

## LOMBARDIA MON AMOUR: IMMOTIVATE LODI AL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO, PROMOTORE DI EMARGINAZIONE E NEGAZIONE DELLE CURE

Nel volume di recente pubblicazione “I dieci comandamenti dell’economia italiana” (a cura di Carlo Cottarelli e Alessandro De Nicola, editore Rubettino), il capitolo “Quarto comandamento. (Stato) medico, cura te stesso” di Paolo Berardinelli e Alberto Mingardi, va segnalato per l’immotivato e nella sostanza falso quadro della sanità lombarda, celebrata come modello, ma in realtà protagonista di una diffusissima e strutturale emarginazione ed esclusione sociale dei malati non autosufficienti.

Non è affatto vero quanto viene affermato nel libro a proposito del fatto che il Sistema sanitario [nazionale] possa «*tranquillamente considerarsi alla pari dei migliori riferimenti europei*» (pag. 85), che «*i sistemi regionali migliori*» del nostro Paese sono quelli «*di Emilia-Romagna e Lombardia*» (pag. 86), che «*il modello lombardo è ovviamente coerente con l’articolo 32 della Costituzione: è un sistema sanitario universalistico (tutti i cittadini hanno eguale accesso alle cure) e solidaristico (le prestazioni non sono pagate dal singolo beneficiario, ma vengono sostenute dall’attore pubblico)*» (pag. 96), che «*il cosiddetto “modello lombardo” rappresenta una buona pratica, coincide con trattamenti e cure di livello europeo e ha molto da insegnare al resto del Paese*» per cui «*la migliore riforma della sanità sarebbe mettere il resto del Paese in condizione di imparare quel che va appreso dalla Lombardia*» (pag. 104).

La realtà dei fatti concreti è molto, molto diversa da quella descritta dagli Autori che ricoprono ruoli di assoluto rilievo nell’Istituto Bruno Leoni: Alberto Mingardi è stato fra i fondatori e ricopre attualmente il ruolo di Direttore, mentre Paolo Berardinelli è «*research fellow*» dell’Istituto stesso con cui collabora dal 2013 sui temi della sanità e dei conti pubblici.

### **Prestazioni a pagamento dei degenti**

In primo luogo è sconcertante che i due Autori dichiarino che il modello lombardo (1)

(1) Poiché la nostra attività di volontariato dei diritti è limitata alla difesa delle esigenze vitali delle persone non autosufficienti,

sia solidaristico, in quanto, come abbiamo già segnalato, essi asseriscono che «*le prestazioni non sono pagate dal singolo beneficiario, ma vengono sostenute dall’attore pubblico*», dimenticando che, con l’entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 relativo ai Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, le cui norme sono cogenti ai sensi dell’articolo 54 della legge n. 289/2002, il costo della degenza degli infermi presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, è a carico del Servizio sanitario nazionale solamente nella misura minima del 50% (2), mentre la quota rimanente deve essere corrisposta, attualmente in base al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013, n. 159, dal ricoverato, nonché, se questi non è in grado di coprire l’intero importo, dal suo Comune di residenza (3).

In secondo luogo non corrisponde al vero l’affermazione degli Autori secondo cui «*il modello lombardo è ovviamente coerente con l’articolo 32 della Costituzione*» in base al quale «*tutti i cittadini hanno uguale accesso alle cure*». Infatti, il Servizio sanitario lombardo viola da anni – e impunemente – l’articolo 2 della legge n. 833/1978 che obbliga il Servizio sanitario nazionale ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*». Ne consegue che hanno il pieno e, se necessario, immediato

non siamo in grado di esprimere valutazioni in merito all’operato della Regione Lombardia (e degli altri Enti) concernenti la cura degli infermi con patologie acute.

(2) Come documenteremo in seguito, risulta, tra l’altro, che la Regione Lombardia sia largamente inadempiente sul punto e che molto spesso nemmeno versa alle Rsa il 50% della retta complessiva, in modo che il degente si trova addebitata ben più della metà dell’importo.

