

Medicina e salute

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CON PATOLOGIE INVALIDANTI

.....

L'allungamento della vita media sta portando alla ribalta un problema che si incrementa esponenzialmente in forma automatica: quello degli anziani diventati non autosufficienti affetti da patologie invalidanti. È un problema complesso in cui gli aspetti sanitari s'intersecano con quelli di natura più marcatamente socio-assistenziale: una caratteristica, questa, molto pericolosa nella deriva del welfare che stiamo vivendo (e subendo) in quanto i soggetti che devono attivarsi per affrontare questo tipo d'assistenza arrivano da ambiti diversi e devono agire in collaborazione. In poche parole c'è il rischio di fare confusione sulle competenze, sui ruoli e quindi sulle responsabilità operative; c'è il rischio di lasciare l'iniziativa alla burocrazia che per sua natura tutto tende a rallentare, quando non a paralizzare.

L'OMCeO della provincia di Torino ha deciso di iniziare un percorso di conoscenza di questo problema sociale, sanitario e assistenziale dando voce a tutti i soggetti attivi, a tutti i ruoli e alle professionalità impegnate nel limitarlo, nell'arginarlo, nel non farlo esplodere mettendo a nudo tanti limiti e troppe incapacità.

Quello che segue è il primo tratto di questo viaggio; il testo è un contributo che descrive il ruolo svolto dal volontariato nell'arginare un problema gravissimo, sotterraneo, che gode del diritto di cronaca soltanto quando il degrado sociale, che spesso lo accompagna, si trasforma in tragedia.

Nicola Ferraro

A partire dalla metà del secolo scorso, il Parlamento italiano si è più volte occupato della questione degli anziani affetti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, approvando alcune leggi molto importanti (841/1953, 692/1955, 132/1968, 833/1978) che hanno riconosciuto a detti malati il diritto esigibile e senza limiti di durata alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere.

Le prestazioni dovevano essere fornite gratuitamente. Allo scopo le succitate prime due leggi avevano previsto un aumento dei contributi previdenziali a carico dei lavoratori del settore pubblico e privato, nonché dei relativi datori di lavoro, onere che non è stato cancellato o ridotto.

La situazione è stata modificata in parte a seguito dell'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2001, riguardante i Lea, Livelli essenziali di assistenza, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002.

I Lea confermano il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata, stabilendo che il Servizio sanitario nazionale deve versare almeno il 50% della retta degli anziani malati cronici degenti presso le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) o strutture analoghe, mentre i pazienti, se si tratta di ultrasessantacinquenni non autosufficienti o di soggetti con handicap in situazione di gravità, sono tenuti a corrispondere il rimanente 50% esclusivamente nell'ambito delle loro personali risorse economiche (redditi e beni), tenendo però in considerazione gli eventuali loro obblighi familiari (ad esempio, il mantenimento del coniuge oppure di figli con limitata o nulla autonomia).

Sono previste le seguenti franchigie: casa di abitazione di residenza fino al valore catastale di euro 51.645,00, mentre per i beni mobili (contanti, azioni, obbligazioni...) l'importo è di euro 15.493,00.

La quota della retta non coperta dal degente è a carico del Comune in cui abitava il malato prima del ricovero. I Lea sono caratterizzati dall'obbligo assoluto del Servizio sanitario nazionale e dei Comuni di fornire ai succitati pazienti le relative prestazioni nel pieno rispetto della lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione che recita: «Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: (...) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Ne consegue che le Regioni, comprese quelle a statuto speciale, le Province autonome di Bolzano e Trento e i Comuni non possono apportare alcuna modifica alle disposizioni sopra riportate, salvo che comportino vantaggi a favore dei cittadini, né hanno il potere di avanzare riserve, comprese quelle relative alle disponibilità finanziarie, volte a non attuare o a limitare il diritto alle cure residenziali degli anziani affetti da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

PRIORITÀ DELLE CURE DOMICILIARI

Com'è universalmente riconosciuto, nei casi in cui non debbano essere praticati interventi di alta specializzazione o utilizzate attrezzature sofisticate, per i succitati malati dovrebbero essere prioritariamente promosse le



Medicina e salute

cure domiciliari, che comportano oneri inferiori a carico della Sanità e benefici terapeutici anche notevoli per i pazienti.

