

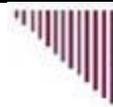
**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza  
fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36

*In attività ininterrottamente dal 1970*

Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95

e-mail: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

 **Fondazione  
Promozione sociale**

ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino

Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595

[info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

Torino, 14 novembre 2019

- Ill.mo Procuratore della Repubblica della città di Milano

**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 Giuseppe D'Angelo, nato a xxxxxxxxxxxxxxxx, residente a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, tel. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, 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 ricorda 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, 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 1).

### **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'Isee 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 4252,25 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, Azienda 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 alle dimissioni, 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 cronic-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 sociosanitario" 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](mailto:direzione.distretto.corsico@asst-rhodense.it).*

E' 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 raccomandata A/R di opposizione alle dimissioni, di cui si allega il fac-simile (allegato 2) 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'unita (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 deprecabili conseguenze sugli anziani malati cronici non autosufficienti e sulle persone con demenza senile, nonché sui loro congiunti che spesso cadono in condizioni di povertà"<sup>[2]</sup>.

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 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 sopracitati 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

---

<sup>[2]</sup> 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.

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 imperterriti a sostenere autolesionisticamente – con 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**

Come 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 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.

Si ringrazia, si resta a disposizione e si porgono i migliori saluti.

*Giuseppe D'Angelo*

p. Fondazione promozione sociale onlus e

Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base)

## L'OMCEO-TO ALLA REGIONE PIEMONTE: FARE DI PIÙ PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PER I MEDICI CHE LI ASSISTONO

06 LUGLIO 2015

*Di Nicola Ferraro*

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (OMCeO-TO) preso atto della delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 18-1326 del 20 aprile 2015 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015" (vedi) espone quanto segue.

### Premesso che:

- gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici (vedi);
- l'articolo 32 della Costituzione, la legge 833/1978, l'articolo 54 della legge 289/2002 assicurano il diritto alla cura di tali pazienti in relazione al loro fabbisogno terapeutico e senza limiti di durata;
- in Piemonte sono 32mila gli anziani malati cronici non autosufficienti posti in liste d'attesa e cioè non presi in carico dal Servizio sanitario regionale per le opportune cure di cui hanno necessità immediata dovuta alla loro situazione;

### Considerato altresì che:

- nella delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 18-1326 viene osservato in merito a tali pazienti non autosufficienti che «le liste d'attesa, governate dalle Asl, costituiscono (...) elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa" necessario per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario nazionale"»;

- all'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) è stato assegnato il compito di collocare le persone non autosufficienti valutate «*in apposite liste di attesa*»;
- nella delibera in oggetto non viene mai citata la legge 10/2010 della Regione Piemonte "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" (vedi).
- nella delibera in oggetto si afferma, in contrasto con quanto stabilito dai Livelli essenziali di assistenza (Dpcm 29 novembre 2001, articolo 54 della legge 289/220), che «*non si può sostenere che tutte le persone non autosufficienti abbiano diritto di accedere ai servizi residenziali*», individuando non meglio specificate prestazioni domiciliari, senza mai tenere in conto:
  - la valutazione della volontaria disponibilità e non inidoneità dei congiunti di farsi carico dell'accudimento del proprio familiare malato;
  - l'assoluta priorità delle cure domiciliari;
  - l'obbligo delle Asl di assumere a proprio carico il 50% dei costi relativi alle prestazioni domiciliari di «*aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*».

**l'Ordine dei medici chiede agli Organi istituzionali della Regione Piemonte:**

di predisporre urgenti provvedimenti

- per assicurare concretamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile le necessarie prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e per l'abbattimento delle attuali liste di attesa riguardanti le prestazioni domiciliari e residenziali;
- per il riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari;
  - di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza e accettazione degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg;
  - di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi.

Att. 2

**Attenzione alle truffe sanitarie e alle false informazioni**

Prima di compilare la lettera fac-simile leggere attentamente le avvertenze e le note

**ADULTI COLPITI DA PATOLOGIE INVALIDANTI CON AUTONOMIA LIMITATISSIMA O NULLA, ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, INFERMI AFFETTI DA ALZHEIMER O DA ALTRE FORME DI DEMENZA FAC-SIMILE DELLA LETTERA PER OPPORSI ALLE DIMISSIONI DAGLI OSPEDALI E DALLE CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE E CHIEDERE LA PROSECUZIONE DELLE CURE (DAL 1978 OLTRE 10MILA CASI RISOLTI, SEGUENDO LE NOSTRE INDICAZIONI)**

Lettera predisposta dalla Fondazione promozione sociale - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti (VERS. 27 GIU 2019)  
Via Artisti, 36 - 10124 Torino - tel. 011.812.44.69 - fax 011.812.25.95 e-mail: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

**LEGGERE CON MOLTA ATTENZIONE:** 1) Utilizzare questo testo riempiendo le parti in bianco, senza apportare alcuna modifica. Nei casi in cui vengano apportate modifiche a questo testo, le responsabilità sono della persona che sottoscrive l'opposizione. 2) Ogni lettera deve contenere tutti gli indirizzi, NON vanno indicati nomi e cognomi dei destinatari - 2) Per gli indirizzi delle raccomandate A/R e delle lettere riguardanti il Direttore generale Asl Torino, al fondo delle Note vi sono i relativi indirizzi - 3) Per la Regione Lombardia si veda la nota 3, nonché gli "Appunti sulla particolare situazione della Lombardia in merito alle dimissioni di malati cronici non autosufficienti" (cfr. [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) alla voce: "Archivio")

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore generale Asl**.....[vedere nota 1]  
Via..... Città.....[per la Lombardia vedere la nota 3]

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore generale Asl**.....  
Via..... Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore sanitario** [Ospedale o Casa di cura privata convenzionata]  
Via..... Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. Sig. **Sindaco** (o Presidente del Consorzio).....[vedere nota 4]  
Via..... Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Difensore civico** della Regione.....  
(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)  
Via..... Città.....

E per conoscenza a  
(LETTERE NORMALI):

- Egr. **Presidente della Regione** .....  
Via..... Città.....

- Egr. **Presidente Ordine dei Medici** ..... [della zona in cui il malato è ricoverato]  
Via..... Città.....

- Spett. **Segreterie regionali dei Sindacati dei Pensionati:** [vedere nota 5]  
- **Spi-Cgil** - Via..... Città.....  
- **Fnp-Cisl** - Via..... Città.....  
- **Uilp-Uil** - Via..... Città.....

- Rev. **Titolare della Diocesi di** ..... [vedere nota 5]  
Via..... Città.....