(3) Il decreto citato ha stabilito l’obbligo per le amministrazioni di considerare per la redazione dell’Isee socio-sanitario, oltre alla situazione economica dell’utente anche – caso unico, mai previsto per altri cittadini che richiedono il calcolo dell’Isee – di una “quota aggiuntiva” relativa alla situazione economica del coniuge, nonché dei figli conviventi o non conviventi, compresi – addirittura – quelli costretti ad emigrare all’estero per qualsiasi causa, compra la ricerca di lavoro.

diritto alle cure tutti gli infermi, siano essi giovani o adulti o anziani, affetti da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri.

### **Violazione sistematica del diritto alle cure**

Nonostante l'evidente chiarezza delle sopra citate disposizioni, da anni, in tutta la Lombardia continua la palese, diffusa e devastante violazione delle vitali esigenze sanitarie e/o socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Questi infermi, la cui non autosufficienza testimonia anche ai non esperti l'assoluta indifferibilità delle prestazioni di competenza del Servizio sanitario nazionale, sono dimessi dagli ospedali e dalle case di cura private convenzionate appena risolte le fasi acute delle patologie che avevano determinato la degenza e la vincolante e immediata continuità terapeutica è scaricata sui loro congiunti che non hanno alcun obbligo giuridico di assumere a loro carico le relative responsabilità penali, civili ed economiche.

Va notato che, come da anni abbiamo segnalato ai Presidenti del Consiglio e della Giunta della Regione Lombardia, ai Dirigenti delle Ats – Agenzie tutela della salute e delle Asst – Aziende socio-sanitarie territoriali, nonché ai Direttori sanitari degli ospedali e delle case di cura, la presenza nel nostro ordinamento dell'articolo 23 della Costituzione che recita: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Ne consegue che, mai avendo il Parlamento approvato norme dirette ad assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti al Servizio sanitario nazionale, nessun obbligo può essere imposto dalle Regioni o da altri Enti ai familiari (4).

(4) Sulla rivista "Prospettive assistenziali" sono numerosi gli articoli pubblicati in merito alle iniziative assunte, fin dal 1962, dalle organizzazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base e, dal 2003, dalla Fondazione promozione sociale onlus per ottenere dal Parlamento il riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari ed il sostegno delle persone e delle famiglie che volontariamente assumono questo impegno, spesso assai frustrante.

### **L'esposto alle Procure della Lombardia**

Il 14 novembre 2019 la Fondazione promozione sociale onlus e il Csa – Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, vista la perdurante situazione di negazione del diritto fondamentale alle cure in Lombardia, hanno inviato alle Procure di tutta la Regione l'esposto che riportiamo integralmente di seguito. Gli allegati citati e il testo dell'esposto sono pubblicati sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it).

\* \* \*

*Ill.mo Procuratore della Repubblica*

**Oggetto: Segnalazione della continua, palese e devastante violazione dei fondamentali vigenti e vitali diritti delle cure sanitarie e socio-sanitarie di molte centinaia di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile. Illegittimi oneri aggiuntivi a carico degli infermi, dei loro congiunti e dei Comuni. Sconcertante assenza di iniziative da parte delle Autorità regionali e locali e del personale sanitario, nonostante le numerose e documentate sollecitazioni.**

Il sottoscritto [...] in qualità di Segretario della Fondazione promozione sociale onlus e rappresentante del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), espone quanto segue.

Preso atto della lodevole iniziativa assunta dalla Procura della Repubblica di Milano a tutela dei diritti dei *riders* (cfr. "La Stampa" del 20 settembre 2019) le organizzazioni scriventi che operano a tutela delle vitali esigenze dei sopracitati infermi non autosufficienti e pertanto definitivamente e totalmente impossibilitati ad autodifendersi e, nello stesso tempo, aventi esigenze sanitarie o socio sanitarie assolutamente indifferibili, come precisato anche nell'allegato documento dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, si rivolgono alle S.V. nella viva speranza di Vostre iniziative.

