

### PERCHÉ NEGARE CHE LE REGOLE TUTELANO I MALATI, NON SOFFOCANO IL LORO BENESSERE?

Perché padre Carmine Arice, superiore generale del Cottolengo, ha affermato nell'intervista pubblicata sul settimanale *La Voce e il Tempo* di domenica 11 luglio 2021 in materia di Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) per malati cronici non autosufficienti, affermazioni che tradiscono il fastidio, per non dire il netto contrasto, alle regole che disciplinano il servizio delle Residenze sanitarie, tutti enti accreditati, anche quelle del Cottolengo, con il Servizio sanitario nazionale e quindi operanti in nome e per conto dell'ente pubblico?

Due passi illuminanti delle risposte di padre Arice in tale senso estrapolati dall'intervista: «*La massima attenzione al progetto di vita delle persone che si accolgono nelle strutture, che non devono essere soffocate da corrette procedure, spesso l'unica attenzione di coloro che vigilano sull'operato dei gestori*». E poi: «*La capacità di offrire servizi capaci di concorrere a generare tutto il benessere possibile alle persone anziane e con disabilità (...) non sarà possibile fin quando la gestione delle strutture avrà come unico criterio gestionale e verificabile la morsa delle procedure imposte dai criteri autorizzativi*».

La prima affermazione comunica – e va detto con chiarezza che è falso – che le procedure, le regole soffocano l'attività delle strutture nella garanzia del progetto di vita (diremmo di cura!) dei ricoverati. Mentre invece lo tutelano, specie se nella definizione di esso e nel controllo dei gestori sono coinvolti i rappresentanti dei malati.

La seconda frase, più sfumata ma ugualmente pericolosa, subordina la garanzia del servizio di cura per le persone malate a «*qualcosa in più*» rispetto alle procedure. Come se mancasse sempre «*qualcosa*» e perciò fosse giustificabile il servizio manchevole. Anche in questo caso, non è così: prima di tutto ci sono le regole e gli accordi tra enti gestori, Cottolengo compreso, e Servizio sanitario

nazionale pubblico. È una gerarchia che afferma anche il Concilio Vaticano II, nel decreto sull'Apostolato dei Laici: «*Non sia dato per carità ciò che spetta per giustizia*». Quest'ultima, quindi, precede la seconda ed è intesa come fondamentale.

Nulla contro la carità, ma quando pretende di supplire alle regole o addirittura di fare a meno di esse, diventa drammaticamente complice – pur con le migliori intenzioni dei singoli volontari – dell'abbandono terapeutico di migliaia di malati.

A proposito di piena dignità della persona. Nel momento dell'intervista a padre Arice, solo per le Rsa e le Case di cura, si è nell'impossibilità assoluta di accedere ai locali di vita dei degenti (la stanza, il luogo dove mangiano..., non il giardino fuori dagli istituti), con tutto quello che questo comporta in termini di mancato controllo sociale dei parenti sulle condizioni generali di permanenza dei loro cari (numero e qualità degli operatori, pulizia, attività realizzate...). E in questo il Cottolengo – a Torino come nelle altre sedi regionali – non si è distinto in meglio rispetto alle altre Rsa.

### RSA, QUALI RIFERIMENTI NORMATIVI A SOSTEGNO DELLA TITOLARITÀ SANITARIA DELLE STRUTTURE?

Come abbiamo già segnalato sulle pagine di questa rivista (1), molto spesso anche i rappresentanti istituzionali sostengono che le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) siano strutture afferenti ai Servizi sociali e non di competenza del Servizio sanitario. A chi fa comodo questa mistificazione?

Qui di seguito riportiamo una rassegna di provvedimenti e di argomenti a sostegno della

---

(1) Cfr. gli articoli "Perché l'Assessore alla sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi, ha mentito sulle Rsa?" e "Perché sostenere che le Rsa sono 'fuori dal Sistema sanitario' e non riconoscere che sono soggetti accreditati, inseriti nel Servizio sanitario e nel sistema di erogazione dei servizi pubblici essenziali?" inseriti nella rubrica "Interrogativi" del numero 210 del 2020.

corretta ricostruzione delle competenze istituzionali.

Le Rsa vengono per la prima volta menzionate, nei primi anni '90, nell'ambito di un piano pluriennale per gli investimenti sanitari avviato con la legge n.67/1988, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (2).

Il legislatore – alla luce delle previsioni Istat sull'aumento della popolazione anziana e della conseguente necessità di fornire assistenza extra domiciliare ad un numero crescente di persone non autosufficienti – si impegna a garantire ai soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche, la possibilità di essere inseriti in strutture residenziali extra ospedaliere, attraverso il Servizio sanitario nazionale.

Secondo la legge n. 67/1988 ed il successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dpcm) del 22 dicembre 1989, "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semi residenziali" le Rsa sono «*strutture per anziani e soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale*».