- **Fondazione Promozione sociale onlus**  
Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti  
Via Artisti, 36 - 10124 Torino

**Oggetto: OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE E RICHIESTA DELLA CONTINUITÀ DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA ASSICURATA DALLE LEGGI VIGENTI**

...I... sottoscritt... ..... abitante in  
..... Via ..... n°.....  
Pec (o e-mail) ..... visto l'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 che  
prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e l'articolo 14, n. 5 del  
decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

CHIEDE che ...I... propri... (nome e cognome) .....  
abitante in ..... via ..... n°....., attualmente ricoverat... e curat...  
presso ....., **NON** venga dimess..., oppure che venga trasferit... in un  
altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria per i seguenti **MOTIVI**:

- 1) il paziente non è in grado di programmare autonomamente il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malato da essere anche totalmente non autosufficiente. Necessita pertanto delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie (diagnosi, terapie, somministrazione e verifica dell'assunzione dei farmaci, alimentazione, igiene personale ecc.) volte ad evitare l'altrimenti inevitabile decesso nel giro di breve tempo.  
**[Se possibile aggiungere un certificato medico recente che deve riportare anche la seguente frase: "Le prestazioni sanitarie nei confronti del paziente risultano pertanto indifferibili in relazione al quadro clinico e patologico riscontrato". Nei casi in cui l'infermo abbia l'indifferibile esigenza di prestazioni riabilitative, questa esigenza deve essere precisata in apposito certificato medico, il più dettagliato possibile. Per ulteriori chiarimenti vedere la nota 6].**
- 2) I... scrivente non intende assumere oneri di competenza delle Asl e non è in grado di assicurare le necessarie cure al proprio congiunto, anche perché assolutamente sprovvisto delle occorrenti competenze sanitarie;
- 3) non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari. Al riguardo ricorda che l'art.23 della Costituzione è così redatto: «Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

Fa presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute a tutti gli infermi, compresi gli adulti colpiti da patologie invalidanti con autonomia limitatissima o nulla, agli anziani malati cronici non autosufficienti e agli infermi affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza, ai sensi della **legge 23 dicembre 1978 n. 833** il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che 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». Inoltre, l'articolo 1 della stessa legge n. 833/1978 sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale. **Pertanto la violazione delle norme vigenti è un atto gravissimo poiché attribuisce ai familiari degli infermi non autosufficienti compiti, oneri economici e responsabilità anche penali non soltanto non previste da alcuna legge, ma chiaramente vietati dal sopra citato articolo 23 della Costituzione che definisce le basi imprescindibili dei rapporti tra istituzioni, operatori e cittadini. Al riguardo ricordiamo altresì che la Costituzione stabilisce all'articolo 28 che «i funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti» e all'articolo 54 che «i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore».**

L... scrivente evidenzia che nella **sentenza n. 36/2013 la Corte Costituzionale** ha definito non autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

Precisa che nella **sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato**, recependo integralmente quel che aveva deciso la Corte di Cassazione nel provvedimento n. 21748/2007, ha evidenziato che «chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente. La tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte». Tenuto conto che la condizione sanitaria di base delle persone in stato vegetativo è la non autosufficienza, risulta evidente che hanno diritto alle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata anche tutte le persone non autosufficienti. Si segnala altresì che per aver negato nel 2008 il ricovero della figlia in coma in una struttura residenziale con oneri a carico del Servizio sanitario, con la sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato ha condannato la Regione Lombardia a versare al padre dell'inferma non autosufficiente euro 132.965,78 di cui euro 12.965,78 a titolo di danno patrimoniale ed euro 120mila a titolo di danno non patrimoniale.

Segnala che nella **sentenza n. 604/2015** il Consiglio di Stato ha precisato quanto segue: «Chiarito che la disciplina della delibera regionale [del Piemonte, n.d.r.] n. 14-5999, quale risulta dalla sua letterale formulazione, consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata, nel caso concreto, come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete di servizi socio-sanitari, occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza, come ritenuto dal giudice di primo grado».

Ricorda che nella **sentenza n. 1858/2019** il Consiglio di Stato ha precisato che: «la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni» dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza» riguardanti la cura e il recupero funzionale delle persone non autosufficienti «non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione "di norma", dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito [rectius, dell'infermo] e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale».

con la precisazione che «**ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale**». Analoghe sono le valutazioni contenute nella stessa sentenza in merito ai «*trattamenti di lungoassistenza [rectius, lungodegenza], recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti*» poiché «*in siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese della stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, anche nel lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di promozione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo*», **trattamento le cui spese sono a carico del Servizio sanitario nazionale nella misura del 50 per cento**. Inoltre, poiché nella stessa sentenza il Consiglio di Stato ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche, ndr] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari*», le strutture del Servizio sanitario non possono né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare, com'è stabilito dal già richiamato articolo 1 della legge n. 833/1978.

**L'Ordine dei Medici di Torino e Provincia** nel documento del 6 luglio 2015 ha precisato che: «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*». Com'è ovvio l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riguarda tutti gli adulti non autosufficienti e non solo gli anziani non autosufficienti.

Ricorda inoltre che:

a) **Il testo del giuramento professionale dei Medici** stabilisce, fra l'altro, quanto segue: «*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione; di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo delle sofferenze nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale*»;

b) **il Codice di deontologia medica** dispone all'art. 3 che «*doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera*»; all'articolo 4 che «*il medico ispira la propria attività professionale ai principi della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*» e all'art. 23 che «*il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita*»;

c) **il Codice deontologico dell'infermiere**, approvato nel 2019, stabilisce (articolo 3) che «*l'infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento, della sessualità, etnica, religiosa e culturale*» e (articolo 4) «*si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono*»;

d) **il Codice deontologico degli Assistenti sociali** precisa che «*l'assistente sociale deve salvaguardare gli interessi ed i diritti degli utenti e dei clienti, in particolare di coloro che sono legalmente incapaci e deve adoperarsi per contrastare e segnalare all'autorità competente situazioni di violenza o di sfruttamento nei confronti di minori, di adulti in situazioni di impedimento fisico e/o psicologico, anche quando le persone appaiono consenzienti*» e che «*l'assistente sociale deve contribuire ad una corretta e diffusa informazione sui servizi e le prestazioni per favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone, contribuendo altresì alla promozione delle pari opportunità*»;

e) **il Difensore civico della Regione Piemonte** con comunicazione del 16 maggio 2017 ha precisato che alle lettere di opposizione alle dimissioni, «*espressamente formulate ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (...)*», deve essere fornita tempestivamente, previa idonea istruttoria, una risposta da parte del Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo.

Ciò premesso, il Servizio sanitario nazionale deve erogare le occorrenti prestazioni anche alle persone non autosufficienti le cui condizioni di estrema malattia non consentono loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche, non solo dei dolori di cui soffrono ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali, provvedere all'assunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilitazione...) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. **Ne consegue che questi infermi sono in una situazione non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza, com'è il caso dell'infermo in oggetto.**

[Attenzione: La parte seguente è da compilare qualora si intenda curare a domicilio il congiunto.

In questo caso cancellare la parte più sotto relativa al ricovero in struttura residenziale]

L.....scrivente è disponibile a provvedere alle **cure domiciliari** del proprio congiunto a condizione che [vedi nota 6]:

1) l'Asl:

- garantisca per iscritto le prestazioni domiciliari del medico di base e, occorrendo, dell'infermiere e del riabilitatore;
- assicuri gli interventi di emergenza nel caso in cui lo scrivente non sia più in grado di provvedere, nonché qualora insorgano gravi esigenze del malato;
- metta a disposizione gratuita i seguenti dispositivi tecnologici.....
- fornisca allo scrivente un adeguato rimborso delle spese vive sostenute, il cui importo, richiesto in euro..... mensili, venga precisato prima delle dimissioni;
- provveda a sua cura e spese al trasferimento del malato al domicilio di..... via..... n.....;

2) il Comune (o il Consorzio di Comuni) integri l'importo versato allo scrivente sulla base delle proprie deliberazioni, comunicando il relativo importo prima delle dimissioni;

3) L... scrivente sottolinea l'importanza del documento "Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente" (cfr. *Prospettive assistenziali* n. 169, gennaio-marzo 2010, presente su [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)) e chiede che analoga iniziativa venga assunta dall'Asl... e dal Comune di .....

