali che rendano i singoli atti validi sul piano terapeutico, umano e sociale» precisando che l'integrazione fra sanitario e sociale «non riguarda solo gli anziani cronici non autosufficienti, ma anche i minori e gli adulti sia in una fase acuta che cronica. L'integrazione deve essere interna ai singoli settori della sanità, dei trasporti, della casa, degli asili nidi, delle scuole materne, dell'obbligo e superiori, della formazione professionale e così via. Socializzare la sanità, la casa, le scuole significa operare affinché questi settori tengano conto anche delle esigenze dei più deboli. È un pro-

---

(7) Tutte le competenze gestionali dell'Istituto di riposo per la vecchiaia e delle altre strutture comunali in cui erano ricoverate persone malate croniche non autosufficienti erano svolte dall'Assessorato all'assistenza del Comune di Torino.

cesso lungo e difficile, ma non vedo che vi siano altre soluzioni. È poi ovvio che per fornire interventi globali, che rispondono a tutte le esigenze delle persone, occorre una concertazione dei servizi sanitari con gli altri settori (case, trasporti, pensioni, ecc) ma questa concertazione non può significare scarico di competenze».

Per quanto concerne gli interventi concreti, premesso che «il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti ritiene che debba essere riconosciuta la priorità assoluta all'estensione a tutto il territorio nazionale del servizio di ospedalizzazione a domicilio», avevo precisato che «nei casi in cui non sia possibile intervenire a livello domiciliare il Comitato proponeva:

«che nelle normali divisioni di geriatria e medicina siano accolti anche solo 2-3 cronici non autosufficienti in modo che venga data concreta dimostrazione del loro diritto alle cure sanitarie. Questa soluzione consentirebbe altresì che la formazione dei medici e dell'altro personale sanitario, lo studio delle cause della cronicità e dei mezzi per combatterla, la ricerca scientifica siano attuati tenendo conto delle effettive esigenze di questi pazienti;

«creazione di comunità alloggio soprattutto per persone con problemi psichiatrici. Al riguardo ricordo l'ottima ed economicissima esperienza ultradecennale della comunità alloggio di Settimo Torinese per pazienti psichiatrici;

«creazione di residenze sanitarie di accoglienza e cura aventi al massimo 40-50 posti letto, gestite dalle divisioni ospedaliere di riferimento (primari, aiuti, assistenti, infermieri, riabilitatori, personale ausiliario). Queste residenze dovrebbero avere in tutta la misura del possibile le caratteristiche di casa. Pertanto la loro organizzazione dovrebbe tener conto di tutte le esigenze sanitarie e sociali dei ricoverati. Queste residenze sanitarie sono strutture ben diverse dalle case protette. Circa queste ultime esprimo le più vive preoccupazioni del Csa e del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti circa la proposta di legge della Giunta regionale n. 425 che – guarda caso – prevede incentivi notevoli per le strutture di ricovero e non una lira per i servizi domiciliari».

Infine, tenuto conto che «gli anziani cronici non autosufficienti ricoverati negli istituti di assistenza sono dei malati molto gravi» e che «oggi non ci sono le residenze sanitarie, ne è possibi-

le il ricovero dei pazienti in ospedale» avevo segnalato che «*quale misura transitoria di emergenza, il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti chiede la trasformazione dei posti letto assistenziali in posti letto sanitari così come previsto dall'articolo 22 della legge 23 agosto 1982 n. 20 e successive modifiche. Tale trasformazione dei posti letto da assistenziali a sanitari deve comportare anche l'adeguamento qualitativo e quantitativo del personale*».

Infine, dopo aver sollecitato «*l'apertura quale residenza sanitaria della nuova struttura di via San Marino*» e «*la ristrutturazione dell'ospedale Birago di Vische*» avevo confermato «*la netta opposizione del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti all'imposizione di contributi economici da parte dei Comuni e delle Unità socio-sanitarie ai familiari di anziani e di altri assistiti maggiorenni sia autosufficienti che non autosufficienti, imposizione che contrasta con le leggi vigenti*» segnalando che «*su questo problema e sugli altri il Comitato confida in una proficua collaborazione con le organizzazioni sindacali*», collaborazione mai realizzata, avendo i sindacati continuato a non opporsi alle iniziative emarginanti delle istituzioni.