Come inutilmente si ripete da anni, in base all'articolo 2 della legge n. 833/1978, il Servizio sanitario deve obbligatoriamente assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al*

*fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».*

Pertanto il Servizio sanitario è tenuto a fornire, se del caso anche immediatamente, le occorrenti prestazioni a tutti gli infermi, siano essi giovani o adulti o anziani, colpiti da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti, ricchi o poveri.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 833/1978 il Servizio sanitario deve operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario.

### **I congiunti degli infermi non hanno obblighi giuridici di svolgere compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale e nessuno può imporli**

Particolare attenzione è stata da noi rivolta a segnalare alle Autorità politiche, ai Dirigenti amministrativi e sanitari, nonché agli operatori coinvolti che, in base all'articolo 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e che, non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai familiari e ai conviventi degli infermi alcuna funzione di cura che è di competenza obbligatoria del Servizio sanitario nazionale, nessuno, né le Regioni, né i Comuni, né altri enti possono sostituirsi al Parlamento, cui spetta l'approvazione delle leggi, né al Presidente della Repubblica che le promulga.

Nonostante l'estrema chiarezza delle citate disposizioni della Costituzione e della legge n. 833/1978, mai contestate dai nostri numerosi interlocutori (Presidenti del Consiglio e della Giunta della Regione Lombardia, Assessore alla sanità, Direttori generali e sanitari di Ospedali, Aziende sanitarie e Case di cura private), le violazioni sono continuate come se nulla fosse.

Anzi vi sono state reazioni allarmanti, al punto che, come esempi significativi di comportamenti anticostituzionali, illegittimi e vessatori, si ricordano le due sconcertanti richieste, avanzate da dirigenti sanitari, di indagini dirette ad accertare se l'opposizione alle dimissioni ospedaliere di infermi non autosufficienti (e quindi aventi il pieno, vitale ed indifferibile diritto alle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie) di cui si allega un facsimile (allegato 1), rientrasse fra le azioni concernenti il reato di abbandono di persona incapace. Fatto insussistente, tenuto conto che il paziente non autosufficiente, in ospedale o in casa di cura riceve cure 24 ore su 24. Infatti, la Procura non ha fatto seguito alle segnalazioni, che restano tuttavia uno strumento di pressione inaccettabile.

Da notare che le opposizioni alle dimissioni sono sempre presentate con raccomandate A/R indirizzate al Direttore generale dell'Asl (o analoga denominazione) di residenza dell'infermo, con esplicito riferimento agli articoli 41 della legge n. 132/1958, 4 della legge n. 585/1985 e 14 del decreto legislativo n. 502/1992, in base alle quali il cittadino può esercitare tale diritto.

Nell'allegato articolo "Regione Lombardia: violazione del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie", pubblicato nel n. 200/2017 di "Prospettive assistenziali" sono riferite due allarmanti situazioni: l'insensata segnalazione dell'Ospedale di Sesto San Giovanni al Commissario di pubblica sicurezza a carico del Sig. N.S. che, essendosi opposto alle dimissioni della propria madre colpita da demenza senile, potrebbe aver compiuto i reati di interruzione di pubblico servizio e di abbandono di persona incapace. La seconda allucinante situazione concerne lo scarico a domicilio di una inferma non autosufficiente (allegato 2).

### **Abusi subiti molto spesso dai congiunti degli infermi non autosufficienti**

Mentre sono rarissime le lamentele dei congiunti in merito alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie fornite da ospedali e da case di cura per la risoluzione di patologie acute o per le attività di riabilitazione, gravissimi sono gli abusi che con allarmante frequenza i congiunti subiscono nei casi di presentazione dell'opposizione alle dimissioni dei loro familiari colpiti anche dalla non autosufficienza:

**a)** premesso che mai vengono contestati i riferimenti costituzionali e legislativi evidenziati nelle raccomandate A/R utilizzate sempre per inoltrare le opposizioni, molto spesso gli operatori delle strutture pubbliche e private intervengono per confermare le dimissioni sostenendo la presenza di (inesistenti) leggi che obbligano i familiari a provvedere agli infermi non autosufficienti, risolte le fasi acute che avevano causato la degenza;