[Attenzione: La parte seguente è da compilare qualora si richieda il ricovero presso una struttura residenziale.

In questo caso cancellare la parte più sopra relativa al domicilio].

L... scrivente è disponibile ad accettare il trasferimento del proprio congiunto presso una idonea struttura prevista dalle norme vigenti a condizione che [vedi nota 6]:

- detto ricovero sia definitivo e in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;
- siano assicurate all'infermo tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative;
- la struttura sia situata preferibilmente in ..... in modo da consentire non solo allo scrivente ma anche a tutti gli altri familiari, di fornire il loro massimo sostegno possibile al malato;
- il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Asl;
- l'eventuale quota della retta alberghiera a carico del ricoverato sia conforme alla normativa vigente;
- l'eventuale quota suddetta sia comprensiva di tutte le prestazioni, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.
- l'integrazione dell'eventuale quota della retta alberghiera non corrisposta dal ricoverato venga versata dall'Ente gestore socio-assistenziale a partire dalla data del ricovero in Rsa del/della paziente.

L..... scrivente, mentre **disdice con effetto immediato ogni impegno eventualmente assunto** in merito alla prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie, si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro.

L..... scrivente chiede inoltre alla Direzione della citata struttura in cui l'infermo è attualmente ricoverato, copia integrale del certificato medico in base al quale sarebbero state disposte le dimissioni, per cui la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie non sarebbe più di competenza del Servizio sanitario nazionale ma dello scrivente.

Ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017 l..... scrivente chiede al Difensore civico di intervenire per l'ottenimento di quanto richiesto con la presente.

L..... scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, dei decreti legislativi 502/1992 e 97/2016, chiede che gli venga inviata una risposta scritta (in primo luogo dal Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo, Autorità che deve garantire le cure senza limiti di durata) e segnala che non terrà conto delle eventuali risposte verbali e telefoniche.

Ringrazia e porge distinti saluti.

Data.....

Firma .....

### RACCOMANDAZIONI PER COLORO CHE SOTTOSCRIVONO LE OPPOSIZIONI

Sulla base dei sopra citati articolo 23 della Costituzione e articolo 2 della legge n. 833/1978, gli adulti e gli anziani non autosufficienti hanno il diritto esigibile alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata. Pertanto, per nessun motivo, possono essere dimessi, salvo **volontaria** decisione della persona che si assume le responsabilità civili e penali, nonché i relativi oneri economici, assicurando all'infermo le occorrenti cure ed una sorveglianza 24 ore su 24 per non incorrere nel reato di abbandono di incapace.

Nei casi in cui il personale delle strutture sanitarie pubbliche o private richieda la sottoscrizione di documenti predisposti per la preventiva dimissione dell'infermo non autosufficiente, richiesta gravemente contrastante con le leggi vigenti, è necessario non firmarli. Se il relativo testo è inviato, anche in forma anonima, alla Fondazione Promozione sociale onlus, verrà valutata l'opportunità di inviare una segnalazione alla Procura della Repubblica e all'Ordine dei Medici o degli Infermieri o degli Assistenti sociali anche in merito all'articolo 28 della Costituzione che stabilisce quanto segue: «I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti (...)». Analogo l'impegno della Fondazione nei casi di minacce, maltrattamenti ed abusi [vedere note 7 e 8].

