

# Esperienze di tutela di anziani con patologie invalidanti e non autosufficienza

Francesco Santanera

## Il ruolo del Csa

Il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) funziona ininterrottamente dal 1970 e opera secondo i principi del volontariato dei diritti. Pertanto, nell'ambito delle sue (limitate) possibilità agisce per ottenere dalle istituzioni provvedimenti (leggi e delibere) diretti alla prevenzione del disagio socio-economico e al riconoscimento dei diritti fondamentali della fascia più debole della popolazione, con particolare riguardo alle persone incapaci di autodifendersi a causa dell'età (minori privi di adeguato sostegno familiare) o a seguito di malattie o di handicap gravemente invalidanti<sup>1</sup>.

Una parte consistente del lavoro di volontariato dei diritti svolto dal Csa riguarda la tutela delle esigenze e dei di-

---

<sup>1</sup> Fanno parte del Csa: associazione Geaph di Sangano (To); Agafh di Orbassano (To); Aias di Torino; «La scintilla» di Collegno-Grugliasco (To); «Mai più istituti di assistenza»; Anfaa; «Odissea 33» di Chivasso (To); «Oltre il ponte» di Lanzo Torinese (To); «Prader Willi», sezione di Torino; Associazione promozione sociale; Asvad; Associazione tutori volontari; Cogeha di Settimo Torinese; Comitato integrazione scolastica; Coordinamento dei comitati spontanei di quartiere; Cumta; Ggl; Grh di Venaria e Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces; Utim.

ritti delle persone non autosufficienti. Per la corretta individuazione delle loro necessità fondamentali il Csa ritiene si debba tener conto anche delle cause della mancanza dell'autonomia personale, in modo da poter individuare gli occorrenti interventi preventivi. Al riguardo si fa presente che il fondo istituito dall'articolo 1264 della legge n. 296/2006 non riguarda la non autosufficienza, bensì «le non autosufficienze».

## Definizione di «non autosufficienze»

### Possibili cause

Le non autosufficienze possono essere determinate dalle seguenti cause:

- *gravi malattie acute* con conseguenze invalidanti permanenti o temporanee;
- *varie forme di coma*;
- *handicap intellettuale con autonomia estremamente ridotta*: molto spesso detti soggetti hanno notevoli difficoltà a comunicare i propri bisogni fondamentali di vita e nei casi più gravi hanno bisogno di essere assistiti 24 ore su 24;
- *handicap fisico con autonomia molto limitata* ma con integre facoltà intellettive e piena capacità di individuare le proprie esigenze: in certi casi, se adeguatamente supportate, queste persone sono in grado di autogestirsi, nonché di svolgere attività lavorative proficue;
- *patologie croniche* e loro esiti invalidanti (ictus, infarto, demenza senile, pluripatologie ecc.).

Per quanto riguarda il gruppo e), di gran lunga il più numeroso (secondo alcuni esperti i soggetti sarebbero oltre un milione), il Csa ha proposto la seguente definizione: «Sono persone (non solo anziane, ma anche adulte e giovani) colpite da malattie le cui conseguenze si prolungano nel tempo e determinano non solo sofferenze spesso rilevanti, ma anche limitazioni notevoli della loro autonomia (impossibilità di camminare, incapacità di alimentarsi da sole, incontinenza urinaria e/i sfinterica ecc.). Si tratta dunque di persone che, a causa della gravità delle loro condizioni fisiche e/o psichiche, hanno bisogno di cure sanitarie (diagnosi, terapie e a volte anche attività riabilitative) e nello stesso tempo non sono in grado di provvedere a sé 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 che non è nemmeno in grado di manifestare (fame, sete, caldo, freddo ecc.)». La sopra riportata definizione comprende anche le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Nei confronti dei succitati soggetti deve essere rivolta una particolare attenzione in merito alle valenze sociali e relazionali. Occorre quindi che detti aspetti siano assunti come componente essenziale e imprescindibile delle cure e come parte integrante delle attività di tutti gli operatori, compresi i medici, gli infermieri, i riabilitatori, il personale inserviente e gli addetti amministrativi.