**b)** in altri casi, il personale sanitario dell'ospedale o della casa di cura invia la segnalazione all'Autorità giudiziaria con la richiesta di provvedere alla nomina di tutori esterni, penalizzando in tal modo i familiari che fino a quel momento si sono fatti carico dei bisogni di salute del loro congiunto anziano. La motivazione è sempre la stessa: abbandono di persona incapace, solo perché il familiare ha chiesto la continuità terapeutica prevista dalle leggi vigenti. In un caso, ad esempio, la segnalazione di persona incapace è stata avanzata alla Polizia locale del Comune di Magenta. Una casa di cura privata ha chiesto l'intervento del Comando dei Carabinieri;

c) ai figli di una signora anziana malata cronica non autosufficiente, una casa di cura privata ha segnalato che, qualora non avessero accettato le dimissioni entro il termine fissato, sarebbe stato posto a loro carico il costo della degenza, precisato in euro 135,14 al giorno;

d) nei casi (praticamente tutti) in cui sono proposte le prestazioni domiciliari al termine delle fasi acute o del periodo di riabilitazione, non solo non viene mai precisato che i congiunti degli infermi non autosufficienti non hanno alcun obbligo giuridico di assumere la prosecuzione delle indifferibili cure, e nulla viene detto in merito alla legge che impone, a coloro che accettano volontariamente di assumere le cure domiciliari di garantire una presenza attiva 24 ore su 24 nei casi di persone colpite da demenza senile, non solo per provvedere alle frequenti emergenze, ma anche per evitare di incorrere nel reato di abbandono di persona incapace qualora l'infermo compia atti autolesionisti o subisca danni da parte di terzi magari introdottisi abusivamente nell'abitazione;

e) è assai significativo che, nonostante l'importanza spesso vitale delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, di cui hanno l'indifferibile esigenza tutte le persone non autosufficienti e la complessità delle relative problematiche, né la Regione Lombardia, né il relativo Servizio sanitario abbiano predisposto un dépliant anche di poche pagine, per informare sul diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previsto dalla Legge 833/1978 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

### **Oneri economici illegittimi a carico degli infermi, dei loro parenti e dei Comuni**

A seguito dell'anticostituzionale ed illegittima imposizione a cui sono sottoposti, tutti i congiunti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile sono di fatto invitati/costretti a subire le seguenti conseguenze:

1. l'accettazione delle dimissioni dei loro familiari non autosufficienti al termine delle fasi acute delle patologie, che avevano causato il ricovero ospedaliero o alla fine del periodo di riabilitazione, li obbliga o a provvedere a loro spese alle prestazioni domiciliari, assumendone le responsabilità civili e penali relative alla prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie (molto limitati sono i sostegni economici domiciliari stabiliti dalla Regione Lombardia erogati in base all'Issee e compatibilmente con le risorse disponibili);

2. se non possono curare a domicilio devono rivolgersi agli enti, quasi tutti privati, gestori delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, che di fatto

operano in regime di totale ed assoluto monopolio per cui i congiunti degli infermi non autosufficienti che, come più volte precisato, non hanno compiti di sorta in base alle vigenti norme costituzionali e legislative, sono costretti a sottoscrivere contratti contenenti molto spesso disposizioni vessatorie, ad esempio versamento di depositi cauzionali anche infruttiferi, obbligo del pagamento per prestazioni "escluse" che dovrebbero essere comprese nella retta, facoltà di dimettere ad esclusivo giudizio dei medici delle Rsa i malati più "difficili", obbligo di accettare gli aumenti decisi discrezionalmente dalle Rsa, ecc.;

3. gli infermi non autosufficienti, che risultano pertanto ricoverati nelle Rsa sulla base di un contratto privato e non in un rapporto pubblicistico come stabilisce la legge n. 833/1978, sono costretti a versare una quota alberghiera superiore a quella che la Regione Lombardia, se agisse correttamente come le altre Regioni, dovrebbe aver concordato con le Rsa;