## **AVVERTENZE E NOTE IMPORTANTI DA LEGGERE CON LA MASSIMA ATTENZIONE E DA TENERE A MENTE**

- Per poter agire in sostituzione della persona parzialmente o totalmente incapace è necessario ottenere dall'Autorità giudiziaria la nomina urgente di un tutore/amministratore di sostegno anche provvisorio (per informazioni consultare il sito [www.tutori.it](http://www.tutori.it))
- Vi sono Asl che richiedono l'inoltro di una istanza alla competente Unità valutativa (multidimensionale, geriatrica, Alzheimer, ecc.) per ottenere l'individuazione delle esigenze sanitarie, socio-sanatorie, riabilitative o di altra natura dell'infermo. Alcune Asl richiedono questa certificazione quale condizione indispensabile per l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.
- In base alle leggi vigenti ha diritto all'indennità di accompagnamento (competenza dell'Inps) la persona che «è nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» e/o «abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita».
- **Nei casi di assoluta urgenza** è opportuno inviare il seguente telegramma al Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo e al Direttore sanitario della struttura (ospedale o casa di cura privata convenzionata) in cui il malato è ricoverato: «**«SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITÀ ACCETTARE DIMISSIONI DI [cognome e nome] GRAVEMENTE MALATO, CON ESIGENZE SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI E NON AUTOSUFFICIENTE, E [se del caso] NON CAPACE [oppure "non sempre capace"] DI PROGRAMMARE IL PROPRIO FUTURO. SEGUE LETTERA».**
- **Eventuali trasferimenti da struttura a struttura sanitaria o socio-sanitaria devono essere fatti a cura e spese dell'asl**
- **Attenzione** che, sotto il profilo giuridico, accettare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate di una persona non autosufficiente e incapace di programmare il proprio futuro, significa sottrarre volontariamente il paziente dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e assumere tutte le relative responsabilità, comprese quelle penali, nonché gli oneri economici conseguenti alle cure che devono essere fornite al malato.
- Chiedere copia del cosiddetto "Contratto di ospitalità" (abolito in Piemonte) o del regolamento della struttura (Rsa, casa protetta, ecc.) in cui verrà ricoverata la persona malata cronica non autosufficiente e, prima di firmare qualsiasi documento, inviare copia alla Fondazione Promozione sociale onlus.
- **Nei casi di necessità, gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile devono essere accolte dal Pronto soccorso. È consigliabile essere accompagnati da un adulto non parente con funzioni di testimone. Se possibile è preferibile preannunciare il ricovero al Responsabile del Pronto soccorso o ad un suo collaboratore.**
- ✓ **Nota 1** – Una raccomandata A.R. va inviata al Direttore Generale dell'Asl di residenza del malato. Un'altra (se del caso) al Direttore Generale dell'Asl in cui ha sede l'ospedale o la casa di cura; nel caso in cui l'ospedale pubblico sia amministrato in modo autonomo rispetto all'Asl, la raccomandata A.R. non va indirizzata al Direttore Generale dell'Asl, ma al Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione.*
- ✓ **Nota 2** – **IMPORTANZA DELLA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O DEL TUTORE PER POTER ASSICURARE LA DIFESA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI** Tutte le persone maggiorenni non sono automaticamente rappresentate da alcune persone, genitori, coniugi, figli, ecc. È sempre necessario un provvedimento dell'Autorità giudiziaria per poter intervenire, in particolare, a difesa del diritto alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie delle persone maggiorenni non autosufficienti. Competente per la nomina dell'amministratore di sostegno è il Giudice tutelare che opera presso tutti i Tribunali, sui cui siti web sono quasi sempre disponibili i relativi moduli. Non vi sono costi e non è necessario un legale. Nei casi in cui l'infermo sia totalmente incapace di provvedere alla tutela dei propri diritti e interessi, occorre richiedere la nomina di un tutore. Per il Tribunale di Torino le istanze per la nomina del tutore possono essere predisposte gratuitamente dall'Utium con sede in Via Artisti 36, Torino, tel. 011.889484, martedì, giovedì e venerdì ore 10-12. Maggiori informazioni sono reperibili sul sito web [www.tutori.it](http://www.tutori.it) **Attenzione:** Nei casi in cui la "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità terapeutica assicurata dalle leggi vigenti" sia presentata da un amministratore di sostegno o da un tutore è opportuno inviarne, con spedizione a parte, copia al Giudice tutelare che ha emanato il relativo provvedimento. È altresì opportuno prendere visione della sentenza n.12998/2019 della Corte di Cassazione riportata nel documento "Importanti provvedimenti sui diritti delle persone colpite da patologie e/o da disabilità con autonomia limitatissima o nulla", reperibile all'indirizzo web [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)
- ✓ **Nota 3** – Per la Lombardia invece che al Direttore generale dell'Asl, bisogna indirizzare le raccomandate A/R al Direttore generale dell'Ats – Azienda di Tutela della Salute e al Direttore generale dell'Asst – Azienda Socio-sanitaria territoriale. Inoltre, occorre inviare una raccomandata A/R anche al Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Asst.
- ✓ **Nota 4** – È opportuno scrivere al Sindaco (se i servizi assistenziali sono gestiti dal Comune di residenza del ricoverato) o al Presidente del Consorzio (qualora la gestione sia stata affidata al Consorzio) per rendere note le condizioni in base alle quali si accetta il ricovero presso Rsa e per evitare che il Comune (o il Consorzio) possa richiedere agli eredi dell'anziano malato la restituzione delle somme erogate dall'ente per integrare la parte della retta non versata dal ricoverato. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione.*
- ✓ **Nota 5** – Si propone l'invio di copia della "Opposizione alle dimissioni" alle Segreterie regionali dei Sindacati dei pensionati e al Titolare della Diocesi di competenza sulla base della residenza dell'infermo, in modo che anche questi soggetti vengano a conoscenza della situazione e quindi, se disponibili, possano intervenire a tutela delle indifferibili esigenze sanitarie e dei vigenti diritti esigibili dei malati, "gli ultimi degli ultimi" in quanto totalmente e definitivamente impossibilitati ad autodifendersi a causa della gravità delle loro condizioni di salute.
- ✓ **Nota 6** – **Facsimili orientativi del certificato medico**
  - **Esempio per prestazioni domiciliari per le persone colpite da Sla o patologie analoghe:** «Si dichiara che il Sig. A.B. nato a ..... il .....residente a Torino in via ..... in seguito affetto da sclerosi multipla in fase progressiva con grave spasticità agli arti superiori e inferiori, ha l'esigenza indilazionabile e l'indifferibilità assoluta delle cure socio-sanitarie, trattandosi di persona totalmente non autosufficiente e quindi incapace di curarsi, di alimentarsi, di provvedere alla propria igiene personale e di soddisfare le altre sue esigenze vitali. Ultima visita neurologica effettuata il..... della quale viene allegata copia. Il paziente dipende totalmente dalla moglie per qualsiasi atto della vita quotidiana. L'impegno dell'assistenza quotidiana è così suddiviso: - dalle 7:30 alle 9:00 preparazione colazione e somministrazione terapia a letto, pulizia e preparazione del locale bagno; - dalle 9:00 alle 10:30 alzata e igiene personale (per il periodo invernale, altrimenti nel periodo estivo la doccia viene effettuata tutti i giorni); - dalle 10:30 alle 11:00 evacuazione e prosecuzione igiene personale; - dalle 11:00 alle 12:00 logopedia (lun. e merc.), fisioterapia (mart. e

giov.); pulizia stanza e preparazione pranzo; - dalle 12:30 alle 14:00 pranzo; - dalle 14:00 alle 16:30 assistenza per necessità personali, riassetto cucina e pulizie in genere. Eventuale uscita in carrozzina; - dalle 16:30 alle 17,15 evacuazione e igiene personale; - dalle 17:15 alle 20:00 a letto per riposo pomeridiano, terapia e idratazione (circa 750 ml); preparazione cena; - 20:00 alzata e posizionamento in carrozzina; - dalle 20:15 alle 22:45 cena, riordino cucina; - dalle 22:45 alle 23:45 preparazione per la notte, evacuazione e igiene personale; dalle 23,45 alle 24,15 rimessa a letto, terapia e idratazione (circa 750 ml); - dalle 24,30 riposo notturno e assistenza continua per mobilizzazione ed altre necessità. Ore settimanali 24 x 7 giorni = 168 ore settimanali; ore notturne di sonno in cui viene assistito dalla moglie 7 x 7 giorni = 49 ore settimanali; ore giornaliere 168 - 49 = 119 ore settimanali».

– **Esempio per prestazioni residenziali:** «La Signora A.B di anni... trovasi ricoverata dal... presso l'ospedale (o casa di cura o residenza sanitaria assistenziale) per ciclo riabilitativo successivo a frattura di femore destro, trattata chirurgicamente. In anamnesi compare una disostruzione della carotide sinistra nel 2013, un infarto miocardico acuto nel 2014, una coronaropatia trivasale, una vasculopatia cerebrale con pregressa ischemia e decadimento cognitivo, un'insufficienza renale cronica di quarto tipo, un diabete mellito in terapia insulinica, un impianto di pacemaker ed una degenerazione neurosensoriale pluriorgano (vista e udito). Per tali patologie la paziente è stata anche riconosciuta invalida al 100% con indennità di accompagnamento. Attualmente le condizioni generali della paziente sono stabili con normalizzazione degli indici di flogosi e della crasi ematica, buon equilibrio glico-metabolico e stabilità pressoria e della funzione renale. D'altro canto il programma riabilitativo iniziale, per il recupero della motilità e della funzione deambulatoria ha dovuto essere ridimensionato per le gravi difficoltà incontrate data la scarsa collaborazione della paziente ed il grave deficit cognitivo di base. Attualmente quindi la Signora si caratterizza per una totale dipendenza nella gestione della Adl e nei passaggi posturali con impossibilità al mantenimento della stazione eretta; sussistono inoltre lievi lesioni da decubito al tallone destro ed al gluteo omolaterale. Dal punto di vista terapeutico, la Sig.ra A.B. assume giornalmente molteplici farmaci, in particolare gastroprotettori, diuretici, cardiotonici, coronaroprotettori, integratori, antiaggreganti, antigottosi, ipocolesterolemizzanti, insulina, vitamina D ed anabolizzanti. È di tutta evidenza quindi che la Signora non è in grado di essere dimessa in quanto affetta da molteplici e complesse patologie che richiedono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili. Data..... firma..... ».