## Le leggi vigenti

### Diritto alle cure

A partire dalle leggi n. 841/1953 e n. 692/1955, il Parlamento ha più volte confermato il diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure sanitarie senza limiti di durata, comprese quelle ospedaliere. A questo proposito si ricordano altresì le leggi n. 132/1968 e n. 386/1974, nonché la n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale che sanciva (e sancisce) l'obbligo di provvedere «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Prescriveva (e prescrive) inoltre che le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano «le cause, la fenomenologia e la durata» delle malattie.

È altresì opportuno ricordare che le citate leggi n. 841/1953 e n. 692/1955 avevano imposto un aumento dei contributi previdenziali a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro, quote tuttora riscosse dallo stato.

A sua volta il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 riguardante i Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge n. 289/2002 sia per il Servizio sanitario sia per gli enti gestori delle attività socio-assistenziali, stabilisce che le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale devono essere fornite agli anziani per quanto concerne le «prestazioni te-

rapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo». Le medesime prestazioni devono essere garantite a livello semiresidenziale.

Per i succitati interventi residenziali e semiresidenziali il Servizio sanitario nazionale deve corrispondere la quota sanitaria nella misura minima del 50% della retta totale.

#### *Violazione dei Lea*

Ad avviso del Csa il mancato rispetto dei diritti esigibili sanciti dai Lea è un reato compiuto dall'amministratore o dall'operatore del Servizio sanitario o del comune responsabile della violazione. Ovviamente, occorre che la richiesta della prestazione risulti da atto certo (raccomandata a/r, telegramma ecc.) e che il rifiuto degli interventi richiesti venga comprovato. Il Csa ritiene inoltre che siano a carico dei succitati enti i danni derivanti dagli interventi omessi.

#### *Finanziamento delle attività previste dai Lea*

In base alle leggi vigenti gli enti tenuti a fornire le prestazioni previste dal Lea (Asl e comuni) non possono avanzare alcuna giustificazione in merito alla mancanza di mezzi economici per quanto concerne gli investimenti e la gestione.

Al riguardo si precisa che se fosse ammessa dalla legge la possibilità di negare le cure sanitarie e sociosanitarie sulla base delle disponibilità economiche stanziare dalle Asl e dai comuni, sarebbe consentita l'attribuzione di risorse insufficienti allo scopo di limitare il diritto alle relative prestazioni. I diritti sarebbero negati e l'eutanasia da abbandono potrebbe quindi avere un'enorme diffusione nei riguardi dei malati affetti da patologie non solo croniche, ma anche da gravi infermità acute.

#### *Uso dello strumento della concessione di pubblico servizio*

Nei casi in cui le Asl e i comuni intendano istituire servizi semiresidenziali o residenziali per gli anziani cronici non autosufficienti (o per altri soggetti) senza l'esborso di alcuna somma, detti enti possono ricorrere allo strumento della «concessione di pubblico servizio», consistente nell'individuazione, ad esempio tramite apposita gara, di un con-

Concessione  
di pubblico  
servizio

cessionario al quale conferire per un certo numero di anni (20-30) la gestione della o delle strutture che lo stesso concessionario si impegna di costruire a sue spese sulla base delle richieste dell'amministrazione concedente. Quale contropartita il concessionario ripartisce gli oneri sostenuti sull'importo delle rette.

L'iniziativa avviata dal Cisap<sup>2</sup>, Consorzio intercomunale dei servizi alla persona dai Comuni di Collegno e Grugliasco, è stata intrapresa recentemente dal Comune di Torino per la creazione di 650 posti letto di Rsa. L'amministrazione comunale, avendo messo a disposizione i terreni per due Rsa, incasserà dal concessionario ben 1,5 milioni di euro.

È da tener presente che, nella concessione di pubblico servizio, il concessionario al quale vengono trasferite potestà pubbliche sostituisce la pubblica amministrazione nell'erogazione del servizio, ossia nello svolgimento dell'attività diretta al soddisfacimento dell'interesse collettivo, ma l'ente pubblico conserva la titolarità e il gestore deve applicare tutte le regole.