Le norme sui Lea prevedono diritti anche per le prestazioni domiciliari. Tuttavia non essendo precisate le modalità di accesso ed i tempi degli interventi, la loro effettiva esigibilità è attualmente limitata all'attività dei medici di medicina generale.

In conclusione mentre è effettivo e azionabile il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie residenziali, le erogazioni domiciliari sono fornite discrezionalmente da parte delle Asl e dei Comuni.

Occorrerebbe quindi che le Regioni interessate effettivamente alla priorità delle cure domiciliari approvassero (finora nessuna l'ha fatto) norme specifiche. Al riguardo, alcune organizzazioni di volontariato del Piemonte stanno raccogliendo le firme per la presentazione di una petizione popolare in cui viene richiesto «il riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni domiciliari nei casi in cui siano contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:

- non vi siano controindicazioni cliniche o di altra natura riguardanti il malato;
- il soggetto, se in grado di esprimersi, sia consenziente e gli possano essere fornite le necessarie cure mediche e infermieristiche, nonché, se occorrenti, quelle riabilitative;
- i congiunti, o soggetti terzi, siano disponibili ad assicurare l'occorrente sostegno domiciliare e non vi siano controindicazioni circa la loro idoneità;
- vengano previsti gli interventi di emergenza sia qualora i congiunti o i soggetti terzi non siano più in grado di prestare gli interventi di loro competenza, sia nei casi in cui insorgano esigenze della persona non autosufficiente, che ne impongano il ricovero presso idonee strutture;
- i costi a carico delle Asl e/o dei Comuni non siano superiori a quelli di loro spettanza nei casi di ricovero presso strutture residenziali;
- ai congiunti e ai soggetti terzi venga riconosciuto il ruolo di volontariato intrafamiliare e ad essi venga versata dalle Asl, nella misura del 60% della retta corrisposta alle Rsa, un rimborso forfettario delle spese sostenute per le cure domiciliari, compresi gli oneri derivanti dalle sostituzioni della persona responsabile delle cure domiciliari per le occorrenti incombenze personali e familiari (acquisti, commissioni, ecc.)».

OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI DA OSPEDALI E DA CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE

Una iniziativa sicura (sperimentata in oltre 5mila situazioni di tutte le zone del nostro Paese) e poco costosa (meno di 20 euro) per ottenere il diritto alle cure socio-sanitarie presso le Rsa (e in certi casi quelle domiciliari)

consiste nella presentazione dell'opposizione alle dimissioni da ospedali o da case di cura private convenzionate degli anziani cronici non autosufficienti, e cioè dei soggetti malati, incapaci di provvedere autonomamente alle proprie esigenze vitali.

Per quanto riguarda l'opposizione alle dimissioni, particolare importanza ha il 5° comma dell'articolo 14 del decreto legislativo 502/1992, che così si esprime: «Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, dagli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione competente, al Direttore generale dell'Unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il Direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale».

ACCETTAZIONE DELLE DIMISSIONI

Sotto il profilo giuridico l'accettazione delle dimissioni (che si concretizzano anche con il semplice accompagnamento dell'anziano cronico non autosufficiente fuori dalla struttura in cui è ricoverato) assume il significato di volontaria sottrazione del malato dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e volontaria assunzione di tutte le relative responsabilità penali, civili ed economiche da parte della persona che ha preso in carico l'infermo.

RUOLO DEL VOLONTARIATO

Per l'effettiva tutela delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti e quindi totalmente dipendenti dagli altri (come può capitare da un momento all'altro a ciascuno di noi) sono importanti non solo le prestazioni del personale sanitario (medici di medicina generale e ospedalieri, infermieri, assistenti sociali...) ma anche quelle del volontariato, la cui attività dovrebbe essere rivolta alla promozione di adeguate leggi e delibere e alla loro tempestiva e corretta attuazione.

Informazioni sulle attività svolte in merito alla tutela dei diritti delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza sono contenute nel sito www.fondazionepromozionesociale.it. ■

Francesco Santanera