- ✓ **Nota 7 (Minacce)** – Ferma restando la necessità di non accettare mai, per nessun motivo, risposte verbali o telefoniche, segnaliamo che, allo scopo di negare il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con la malattia di Alzheimer o analoghe altre forme di demenza, vi sono operatori che non solo forniscono notizie false ma minacciano anche i congiunti – che giustamente pretendono che ai loro familiari venga assicurata la continuità terapeutica senza alcuna interruzione – di informare ad esempio i Carabinieri e/o la Procura della Repubblica. Al riguardo si precisa che si tratta di minacce che, pur non avendo alcun effetto, sono un reato che può essere denunciato se le parole pronunciate sono confermate da un testimone che deve essere un adulto non parente e non affine. Si ricorda che la Sezione II della Corte di Cassazione nella sentenza 89/182005 ha stabilito che «al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa». Al riguardo si veda l'articolo di E. Brugnone "Abbandono di anziani malati cronici non autosufficienti e minacce contro i familiari, profili penali" pubblicato sul n. 124, 1998 di "Prospettive assistenziali".
- ✓ **Nota 8 (Maltrattamenti, abusi)** – Nei casi in cui i congiunti di un infermo non autosufficiente accertino comportamenti negativi da parte del personale della struttura di ricovero (ad esempio omesso imboccamento, igiene personale inadeguata, attività riabilitativa insufficiente, ecc.) per ottenere risultati positivi occorre che le relative segnalazioni vengano presentate per iscritto allegando la testimonianza di una terza persona maggiorenne non parente e non affine del malato.
- ✓ **Nota 9 (Consulti)** – Molto utile è la richiesta di un consulto. Il paziente e/o un suo familiare sceglie un medico di sua fiducia che, presi gli opportuni accordi con il responsabile del reparto di degenza, ha il diritto di visitare l'infermo e di esaminare la cartella clinica. Al termine del consulto, i cui oneri sono a carico di chi l'ha richiesto, il medico scelto rilascia un certificato in cui vengono motivate le esigenze del malato. Il documento può essere utilizzato per eventuali richieste da inviare per iscritto al responsabile del reparto di degenza e, se necessario, al Direttore generale dell'Asl in cui la struttura ha sede o ad altre Autorità competenti. È opportuno che copia della documentazione di cui sopra sia inviata anche al Difensore civico regionale, nonché all'organizzazione che opera a tutela delle esigenze e dei diritti degli infermi.

**RICHIEDERE RISPOSTE SCRITTE.**

**L'ACCETTAZIONE DI RISPOSTE VERBALI O TELEFONICHE CREA COMPLICAZIONI E RITARDI ASSOLUTAMENTE DA EVITARE**

Sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) e su [www.tutori.it](http://www.tutori.it) vi sono altre notizie utili

**\*\* DI SEGUITO IN ORDINE GLI INDIRIZZI RELATIVI ALL'AREA DI TORINO:**

- Egr. Direttore generale Asl Torino, Via San Secondo 29 – 10128 Torino
- Egr. Direttore generale Asl ..... [Vedere Nota 1]
- Egr. Direttore sanitario ..... [indirizzo da inserire in base alla struttura di ricovero]
- Egr. Assessore alle politiche sociali, Comune di Torino [al posto del Sindaco di Torino], Via Carlo Ignazio Giulio 22 - 10122 Torino
- Egr. Difensore civico della Regione Piemonte, P.zza Solferino 22 - 10121 Torino
- Egr. Presidente della Regione Piemonte, P.zza Castello 165 - 10121 Torino
- Egr. Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino, Corso Francia 8 - 10143 Torino
- Spett.le Spi Cgil, Via Pedrotti 5 - 10155 Torino
- Spett.le Fnp Cisl, Via Sant'Anselmo 11 - 10125 Torino
- Spett.le Uilp-Uil, Via Bologna 11 - 10152 Torino
- Rev. Titolare della Diocesi di Torino, Via Val della Torre 3 - 10149 Torino
- Spett.le Fondazione Promozione sociale onlus - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti - Via Artisti, 36 - 10124 Torino

ALL. 5

## REGIONE LOMBARDIA: VIOLAZIONI DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

*Continuano le segnalazioni degli utenti al Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e alla Fondazione promozione sociale onlus, di pratiche lesive del diritto fondamentale alle cure di persone non autosufficienti in Lombardia. In merito riportiamo integralmente il testo della Pec inviata il 22 marzo 2017 dalla Presidente della Fondazione promozione sociale onlus, Maria Grazia Breda, alle seguenti Autorità della Regione Lombardia: Assessore alla sanità, Presidente e Componenti della Commissione sanità del Consiglio regionale, Direttori generali delle Aziende socio-sanitarie territoriali, Sindaci delle città capoluogo, Direttori sanitari dell'Ospedale di Sesto San Giovanni e della Casa di cura Segesta Sant'Andrea di Monza nonché al Difensore civico regionale.*

Segnaliamo alla Vostra attenzione due situazioni di estrema gravità che forse sono solamente una piccola parte della realtà che, in base a quanto ci è stato riferito, costituiscono una sconcertante violazione delle leggi vigenti che obbligano il Servizio sanitario (articolo 2 della legge 833/1978) ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», nonché a provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

In merito alle condizioni delle persone a favore delle quali questa Fondazione promozione sociale fornisce consulenza (gratuita) per l'ottenimento dei loro diritti, l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nell'allegato documento del 6 luglio 2015 ha evidenziato che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro non autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

Poiché ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*», tenuto conto che mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti al Servizio sanitario, risulta incontrovertibile che i familiari dei malati cronici non autosufficienti non hanno alcun obbligo giuridico di fornire prestazioni sanitarie o socio-sanitarie.

Dunque tutti gli anziani cronici non autosufficienti e tutte le persone con demenza non solo hanno diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie senza limiti di durata, ma gli interventi devono tener conto che le loro esigenze sono assolutamente indifferibili.

### **Allarmante situazione n. 1**

In data 6 febbraio 2017 il Sig. N.S. invia al Direttore generale Asl di Corso Italia 19, Milano, al Direttore sanitario dell'Ospedale di Sesto San Giovanni e al Sindaco di Milano raccomandate A/R (cfr. l'allegato facsimile predisposto da questa Fondazione) in cui segnala che la madre non è autosufficiente e necessita di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili, allegando il certificato rilasciato dal dottor Gandolfo Ferrigno il 1° febbraio 2017 da cui risulta che la madre del Sig. N.S. «*presenta un decadimento cognitivo tale che non è in grado di capire o discernere tutto quello che le riguarda dal punto di vista sociale e sanitario*». Ciò premesso il Sig. N. S. chiede che sulla base delle leggi richiamate nella citata raccomandata la propria madre «*attualmente ricoverata e curata presso il presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni non venga dimessa oppure venga trasferita in un altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria*» precisando che la paziente «*non è in grado di programmare il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malata da essere anche totalmente non autosufficiente per cui necessita delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie*».