Purtroppo nulla – proprio nulla – avevano detto nelle loro relazioni gli Assessori Brizio e Maccari, nonostante che il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti avesse ad essi inviato, oltre un mese prima del convegno, la sintesi del mio intervento introduttivo: la delusione era stata fortissima da parte degli organizzatori, dei relatori e dei partecipanti del convegno.

### **Un risultato positivo: deliberato dal Comune di Torino l'utilizzo a fini sanitari di istituti di ricovero assistenziali**

Come avevo segnalato nel n. 196, 2016 la Regione Piemonte aveva aperto con la legge 59/1985 un possibile spiraglio positivo stabilendo che «*i presidi residenziali socio-assistenziali possono essere utilizzati a fini sanitari*», disposizione che consentiva agli anziani cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile di essere formalmente riconosciuti come persone malate e quindi con il diritto di ricevere le occorrenti prestazioni sanitarie gratuite, nonché con l'ulteriore beneficio degli stessi infermi della riduzione degli oneri economici a loro cari-

co e l'esenzione dei loro familiari dal versamento di contributi.

Purtroppo contro l'apertura ammessa dalla legge 59/1985 era caduta – come avevo evidenziato nel sopra citato n. 196/2016 – la delibera della Giunta comunale di Torino del 31 gennaio 1988, in cui veniva decisa la costruzione di ben 10 case protette gestite dal settore dell'assistenza sociale destinate al ricovero di quasi 800 anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile, ai quali, anche sulla base della nefasta legge n. 30/1979 della Regione Emilia-Romagna (vedi il n. 190, 2015) venivano considerati “non autosufficienti non malati”!

A seguito delle iniziative del Csa, sostenute da alcuni Comitati spontanei di quartiere, forte e crescente era stata l'indignazione di parte della cittadinanza nei confronti della Giunta del Comune di Torino a causa del non riconoscimento della condizione di malati degli anziani colpiti da patologie invalidanti con autonomia limitatissima o nulla (8). Questa situazione

---

(8) Ad esempio l'8 settembre 1988 il Csa – Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, aveva diffuso il seguente volantino: «*Nell'Istituto di riposo per la vecchiaia (Irv) di Corso Unione Sovietica, nella Casa geriatrica Carlo Alberto, nel Convalescenziario alla Crocetta e presso l'Opera Pia Lotteri, tutte strutture assistenziali, continuano ad essere ricoverati anziani non autosufficienti malati, anzi molto malati. Ciò avviene in violazione delle leggi vigenti. Infatti il diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalle seguenti disposizioni di legge:*

- *in base alla legge 4 agosto 1955 n. 692, l'assistenza sanitaria deve essere fornita senza limiti di durata alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia;*

- *secondo il decreto del Ministro del lavoro del 21 dicembre 1956 l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani “quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio”;*

- *l'articolo 29 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, tuttora in vigore, impone alle Regioni di programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati “acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti”;*

- *la legge 13 maggio 1978 n. 180 stabilisce che le Unità sanitarie locali devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali. Al riguardo si ricorda che le Province hanno trasferito alle Usl il personale ed i finanziamenti concernenti tutti i pazienti psichiatrici, compresi quelli anziani autosufficienti e non autosufficienti;*

- *la legge di riforma sanitaria (legge 23 dicembre 1978 n. 833) obbliga le Unità sanitarie locali a provvedere alla “tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione”. Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano “le cause, la fenomenologia e la durata” delle malattie.*

«*Il ricovero di anziani non autosufficienti malati in strutture assistenziali è praticato altresì in violazione della deliberazione del*

aveva indotto la stessa Giunta ad approvare il 6 dicembre 1988 la delibera n. 8814750/19 avente per oggetto “Utilizzo parziale a fini sanitari degli istituti socio-assistenziali Istituto di riposo per la vecchiaia e Casa geriatrica Carlo Alberto”, le due strutture più importanti di Torino.