*L'azione di rivalsa delle spese sanitarie nei confronti del terzo civilmente responsabile*

Come ha sostenuto l'avvocato Roberto Carapelle (2009), le aziende sanitarie locali, le aziende sanitarie ospedaliere e ospedaliero-universitarie possono procedere al recupero, nei confronti dei soggetti le cui responsabilità sono state penalmente accertate, delle spese vive sostenute dai succitati enti per il soccorso, il trasporto e la degenza delle persone offese dal reato, che hanno subito lesioni curate in ambito ospedaliero, ambulatoriale o domiciliare. Detto recupero può riguardare infortuni sul lavoro, malattie professionali, ferimenti ecc.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali dovuti a colpa grave (ubriachezza, assunzione di droghe ecc.) occorrerebbe verificare, ad esempio mediante una o più cause campione, se la quota del premio di assicurazione versata dai cittadini possessori di auto o motocicli al Servizio sanitario nazionale comprende anche i succitati eventi. Altrimenti potrebbe es-

<sup>2</sup> Si legga a questo proposito il contributo, proposto in questo numero, «Promozione e tutela dei diritti delle persone nell'esperienza del Cisap» a firma di Mauro Perino, da p. 87.

sere promossa una legge che ponga a carico dei responsabili il rimborso delle spese sostenute dal Servizio sanitario nazionale per le attività di pronto soccorso e di cura delle persone vittime di incidenti stradali causati da colpa grave dei conduttori di autoveicoli. Si sottolinea non solo il valore etico dell'azione di rivalsa, ma anche la consistenza dei relativi importi che potrebbero contribuire in modo non trascurabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

#### *Degenze prolungate*

Potrebbe essere anche verificata la possibilità di porre a carico del soggetto interessato, nell'ambito delle sue personali risorse economiche, la quota alberghiera di ricovero relativa alle degenze permanenti presso ospedali o case di cura private convenzionate, che si protraggono oltre un determinato periodo di tempo (tre mesi?).

#### *Contributi economici a carico degli utenti*

Ai sensi dell'articolo 25 della legge n. 328/2000 e dei decreti legislativi n. 109/1998 e n. 130/2000 agli assistiti, se si tratta di ultrasessantacinquenni non autosufficienti o di soggetti con handicap in situazione di gravità, può essere richiesto un contributo economico in merito agli oneri sostenuti dai comuni per il loro ricovero presso strutture residenziali. Detto contributo deve essere calcolato sulla base delle risorse economiche del soggetto interessato, senza alcun onere per i parenti conviventi o non conviventi con l'assistito.

Al riguardo si segnala che, su iniziativa del Csa, la giunta della regione Piemonte con le delibere n. 37-6500 del 23 luglio 2007 e n. 64-9390 del 1° agosto 2008 ha disposto l'erogazione annua di circa 6 milioni di euro agli enti gestori delle attività socio-assistenziali, a condizione che essi diano piena attuazione alle sopra citate norme. Queste delibere sanciscono altresì l'obbligo della deduzione dagli importi delle contribuzioni a carico degli anziani cronici, non autosufficienti e dei soggetti con gravi menomazioni delle somme relative ai loro eventuali obblighi di mantenimento nei confronti del coniuge o di altri componenti dei loro nuclei familiari.

Al riguardo, è estremamente importante l'ordinanza del Consiglio di stato n. 2825 del 12 maggio 2010 che, nel respingere il ricorso presentato dal Comune di Bollate (Milano), ha riconosciuto la piena applicabilità del comma 2ter dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 109/1998 che «ancora la modalità di contribuzione al costo della prestazione alla situazione economica del solo assistito».

*Prescrizioni del Garante per la protezione dei dati personali*

In attuazione delle norme sulla riservatezza (Dlgs n. 196 del 2003), il Garante per la protezione dei dati personali ha stabilito nella Newsletter n. 276 del 12 maggio 2006 che gli enti pubblici non possono raccogliere dati di sorta (nome e cognome, indirizzo, importo dei redditi e dei beni ecc.) riguardanti i congiunti (conviventi o non conviventi) degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti e dei soggetti con handicap in situazione di gravità.

Detta precisazione è stata confermata dalle note inviate, fra gli altri, dallo stesso Garante ai comuni di Bologna, Firenze, Milano e Verona. L'inosservanza di queste norme può essere valutata un reato dalla magistratura.

*Riconoscimento della priorità delle cure domiciliari e del volontariato intrafamiliare*

In Piemonte sono state avviate da anni diverse iniziative volte alle cure domiciliari degli anziani non autosufficienti. Il primo servizio è quello riguardante l'ospedalizzazione a domicilio, istituito nel 1984 dall'allora Asl To 1-23 e gestito ininterrottamente dal 1985 dalla divisione di geriatria dell'ospedale Molinette di Torino. Finora sono stati curati gratuitamente a domicilio oltre 10mila malati colpiti da gravi patologie acute e croniche, necessitanti di prestazioni di competenza ospedaliera.