che «*lo scrivente non è in grado di assicurare*», né deve provvedere ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione. Con lettera del 16 febbraio 2017 protocollo 22517 il Direttore generale dell'Ats Milano Città metropolitana, Marco Bosio, informa il Sig. N.S. in merito alle norme vigenti (Dpcm 14 febbraio e 29 novembre 2001) precisando che è previsto per «*le prestazioni di ricovero e cura e di recupero funzionale di anziani non autosufficienti non curabili a domicilio [...] che il 50% dei costi sia posto a carico dell'utente o del Comune di residenza*» disposizione che coincide con la richiesta presentata dal Sig. N. S. nelle citate raccomandate A/R. In data 9 marzo 2017 il Sig. N.S. è informato dal Commissariato di pubblica sicurezza di Sesto San Giovanni che «*sono in corso indagini preliminari sui suoi confronti in ordine ai reati ex articolo 340 codice penale e 591 codice penale*» e cioè in merito all'interruzione di pubblico servizio e all'abbandono di persona incapace. Come se non bastasse con lettera del 15 marzo 2017 protocollo n. 5290, il Dirigente responsabile dell'Ufficio affari legali della Asst Nord Milano dopo aver affermato che il Sig. N. S. si sarebbe opposto al trasferimento della madre in una Rsa, trasferimento che invece (v. sopra) era compreso fra le richieste avanzate dal Sig. N.S. sulla citata raccomandata A/R del 6 febbraio 2017, comunicava che «*dalla data odierna Le verranno addebitati i costi giornalieri di degenza in reparto per acuti il cui valore in Lombardia è di euro 608 pro-die*».

### **Allucinante situazione n. 2**

Con raccomandata A/R dell'8 febbraio 2017 il Sig. M. V. segnala ai Direttori generali Asl Carate Brianza e Ats, al Direttore sanitario della residenza Sant'Andrea Monza gruppo Segesta, e al Sindaco di Biassono che la propria madre S. T. «*non è in grado di programmare il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malata da essere anche totalmente non autosufficiente*» con la precisazione che la stessa «*necessita pertanto delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie*». Anche queste raccomandate sono state sottoscritte sulla base del facsimile predisposto da questa Fondazione promozione sociale. La degenza della signora S. T. presso la residenza Sant'Andrea era stata decisa dalla Azienda ospedaliera San Gerardo in cui era ricoverata. All'arrivo presso la citata Rsa

Sant'Andrea, il Sig. M.V. era stato costretto a sottoscrivere un documento in cui era precisato che la durata del ricovero era di 60 giorni: richiesta certamente illegittima in quanto, come già evidenziato, in base al secondo articolo della legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*». Terminati i 60 giorni, nonostante l'opposizione presentata come sopra indicato l'8 febbraio 2017, la Rsa Sant'Andrea, invece di segnalare alla Asl di competenza la necessità della prosecuzione delle indifferibili esigenze socio-sanitarie dell'infermo, assumendo come riferimento l'illegittimo "contratto di degenza", da un lato ne imponeva le dimissioni per il giorno 14 marzo 2017 precisando con telegramma del 6 marzo 2017 del Direttore generale Sant'Andrea - Cure intermedie - Anna Lucia Cassani, quanto segue: «*Avendo ricevuto in data odierna sua comunicazione di non intenzione ad assumersi la responsabilità della presa in carico della Sig.ra S. a seguito delle dimissioni la informiamo che sarà nostra cura, dopo aver avvisato le competenti Autorità giudiziarie e di tutela in materia, di trasferire la signora in adeguata struttura con relativa fatturazione della degenza alla famiglia*». In data 10 marzo 2017 il Sig. M.V. scrive ai Direttori generali Ats - Asst Distretto di Carate Brianza e Ats di Monza, al Direttore sanitario della residenza Sant'Andrea di Monza e al Sindaco di Biassono segnalando che «*la condizione sanitaria della propria madre S.T. [...] non è tale da poter essere dimessa in quanto ha bisogno di cure e assistenza sanitaria h24*» e che «*il ritorno nella propria abitazione è improponibile considerando che il marito V.G. è pure malato cardiopatico sottoposto a dialisi, nè ha alcuna competenza di carattere medico infermieristico*». Dalle notizie ricevute dal Sig. M.V. risulta che il 14 marzo 2017 l'inferma è stata accompagnata al domicilio dove il marito «*aprendo la porta se l'è trovata davanti e mia madre è stata riconsegnata sulla soglia con dimissioni e valigie*».

### **Nostre richieste alle Autorità in indirizzo**

Dai dati sopra riportati emerge in modo incontrovertibile che agli anziani e malati cronici non autosufficienti in oggetto (e verosimilmente anche gli altri infermi in analoghe gravissime condizioni di salute e quindi con l'esigenza del-

l'assoluta continuità delle indifferibili prestazioni socio-sanitarie correnti) non sono state assicurate dal Servizio sanitario lombardo le cure alle quali hanno il pieno ed immediato diritto esigibile in base alla Costituzione (articoli 32 e 117, secondo comma, lettera m). Pertanto questa Fondazione promozione sociale onlus chiede alle sopra citate Autorità di assumere le occorrenti urgentissime iniziative a tutela degli infermi in oggetto nonché di valutare se le iniziative assunte dall'Ufficio legale dell'Asst Nord Milano, dall'Ospedale di Sesto San Giovanni e dalla Residenza Sant'Andrea, nonché dalle altre Autorità tenute ad intervenire sono conformi alla normativa nazionale e regionale anche per quanto concerne la massima durata delle prestazioni, indipendentemente dalle future condizioni sanitarie degli infermi e la correttezza delle pressioni esercitate per ottenere le dimissioni, pressioni che le persone interessate vivono come minacce consentite dalle leggi vigenti.

#### **L'Ufficio di pubblica tutela dell'Asst Nord Milano conferma la correttezza dell'opposizione alle dimissioni**

Mentre nessuna delle Autorità alla quale si è rivolta la Presidente della Fondazione promozione sociale onlus si è degnata di rispondere l'Avvocato Luigi Lia, dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Azienda socio-sanitaria territoriale Nord Milano ha inviato il 22 marzo 2017 al Direttore generale e sanitario dell'Asst Nord Milano la seguente comunicazione rimasta sinora anch'essa senza alcun riscontro: «In merito alla segnalazione in oggetto, ho bisogno, quale Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela, di disporre di un quadro il più possibile completo della situazione, al fine di poter assumere le iniziative di mia competenza richieste dalla Fondazione promozione sociale onlus. A tale scopo chiedo pertanto cortesemente i seguenti chiarimenti. Da un esame della documentazione allegata si evince che la persona interessata, il Sig. N.S., nella lettera di opposizione alle dimissioni della madre Sig.ra G.M. dal Presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni, datata 6 febbraio 2017, ha significato in forma scritta la propria disponibilità ad accettare, in alternativa al ricovero ospedaliero, un trasferimento della propria congiunta presso una diversa struttura sanitaria o sociosanitaria, idonea a garantire la prosecuzione delle cure. In questo contesto la lettera specifica altresì che l'interessato è