4. stando ai dati pubblicati dalla stessa Regione Lombardia sul proprio sito internet, attualmente nella Regione sono attive 695 Rsa per un totale di 63.062 posti letto, per cui anche l'aumento di un solo euro al giorno delle rette richieste ai degenti comporta un aumento degli introiti degli enti gestori delle Rsa di circa 23 milioni di euro annui ( $63.062 \times 365 = 23.017.630$  euro);

5. sulla pubblicazione "Informa", maggio 2018, della Federazione Nazionale Pensionati Cisl Lombardia, viene riferito che la «*Regione Lombardia copre la quota sanitaria con 40,3 euro pro capite/die*» e che «*tale cifra risulta però inferiore a quanto disposto dalla legislazione vigente la quale stabilisce che tale quota debba essere pari al 50% del costo giornaliero pro capite*», con la precisazione che «*tale costo, come rilevato dalle schede delle strutture più recenti sarebbe pari a 103,9 euro; di conseguenza il contributo che questa dovrebbe riconoscere alle Rsa contrattualizzate dovrebbe essere di 51,99 euro/giorno*». Dunque, se quanto sopra riferito corrisponde al vero, in media ciascun utente deve versare ogni anno ben 4.252,25 euro in più del dovuto;

6. anche la pubblicazione "Rette Rsa: che cosa si nasconde" dietro ai numeri?" a cura di Rosemarie Tidali, Lombardia Sociale, [www.lombardiasociale.it](http://www.lombardiasociale.it), del 6 febbraio 2019 evidenzia che «*in Lombardia non viene rispettata la copertura regionale del 50% dei costi sanitari prescritti dai Lea*» e che «*recenti studi dimostrano che il costo totale medio a giornata di assistenza in Rsa in Lombardia è euro 104,89 (di cui 92,24 per la gestione caratteristica), con un contributo medio del Fondo sanitario regionale in base alla classificazione Sosia di 41,30 euro; se ne*

deduce che si è ben lontani dal rispetto della sopra citata copertura del 50%». L'estrema gravità dell'imposizione ai ricoverati e ai loro congiunti (nonché, come vedremo in seguito, anche, in certi casi ai Comuni) deve essere valutata anche con riferimento al secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, secondo cui «lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: (...) ordinamento civile» e cioè anche nei riguardi dei rapporti economici fra le Regioni ed i cittadini, per cui le Regioni non possono introdurre norme che stabiliscano oneri economici a carico degli infermi, dei loro congiunti e dei Comuni superiori a quelli stabiliti dalle leggi nazionali.

### **Le burocratiche e fuorvianti risposte dei Direttori generali delle Ats, Agenzie di Tutela della Salute**

Quale esempio si riporta parte dell'e-mail inviata alla Fondazione promozione sociale dal Dott. Marco Bosio, Direttore generale dell'Ats Milano Città Metropolitana, che in risposta alle opposizioni, invia il seguente testo standardizzato: «In merito alla lettera del 19/02/2018 prot. n. 24760 di opposizione alle dimissioni di Sua madre A.P. dalle Asst Santi Paolo e Carlo (Ospedale San Paolo) si forniscono i seguenti chiarimenti nella prospettiva di un ricovero presso una struttura residenziale. L'attuale normativa prevede per i ricoveri in Residenza sanitaria assistenziale un onere a carico del Servizio sanitario regionale (tariffa) e una quota a carico dell'assistito o dei suoi familiari (retta). La normativa fa riferimento al Dpcm 14.02.2001 tutt'ora vigente che all'art. 3 specifica che nell'ambito delle strutture residenziali per anziani, gli interventi erogati si qualificano come prestazioni "attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza ... Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale o domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazioni delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza". Il successivo Dpcm 29.11.2001 attesa la difficoltà, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, di distinguere le spese di carattere sanitario da quelle socio-assistenziali, prevede una ripartizione forfettaria dei costi che prescinde dalla natura delle prestazioni rese, definendo come sanitarie di rilevanza sociale "le prestazioni nelle quali la componente

sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale". La Tabella allegata al Dpcm 14.02.2001, costituente l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie previsto dall'art. 2 comma 1 lett. n) l. 419/1998, assimila gli anziani alle persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, prevedendo nelle forme di lungo assistenza semiresidenziali e residenziali, in via forfettaria, che il 50% del costo complessivo sia a carico dell'utente o del Comune, secondo le modalità previste dalla disciplina regionale e comunale. Il menzionato Dpcm 29.11.2001 per quanto concerne, in particolare, le prestazioni di ricovero e cura e di recupero funzionale di anziani non autosufficienti e non curabili a domicilio, ha previsto che il 50% dei costi sia posto a carico dell'utente o del Comune di residenza. Il Dpcm 29.11.2001 rimanda poi espressamente alle leggi e piani regionali. Queste considerazioni vogliono significare che, nell'ambito del sistema di assistenza socio-sanitaria integrata, è ormai improprio parlare distintamente di prestazioni socio-assistenziali e di prestazioni sanitarie, ma occorre pensare e far riferimento ad una categoria unitaria di prestazioni, i cui costi sono sostenuti in parte dal SSR e in parte dagli assistiti, dai loro familiari o dagli Enti Locali (Comuni). Tale concetto è stato definitivamente chiarito con la l.r. 12.03.2008 n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario" che all'art. 8 recita: "Art. 8 Partecipazione al costo delle prestazioni: le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche, così come definito in materia di Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) e nel rispetto della disciplina in materia di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'art. 3 e sentita la competente Commissione Consigliare. Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati secondo le modalità stabilite dalle norme vigenti". Al fine di ricevere ulteriori chiarimenti e il necessario supporto e accompagnamento per l'accesso alla rete dei servizi socio-assistenziali, La invito a prendere contatti con il Servizio territorialmente competente dell'ASST Rhodense – tel. 02 486171 email: direzione.distretto.corsico@asst-rhodense.it».

È sconcertante rilevare che nel testo integralmente sopra riportato il Direttore generale dell'Ats, Azienda tutela della salute, non contesti i riferimenti costituzionali e legislativi riportati nella raccoman-

data A/R di opposizione alle dimissioni predisposto da questa Fondazione, e si limiti a citare norme che con sicurezza assoluta non attribuiscono alcun obbligo dei congiunti degli infermi non autosufficienti per quanto concerne la indifferibile continuità delle cure sanitarie e socio-sanitarie. Il Direttore confonde la compartecipazione al costo della retta alberghiera, con l'obbligo di cura che è solo del Servizio sanitario e delle Asl.

### **Importanti precisazioni dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Azienda socio-sanitaria territoriale (Asst) Nord Milano**

Oltre ai puntuali rilievi dell'Ufficio di Pubblica Tutela dell'Asst Milano Nord, riportati nell'allegato articolo "Regione Lombardia: violazioni del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie", detto Ufficio, in relazione alle comunicazioni inviate dalla Fondazione promozione sociale onlus, nella relazione sull'attività svolta nel 2017, aveva evidenziato che «*il Servizio sanitario nazionale è obbligato, in base all'articolo 32 della Costituzione italiana e all'articolo 2 della legge 833 del 1978, a curare tutte le persone malate, senza limiti di durata, siano esse colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti*», precisando che «*nell'ambito di una dimissione protetta da un Presidio ospedaliero di una persona non autosufficiente non curabile a domicilio per la quale venga prospettato il ricovero presso una Rsa è fondamentale garantire, da parte dei soggetti istituzionali coinvolti nel relativo procedimento, che: la Rsa, indicata per la presa in carico del paziente, a seguito di apposita valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, sia struttura accreditata presso il Servizio sanitario; la Rsa sia idonea, sotto il profilo dei requisiti organizzativi e di qualità delle prestazioni di cura erogate, a garantire l'erogazione delle prestazioni previste nel Progetto assistenziale individualizzato; l'Ats - Agenzia di tutela della salute territorialmente competente corrisponda alla Rsa una quota, a carico del Fondo sanitario nazionale e regionale pari al 50% del costo della retta*». Analoghe sono le valutazioni e le proposte contenute nella relazione 2018 dello stesso Ufficio di Pubblica Tutela.