Si segnala altresì che la giunta della regione Piemonte ha approvato la delibera n. 39-11190 del 6 aprile 2009 in base alla quale la sanità corrisponde, indipendentemente dalle risorse economiche dell'anziano non autosufficiente, il 50% dell'assegno di cura a favore dei congiunti e degli affidatari che provvedono direttamente all'accudimento domiciliare del malato o che hanno assunto un'assistente familiare. A loro volta i comuni provvedono al versamento

della quota rimanente sulla base delle risorse economiche del paziente. Con la delibera in oggetto la regione Piemonte ha finalmente riconosciuto il ruolo fondamentale del volontariato intrafamiliare, anche se gli importi degli assegni di cura sono molto limitati.

Con la successiva delibera n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 ha esteso alle persone di età inferiore ai 65 anni, minori compresi, le provvidenze volte alle cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti con la sola esclusione degli interventi riguardanti la «Vita indipendente», le cui modalità di intervento e di sostegno sono state disposte da provvedimenti già emanati dalla stessa giunta.

*Opposizione alle dimissioni di anziani cronici non autosufficienti da ospedali e da case di cura convenzionate*

Con riferimento alle vigenti disposizioni di legge sul diritto degli anziani non autosufficienti alle cure sociosanitarie senza limiti di durata e alla continuità terapeutica delle prestazioni fornite durante la fase acuta, il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti della Fondazione promozione sociale ha predisposto un fac-simile della lettera di opposizione alle dimissioni di detti soggetti da ospedali e da case di cura private convenzionate reperibile sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

In tutti i casi (finora oltre 10mila) in cui i congiunti dei pazienti hanno seguito le indicazioni del Comitato, le dimissioni sono state bloccate e l'anziano non autosufficiente ha continuato a essere ricoverato in ospedale o nella casa di cura o è stato trasferito a cura e spese della sanità in una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale).

Come ha precisato Claudio Testuzza (2009), «prima di accettare le dimissioni da una struttura ospedaliera o da una casa di cura privata convenzionata è opportuno chiedere l'impegno scritto dell'Asl di riferimento in merito agli interventi domiciliari garantiti».

Da tenere presente che l'opposizione alle dimissioni da ospedali o da case di cura private convenzionate di persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza non ha assolutamente lo scopo di favorire i ricoveri presso dette strutture, bensì di evitare che l'accettazione delle dimissioni venga considerata - come viene attualmente valu-



tato sotto il profilo giuridico-amministrativo - la volontaria sottrazione del paziente dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e la volontaria assunzione da parte di colui che le accetta (anche solo di fatto) di tutte le responsabilità penali, civili ed economiche derivanti dalla (inevitabile) prosecuzione delle cure sociosanitarie.

Altra negativa conseguenza è l'estrema difficoltà di ottenere il ricovero presso Rsa degli anziani cronici non autosufficienti le cui cure domiciliari sono diventate impraticabili a causa della incapacità dei congiunti (a volte ultraottantenni) di continuare ad assicurarle.

## Conclusione

Tenuto conto della necessità delle cure sociosanitarie degli anziani (e degli adulti) colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza e delle vigenti disposizioni di legge sui compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale, vi è l'assoluta e urgente necessità di fornire adeguate informazioni alla popolazione che, anche allo scopo di consentirne la verifica, dovrebbero essere scritte.

A questo proposito, si segnala che un gruppo di organizzazioni di base<sup>3</sup> ha predisposto l'opuscolo «Tutti hanno diritto alle cure sanitarie, compresi anziani malati cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer, malati psichiatrici, handicappati con gravi patologie», che è riportato nel sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

## Riferimenti bibliografici

Carapelle R., *Risorse economiche da non dimenticare: l'azione di rivalsa delle spese sanitarie nei confronti del terzo civilmente responsabile*, in «Prospettive assistenziali» n. 168/2009, pp. 8-9.

Testuzza C., *L'esperto risponde*, in «Il Sole 24 Ore», 3 agosto 2009.