disposto anche ad accettare: sia il ricovero della madre, malata cronica non autosufficiente, presso una Rsa del territorio, idonea a garantire le prestazioni necessarie; sia le relative conseguenze, in ordine alla ripartizione degli oneri di spesa, previste dalle normative vigenti, con particolare riguardo ad una compartecipazione dell'assistita al pagamento della quota alberghiera. Pertanto dal mero contenuto della lettera in parola non si evince, da parte del sig. N.S., né la volontà di determinare l'interruzione di un pubblico servizio, né la volontà di abbandonare una persona incapace: anzi lo scrivente specifica che si impegna a garantire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro. A tale riguardo, la stessa lettera del Direttore generale dell'Ats Milano Città metropolitana, del 16 febbraio u.s., indirizzata al Sig. N.S., precisa soltanto alcuni termini della questione, sotto il profilo dei riferimenti normativi (peraltro richiamati puntualmente anche nella lettera di opposizione alle dimissioni), ma non nega il diritto della sig.ra G.M. ad essere trasferita direttamente dal Presidio ospedaliero di attuale ricovero presso una Rsa, come richiesto in forma scritta dal figlio. Poiché dall'ulteriore esame della documentazione si evince che vi è stato a carico del Sig. N.S. un avviso di garanzia, nel quale la Questura di Milano informa l'interessato che è stato aperto a suo carico un procedimento penale per i reati di cui agli articoli 340 c.p. (interruzione di un servizio pubblico) e 591 c.p. (abbandono di persona incapace), è necessario comprendere se sono intervenuti o sopravvenuti fatti, particolari ed ulteriori rispetto al mero invio della lettera di opposizione alle dimissioni ospedaliere, riconducibili al comportamento del Sig. N.S., che hanno indotto l'Asst Nord ad inoltrare apposito esposto alla competente Procura della Repubblica. Al fine di poter fornire tutti i chiarimenti utili e necessari, è opportuno che anche la Fondazione promozione sociale onlus di Torino, che ha fornito assistenza gratuita alla persona interessata in merito alla condotta da tenere per opporsi alle dimissioni ospedaliere della madre, venga messa a conoscenza delle informazioni richieste nella presente mail».

Dalle notizie in nostro possesso risulta che anche i Direttori generale e sanitario dell'Agenzia socio-sanitaria territoriale Nord Milano non hanno finora risposto all'Avv. Lia.

Da: Fondazione promozione sociale onlus <info@fondazionepromozionesociale.it>  
Inviato: mercoledì 16 maggio 2018 15:16  
Oggetto: Violazioni delle leggi vigenti da parte delle norme della Regione Lombardia

<p><b>CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base</b> 10124 TORINO - Via Artisti, 36 Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95 e-mail: <a href="mailto:info@fondazionepromozionesociale.it">info@fondazionepromozionesociale.it</a> <i>Funziona ininterrottamente dal 1970</i></p>	 <p><b>Fondazione Promozione sociale onlus</b> Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 <a href="mailto:info@fondazionepromozionesociale.it">info@fondazionepromozionesociale.it</a> <a href="http://www.fondazionepromozionesociale.it">www.fondazionepromozionesociale.it</a></p>
---	---

- Egr. Presidenti del Consiglio e della Giunta della Regione Lombardia
- Egr. Assessore alla sanità della Regione Lombardia
- Egr. Presidente e Componenti della Commissione sanità del Consiglio regionale della Lombardia
- Egr. Sindaci dei Comuni capoluogo della Lombardia
- Egr. Direttori generali delle Ast e delle Asst della Lombardia
- Egr. Direttori sanitari degli Ospedali della Lombardia
- Egr. Responsabili degli Uffici di pubblica tutela
- Egr. Difensore civico della Regione Lombardia
- Egr. Presidenti e componenti degli Ordini dei Medici della Lombardia

**Oggetto: Macroscopiche e devastanti violazioni delle leggi vigenti da parte delle norme della Regione Lombardia, con particolare riferimento alla legge regionale n. 23/2015 e richiesta di urgenti adeguamenti alle disposizioni costituzionali e statali, anche al fine di evitare le attuali deprecabili conseguenze sugli anziani malati cronici non autosufficienti e sulle persone con demenza senile, nonché sui loro congiunti che spesso cadono in condizioni di povertà**

1. In base all'articolo 2 della legge 833/1978 il Servizio sanitario è obbligato ad 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 rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve operare «senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario.

2. Poiché l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»*, non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai congiunti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con Alzheimer o con altre forme di demenza senile compiti attribuiti al Servizio sanitario, resta confermato che detto Servizio deve provvedere alla diagnosi e alla cura di detti infermi senza limiti di durata.
3. Mentre la Costituzione stabilisce all'articolo 32 che *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti»*, il primo comma dell'articolo 38 non concerne sotto nessun profilo le persone malate, poiché riguarda *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere»* al quale è riconosciuto solamente che *«ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»* (Cfr. l'allegato A "Competenze del settore dell'assistenza asociale").
4. Com'è noto e come è stato precisato dall'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015, *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*.
5. Nell'unita relazione (Allegato B), l'Avvocato Luigi Lia, Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela della Asst Milano Nord ha evidenziato che *«nel caso in cui venga prospettato il trasferimento della persona non autosufficiente, non curabile a domicilio, presso una struttura protetta permanente (Rsa, Rsd), deve essere garantita la continuità assistenziale»*. Si veda anche l'articolo "Valido parere del Direttore dei Servizi sociali del Usl 13 del Veneto sul diritto alle cure socio-sanitarie" pubblicato sul n. 196, 2016 di "Prospettive assistenziali".
6. Ai sensi della lettera l) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, lo Stato ha legislazione esclusiva in merito allo "Ordinamento civile" e cioè anche nei riguardi dei rapporti economici tra gli enti pubblici ed i cittadini. Pertanto è anticostituzionale il terzo comma dell'articolo 5 della sopra citata legge della Regione Lombardia n. 23/2015.

Ciò premesso, le Organizzazioni scriventi chiedono alle S.V. 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 persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza senile la diagnosi e la cura senza limiti di durata;

19

- B. garantire la continuità diagnostica e terapeutica anche nei casi di trasferimento dei sopracitati 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.

Si uniscono (Allegato C) la sintesi delle sentenze n. 2866/2012 e 1010/2018 del Tribunale di Firenze, n. 207/2015 della Corte di appello di Firenze e n. 560/2018 del Tribunale di Padova.

Grati se vorrete informarci in merito alle Vostre iniziative ringraziamo e porgiamo cordiali saluti.