Purtroppo nessuno, né la Giunta regionale della Lombardia, né i Comuni, né il Difensore civico regionale, né alcuni Giudici tutelari, né gli Ordini dei Medici, né i Dirigenti delle Ats e delle Asst, ha tenuto in considerazione i sopra riportati puntuali richiami delle norme costituzionali e legislative con le evidenti negative conseguenze, anche per quanto concerne gli aspetti economici, per gli infermi non autosufficienti ed loro congiunti.

Infatti è continuato lo scarico ai familiari degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile al termine delle fasi acute delle patologie. Inoltre, non ci risulta che siano state apportate modifiche all'omesso versamento del 50% della retta di ricovero presso le Rsa. Infine, salvo casi estremamente limitati, non sono stati previsti sostegni economici diretti a consentire le prestazioni domiciliari, anche se si tratta di erogazioni di importo inferiore alla retta a carico del Servizio sanitario regionale per i ricoveri presso Rsa.

### **Totale silenzio dei Sindaci a tutela delle vitali esigenze e dei vigenti diritti esigibili dei loro concittadini, nonché in merito agli oneri economici aggiuntivi posti illegittimamente a loro carico**

Tenuto conto dei fondamentali compiti dei Sindaci, fra l'altro sono la massima autorità sanitaria del territorio di loro competenza, in data 16 maggio 2018 il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e la Fondazione promozione sociale onlus hanno inviato ai Responsabili delle Amministrazioni dei Comuni capoluogo della Lombardia l'unità (Allegato 3) e-mail avente per oggetto "Macroscopiche e devastanti violazioni delle leggi vigenti da parte delle norme della Regione Lombardia, con particolare riferimento alla legge 23/2015 e richiesta di urgenti adeguamenti alle disposizioni costituzionali e statali, anche al fine di evitare le attuali deplorable conseguenze sugli anziani malati cronici non autosufficienti e sulle persone con demenza senile, nonché sui loro congiunti che spesso cadono in condizioni di povertà" (5).

Ai Sindaci dei Comuni capoluogo della Lombardia veniva altresì chiesto «*di assumere le occorrenti urgentissime iniziative in modo che sia assicurato il corretto e puntuale rispetto delle leggi vigenti e quindi venga in concreto riconosciuto l'obbligo del Servizio sanitario lombardo di: a) assicurare anche gli anziani malati cronici non autosufficienti e alle*

---

(5) L'e-mail del 16 maggio 2018 è stata indirizzata anche ai Presidenti del Consiglio e della Giunta della Regione Lombardia, al relativo Assessore alla sanità, ai Direttori generali delle Ast e delle Asst, ai Responsabili degli Uffici di Pubblica Tutela, al Difensore civico della Regione, nonché ai Presidenti e Componenti degli Ordini dei Medici della Lombardia. **Nessuna risposta.** Si segnala altresì che la Fondazione promozione sociale onlus ha sempre inviato ai Sindaci dei Comuni, in cui le strutture del Servizio sanitario della Regione Lombardia sono intervenute in merito alle opposizioni alle dimissioni ospedaliere di anziani malati cronici non autosufficienti o di persone con demenza senile copia delle e-mail e delle Pec indirizzate ai Dirigenti delle Ats e/o delle Asst chiedendo il loro intervento. Mai c'è stata una risposta, salvo quella negativa degli Uffici del Comune di Milano.

*persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza senile la diagnosi e la cura senza limiti durata; b) garantire la continuità diagnostica e terapeutica anche nei casi di trasferimento dei sopraccitati infermi dal settore preposto alla cura delle patologie acute a quello delle patologie croniche, provvedendo anche alle incombenze relative al trasferimento del degente da una struttura all'altra; c) versare alle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, in cui sono degenti gli infermi di cui sopra, la quota minima del 50% stabilita dai Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002) anche al fine di evitare che – come purtroppo spesso avviene attualmente – le famiglie dei sopra citati infermi siano costrette a versare somme di denaro di competenza del Servizio sanitario, con il rischio reale di cadere in condizioni di povertà e a volte di vera e propria miseria. Inoltre il corretto versamento della quota sanitaria da parte delle Asst riduce gli oneri posti illegittimamente a carico dei Comuni».*

Da notare che l'omesso versamento da parte del Servizio sanitario di almeno il 50% della retta di ricovero presso le Rsa penalizza anche i Comuni in tutti i casi in cui in base all'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) dell'infermo e dei suoi congiunti (coniuge e figli conviventi e non conviventi) non viene coperto l'importo della quota alberghiera.