Con la succitata delibera non solo si conquistava il riconoscimento della condizione di malato delle persone anziane o con demenza che avevano l'esigenza vitale di ricevere le indispensabili prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche, ma vi erano le premesse per ottenere – come in seguito verrà realizzato – che le

---

*Consiglio regionale piemontese del 31 luglio 1986, n. 245-11964. Non solo vi sono anziani che sono ammessi come non autosufficienti non malati, quando invece malati lo sono (si veda, ad esempio il caso dei dementi senili), ma avviene anche – e il fatto è assolutamente inspiegabile – che nessun anziano non autosufficiente definito non malato ammesso negli istituti suddetti, diventi malato e quindi con oneri a carico della sanità. Questa situazione riguarda non solo i ricoverati ammessi nei suddetti istituti dopo l'entrata in vigore della sopra citata disposizione, ma anche coloro che erano già ricoverati alla data di entrata in vigore della deliberazione citata.*

*«Ciò premesso si chiede che:*

*a) nei letti assistenziali dell'Irv, Carlo Alberto, Convalescenziario alla Crocetta, Opera Pia Lotteri vengano ammessi esclusivamente anziani non autosufficienti non malati. In via transitoria, potrebbero continuare le ammissioni di anziani non autosufficienti malati, purché siano predisposti letti sanitari;*

*b) gli anziani non autosufficienti malati ricoverati nei suddetti istituti, a seconda delle loro condizioni di salute, siano trasferiti in ospedali o case di cura private, o venga decisa la loro permanenza nei suddetti istituti mediante la trasformazione dei posti letto assistenziali in posti letto sanitari, come previsto dal piano socio-sanitario regionale e dall'articolo 22 della legge regionale 23 agosto 1982 n. 20 e successive modificazioni;*

*c) siano accertate, sulla base dei dati disponibili, le condizioni di salute degli anziani non autosufficienti deceduti dopo l'entrata in vigore della deliberazione del Consiglio regionale 31 luglio 1986 n. 245-11964 e siano restituite agli eredi dei pazienti non autosufficienti malati le somme versate a titolo di contributo assistenziale dagli stessi e dai loro familiari».*

vecchie strutture dell'assistenza sociale (in netta diminuzione erano i ricoveri degli anziani autosufficienti) e le nuove costruzioni, comprese le dieci case protette deliberate dal Comune di Torino venissero destinate al settore sanitario.

Purtroppo, il Csa, malgrado le molteplici e insistenti iniziative assunte, non aveva ottenuto provvedimenti da parte della Regione Piemonte e del Comune di Torino diretti alla istituzione dei servizi relativi alle prestazioni domiciliari. Inoltre non erano state approvate le proposte di legge presentate, alla cui stesura il Csa aveva attivamente collaborato: a) al Consiglio regionale del Piemonte il 14 novembre 1988 con il titolo “Istituzione del servizio di spedalizzazione a domicilio” e ripresentata il 18 giugno 1992; b) alla Camera dei Deputati il 18 maggio 1992 “Interventi dello Stato a sostegno delle attività delle Regioni e delle Province autonome per il servizio di spedalizzazione a domicilio”, ulteriore conferma del disinteresse da parte delle forze politiche nazionali e locali nei riguardi delle prestazioni sanitarie domiciliari (9).

---

(9) Il servizio di spedalizzazione a domicilio, istituito a Torino nel 1984 (cfr. il n. 194, 2016 di questa rivista) funziona tuttora con ottimi risultati, anche se, creato per la cura a casa dei malati cronici e acuti, opera da anni quasi esclusivamente nei riguardi degli infermi acuti. Segnalo altresì che il Consiglio della Regione autonoma della Valle d'Aosta non aveva preso in considerazione la Petizione popolare promossa dalla sezione locale dell'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale nel 1988 e sottoscritta da 1963 cittadini elettori. Non avevano avuto alcun risultato concreto le azioni condotte dalla sezione di Genova della stessa Ulces per ottenere l'istituzione del servizio di spedalizzazione a domicilio. La stessa sezione dell'Ulces aveva anche organizzato, insieme al Clod (Comitato ligure spedalizzazione domiciliare), il convegno “Come e perché curare a domicilio le persone colpite da malattie acute o croniche o in fase terminale”, svoltosi a Genova 27 gennaio 1990.

## LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI SONO ANCHE DISUGUAGLIANZE DELLA SALUTE

Nell'articolo “Chi è povero è a rischio salute: perde anche due anni di vita” pubblicato su “La Stampa” dell'8 febbraio 2017, Fabio Di Totaro segnala che *«vivere in condizioni sociali ed economiche precarie può privare una persona anche di 2,1 anni di vita: lo svela uno studio su “The Lancet” allo scopo di individuare i meccanismi biologici alla base delle differenze sociali nella salute (...). L'obiettivo è capire attraverso quali processi biologici le disuguaglianze sociali si traducono in disuguaglianze per la salute».*