---

<sup>3</sup> Alzheimer Piemonte, Auser, Avo, Consulta per le persone in difficoltà, Csa, Diapsi, Gruppi volontariato vincenziano, Sea Italia, Società di San Vincenzo de Paoli, Utim

ne regionale, come ci risulta sia stata già fatto in alcune realtà territoriali.

[2745]

## POSSIBILE LA DEGENZA IN RSA PER OLTRE 60 GIORNI

03-08-2009

■ Una paziente di 94 anni di età, affetta da deterioramento cognitivo con mancanza di autonomia nell'attività della vita quotidiana e da patologie respiratorie connesse all'età avanzata, ricoverata presso una Rsa del Lazio, ha avuto comunicazione di dimissioni dalla Rsa dopo 60 giorni di permanenza. Poiché la degente continua a manifestare gravi condizioni di salute e, d'altra parte, per il tipo di malattia non può essere curata a domicilio non avendo, peraltro, una casa di abitazione, mezzi finanziari a disposizione e parenti tenuti all'obbligo di assistenza per legge, si chiede di conoscere quali iniziative possa assumere la Rsa nei suoi confronti, per imporre le dimissioni e quali mezzi, anche di legge, possa opporre la degente alle dimissioni, per ottenere quanto meno il ricovero presso altra struttura sanitaria.

A.R. - ROMA

**G**li ospiti delle residenze sanitarie assistite possono essere dimessi esclusivamente dalla Unità valutativa territoriale in sede di valutazione per le proroghe. Il diritto dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalle seguenti disposizioni:

— l'assistenza sanitaria deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata; alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia (legge 4 agosto 1955 n. 692);  
 — 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" (decreto del ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956);

— le Regioni devono programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati "acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti" (articolo 29, legge 12 febbraio 1968 n. 132);

— le Asl devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali (legge 13 maggio 1978 n. 180);

— le Asl sono obbligate 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 (legge 23 dicembre 1978, n. 833);

— le cure sanitarie sono dovute indistintamente ai malati acuti e cronici senza limiti di durata: "decreto Craxi"

(Dpcm 8 agosto 1985) sull'integrazione socio-sanitaria essendo solo un atto amministrativo, non ha però valore normativo (sentenza 10150 del 1996 della Suprema corte di cassazione);

— la Finanziaria 2003, all'articolo 54, ha confermato i livelli essenziali di assistenza indicati dal Dpcm 29 novembre 2001, rilevando al comma 2 che «Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 (...); ovvero anche gli interventi di riabilitazione e di lungodegenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.

Infine, ricordiamo che i ricoveri nelle case di cura convenzionate non durano solo 60 giorni. Infatti, sulla base di accertamenti medici è possibile continuare la degenza senza alcun abbattimento tariffario per la casa di cura, ed è sempre l'Asl che deve prendersi carico del paziente (e non la famiglia). Prima di accettare le dimissioni da una struttura ospedaliera, o da una casa di cura privata convenzionata, è opportuno chiedere l'impegno scritto dell'Asl di riferimento in merito agli interventi domiciliari garantiti. Se non si è in grado di assistere a domicilio ci si può opporre alle dimissioni da ospedali/case di cura private convenzionate, qualora non sia garantita la continuità terapeutica in altra struttura sanitaria pubblica o convenzionata. Nessun pagamento è dovuto dai familiari di assistiti con handicap in situazione di gravità o di ultrasessantacinquenni non autosufficienti ricoverati in strutture assistenziali pubbliche o private convenzionate. L'articolo 25 della legge sull'assistenza (legge 328/2000) prevede che gli enti pubblici devono prendere in considerazione la situazione economica del solo assistito per le prestazioni sociali erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, nonché ai soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

La condizione di handicap, in situazione di gravità, è accertata dalle specifiche commissioni delle Asl. Altresì, la condizione di non autosufficienza è certificata dalle Unità di valutazione geriatriche (Uvg).

A cura di Claudio Testuzza

## SCUOLA

[2746]

### IL GIORNO LIBERO DEI DOCENTI NON È CONSIDERATO FESTIVO

■ Può un dirigente scolastico imporre a un'insegnante la presa di servizio, senza necessità, dopo un periodo di malattia nel giorno di riposo concordato e autorizzato dallo stesso?

M.B. - POTENZA