Occorre purtroppo tenere anche conto delle sentenze riguardanti Comuni che avevano assunto provvedimenti molto negativi per gli infermi ed i loro familiari. Al riguardo si segnalano le sentenze n. 1738/2011, 887/2013 e 94/2018 del Tar della Lombardia concernenti rispettivamente il Comune di Desio e in due casi quello di Milano, nonché la n. 46/2017 del Consiglio di Stato (Comune di Legnano).

Purtroppo tutti i Comuni della Lombardia continuano impertentiti a sostenere – con evidente autoleSIONISMO e rilevanti conseguenze assai sfavorevoli per una parte dei loro cittadini – l'operato del Servizio sanitario che – si ripete – in violazione della Costituzione e della legge 833/1978 scarica sui familiari la prosecuzione delle evidenti indifferibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche dei loro congiunti colpiti dalla non autosufficienza non appena sono superate le fasi acute delle patologie che ne avevano causato il ricovero presso ospedali o case di cura o al termine del periodo stabilito per la riabilitazione.

Infatti, come ad esempio è esplicitato nell'e-mail inviata il 24 giugno 2019, prot. 0100680/19 ai familiari di un infermo non autosufficiente, il Dott. Walter

Bergamaschi, Direttore generale dell'Ats Milano Città Metropolitana, li invita ad assumere le necessarie informazioni per il ricovero in una Rsa ai «*Servizi sociali del Comune di Milano (SSPT Municipio 5) presso la sede di Via Tibaldi 41, tel. 02 884 45433/45273/62892 per la consulenza e la valutazione, dietro presentazione del modello Isee dei requisiti socio-economici*».

Mentre, si ricorda, che analoga procedura è in atto in tutta la Lombardia, non ci risulta – nonostante le decine di casi da noi seguiti – che vi siano amministratori e operatori dei numerosi Comuni coinvolti che abbiano fornito ai congiunti di infermi non autosufficienti informazioni sulle vigenti norme costituzionali o legislative, richiamate nelle raccomandate A/R relative all'opposizione alle dimissioni inviate – come già ricordato – anche ai Sindaci dei Comuni di residenza delle persone malate. Si unisce al riguardo il volantino stampato dalla Città di Torino, Consiglio dei Seniores (Allegato 4). Si allega altresì il «Manifesto per 'Prendersi cura delle persone non autosufficienti' - Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza», promosso dall'Alleanza per la tutela della non autosufficienza (Allegato 5)

### **Procedura corretta per il trasferimento alle Rsa da ospedali e da case di cura degli infermi non autosufficienti**

Agiscono correttamente l'Azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Ospedale Molinette) e la Casa di cura Villa Ida di Lanzo Torinese, che appartiene ad un Ente privato gestore di varie strutture sanitarie presieduto dall'Avv. Michele Vietti, già Vice Presidente del Consiglio Superiore della Magistratura. Nei casi di opposizione alle dimissioni di infermi non autosufficienti, viene informata da queste strutture l'Asl di competenza affinché provveda a garantire, senza alcuna interruzione, la dovuta continuità diagnostica e terapeutica. Al riguardo, si uniscono gli allegati concernenti le sopra citate strutture (Allegati 6 e 7).

\* \* \*

### **Conclusioni**

La presente è inviata confidando che la S.V. voglia assumere le iniziative urgenti necessarie per ripristinare il rispetto del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei cittadini lombardi anziani malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer o con altre demenze. Ai sensi dell'articolo 408, secondo comma, del C.P.P. si chiede di essere informati circa l'eventuale archiviazione.