La suddetta definizione viene ampliata con il Decreto del Ministero della Salute 29 agosto 1989, n. 321, "Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti, ai sensi dell'art. 20 commi 2 e 3, della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67" che ne specifica la natura integrata, funzionale ed organica rispetto a servizi sanitari e socio-sanitari.

Negli anni successivi si sono succeduti altri provvedimenti con i quali sono stati definiti i requisiti di natura strutturale, tecnologica ed organizzativa per l'esercizio, da parte di strut-

ture pubbliche e private, dell'attività sanitaria in oggetto. Giova però ricordare che la materia della organizzazione di servizi sanitari e extra ospedalieri rientra nelle competenze regionali, per cui la gran parte dei provvedimenti nazionali si caratterizzano come atti di indirizzo, emanati allo scopo di fornire un livello uniforme di assistenza su tutto il territorio nazionale. Atti che devono pertanto venire formalmente recepiti dalle Regioni per esser resi efficaci.

A oggi la definizione più completa delle Rsa è ancora quella prevista dal Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" secondo cui le Rsa sono «*presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelata ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome*» (3).

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", vengono finalmente indicati i servizi e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini (gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione alla spesa per gli interventi) a prescindere dalle varianti organizzative regionali. Decreto che viene poi sostituito dal più recente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

All'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosuffi-

(2) Piano pluriennale di volta in volta rinnovato, da ultimo con la legge n.160/2019 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022".

(3) Giuseppe Mangiameli, "Le Rsa: Definizione, inquadramento normativo e natura giuridica", 24 aprile 2020, [www.studiodilegallesardella.com](http://www.studiodilegallesardella.com)

cienti sono dedicati gli articoli 29 e 30 del suddetto decreto.

Così l'articolo 29 "Assistenza residenziale extra ospedaliera ad elevato impegno sanitario": «1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17. 2. La durata del trattamento ed elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome. 3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale».

Questo il testo dell'articolo 30 "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti": «1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farma-

ceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore ai sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regione e dalle province autonome; b) trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione. 2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungo assistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera. 3. Nell'ambito dell'assistenza semi residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. 4. I trattamenti di lungo assistenza di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».

Come si è detto, dal punto di vista dell'organizzazione e del funzionamento esistono diversi modelli di Rsa in base alle normative regionali e delle province autonome. In generale possono essere pubbliche o private accreditate o non accreditate. La Regione esercita la vigilanza sulle Rsa avvalendosi della Aziende sanitarie territoriali ed è inoltre la Regione a definire il contenuto degli accordi contrattuali che devono essere stipulati tra gli enti gestori delle strutture e le Aziende sanitarie ai fini del

pagamento delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate che, in quanto tali, diventano a tutti gli effetti enti di pertinenza pubblica in quanto operano in regime di concessione per l'esercizio di una funzione di cui è titolare il Servizio sanitario nazionale.

Con l'accreditamento istituzionale – previsto dal decreto legislativo n. 502/1992 che all'articolo 8 quinquies detta le norme per la definizione e la stipula degli accordi contrattuali che regolano l'istituto concessorio – si riconosce infatti alle strutture pubbliche e private lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie

nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale.

Nella fattispecie, l'accreditamento istituzionale delle Rsa ha ad oggetto le funzioni svolte dalle strutture, tenuto conto della capacità produttiva, in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale e del fabbisogno di attività. L'accreditamento viene concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria che rispondono ai requisiti ulteriori, rispetto a quelli richiesti per l'autorizzazione, che vengono indicati dalle Regioni.

---

## **Chi tutelano i giudici tutelari? Nomine di amministratori...** *(segue da pag. 55)*

---

tano i Carabinieri del Nas, in strutture con standard di personale inadeguato ed insufficiente, quasi sempre sono a basso costo e non accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

In tal modo viene lesa il diritto sanitario alla prestazione Lea (articolo 30, Dpcm 12 gennaio 2017) e non viene garantita la prestazione in struttura residenziale socio-sanitaria dall'Asl di residenza del malato e la copertura per il 50 per cento del costo totale giornaliero. Non va dimenticato che si è nell'ambito della tutela della salute.

**Ciò premesso chiediamo agli Illustrissimi Giudici tutelari in indirizzo, che dovessero trovarsi di fronte a richieste di nomina di**

**Amministratori di sostegno o Tutori di persone anziane malate croniche non autosufficienti, di voler attentamente valutare le singole situazioni tenendo conto dei vigenti diritti alle cure sanitarie ed alla continuità terapeutica di cui questi malati con indifferibili necessità di cura.**

Auspichiamo altresì che nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 408 del Codice civile, sia scelto il congiunto che si rende disponibile, salvo controindicazioni motivate.

Nella valutazione andrebbe considerata, ad esempio, l'attenzione riservata al familiare malato in precedenza, pur in assenza di obblighi di cura.