*Maria Grazia Breda, Andrea Ciattaglia, Giuseppe D'Angelo e Francesco Santanera*

---

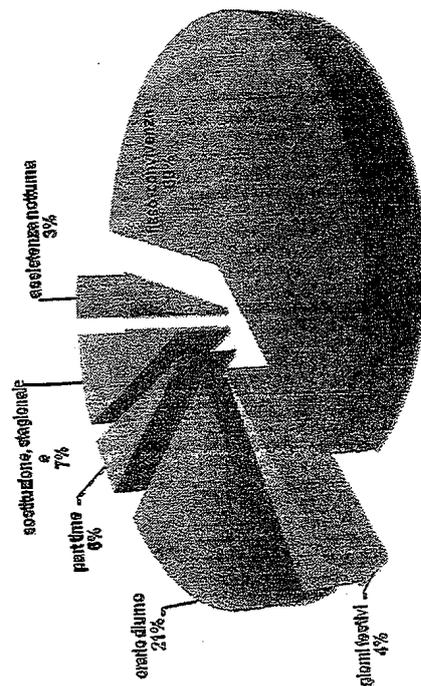
Attualmente fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Agafn, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

## ASSISTENZA DOMICILIARE

ASAI – Associazione di Animazione Interculturale

Analisi dei bisogni delle famiglie alla ricerca di un assistente familiare

Disponibilità offerta richiesta dalle famiglie (anni 2008-2018. 1200 famiglie)



si ringraziano per la collaborazione:

- ASAI Associazione di Animazione Interculturale
- Fondazione Promozione Sociale onlus

121

**AIUTIAMO GLI ANZIANI A  
NON FARSI INGANNARE  
DALLE FALSE NOTIZIE**



**OPPOSIZIONE ALLE  
DIMISSIONI FORZATE E  
DIRITTO ALLA  
CONTINUITA' DELLE CURE**

## CHE COSA OCCORRE SAPERE PRIMA DI ACCETTARE LE DIMISSIONI IN CASO DI RICOVERO IN OSPEDALE O IN CASA DI CURA CONVENZIONATA

La situazione attuale dell'assistenza e la carenza di posti letto spinge a volte l'organizzazione sanitaria a promuovere le dimissioni.

I malati cronici e non autosufficienti, se ricoverati in ospedale, non possono essere dimessi prima che siano state assicurate e organizzate dall'Asl di residenza le cure domiciliari (volontariamente accettate e concordate coi familiari) oppure, quando non sia possibile il rientro a casa, se non sia stata prima individuata una Rsa (Residenza Sanitaria Assistenziale) dove la persona possa essere trasferita a cura e spese della sanità regionale.

In alcune realtà può verificarsi che il personale degli ospedali dia informazioni incomplete o fuorvianti con lo scopo di "liberare" posti letto occupati dai malati cronici. La legge consente di opporsi alle dimissioni da ospedali e da strutture residenziali.

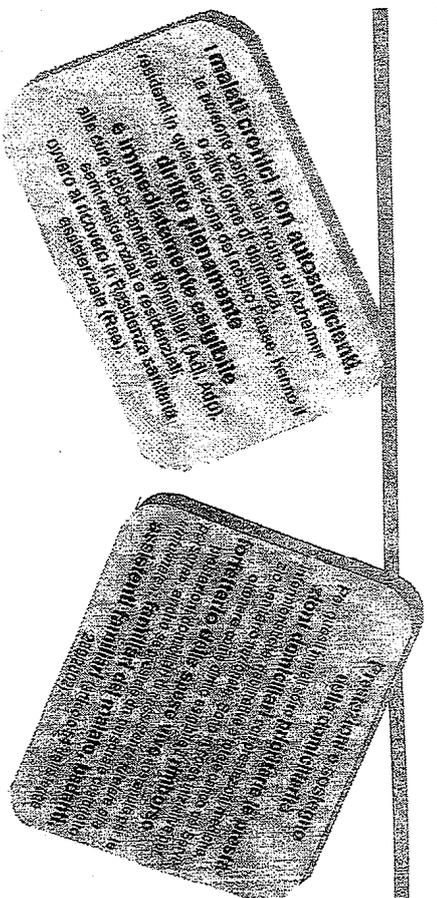
Prima di accettare le dimissioni dall'ospedale o da altra struttura sanitaria bisogna valutare attentamente la situazione. Accettando le dimissioni si assume tutta la responsabilità della continuità terapeutica e i relativi elevati costi privati.

Dopo la dimissione, oltre all'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) da parte del medico di famiglia, si può richiedere l'assistenza domiciliare (assistente familiare, OSS).

Sia per l'assistenza domiciliare che per accedere al ricovero in una Rsa è indispensabile richiedere la certificazione dell'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) dell'Asl di residenza.

Nell'attesa il paziente è costretto a pagare privatamente i costi per l'eventuale assistenza alla persona a domicilio oppure per un posto letto privato in Rsa.

Le **Unità Valutative Geriatriche** hanno il ruolo di valutare i bisogni della persona anziana nel suo complesso, esaminare la documentazione sanitaria valutando le sue condizioni di salute, familiari ed economiche sottoponendo la persona stessa ad una visita collegiale. Di norma la visita si svolge presso un ambulatorio dell'Asl ma se il paziente è impossibilitato a muoversi e tale condizione viene certificata dal medico curante, la sua visita viene effettuata presso la sua abitazione.



## COME OPPORSI ALLE DIMISSIONI?

I parenti degli ammalati in base alle leggi vigenti possono:

- ♦ rifiutare le dimissioni del paziente da ospedali e case di cura private convenzionate
  - ♦ richiedere e ottenere che tutta la responsabilità della continuità terapeutica e i relativi costi siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Sono sufficienti 4 lettere raccomandate A/R, facsimile e istruzioni che si possono ottenere rivolgendosi alla:

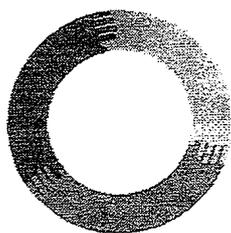
**FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE**

Via Arisli, 36 - 10124 Torino, Tel. 011 812.44.69 - Fax 011 812.25.95

Info@fondazionepromozione sociale.it

[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

In questo caso il paziente rimane nella struttura di ricovero senza limiti di tempo finché l'Asl non disponga l'attivazione delle cure socio-sanitarie domiciliari o la copertura della quota sanitaria (50% della retta) in R.S.A. Fino a quel momento non può essere richiesto all'utente il pagamento di alcuna somma per la permanenza presso la struttura sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale.



# **Alleanza per la tutela della non autosufficienza**

**Un Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti"  
Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza.**

Settembre 2018

Il nostro intento, attraverso questo documento, è quello di aprire un dibattito pubblico sia sul piano politico che sul piano culturale rispetto alla condizione di non autosufficienza che colpisce un numero crescente di persone. La popolazione anziana è certamente quella più esposta anche a causa dell'allungamento delle aspettative di vita che per fortuna si sono affermate nel nostro paese.

E' nostra intenzione seguire l'esempio dell'Alleanza contro la povertà che ha saputo imporre nell'agenda politica quell'emergenza nazionale, forti anche dell'essere stati capaci di formulare una proposta che è poi scaturita nel provvedimento varato dal governo nazionale, prima con il SIA e successivamente con il REI.

Il presente Manifesto vuole pertanto essere anche strumento per promuovere delle iniziative pubbliche condivise da soggettività diverse, che si riconoscono nei principi e nei valori che animano il presente documento. La prima iniziativa, vuole avere come scopo sia quello di raccogliere nuove adesioni, sia di richiamare la politica e i decisori, ai vari livelli, per un varo di provvedimenti adeguati a fronteggiare ed a governare questo fenomeno, nonché, per rispondere efficacemente ai bisogni delle persone che vivono una condizione di non autosufficienza, assicurando così ad ognuna, l'esigibilità del diritto alla salute.

## **1) Lo scenario attuale**

La condizione di sofferenza delle persone non autosufficienti a seguito di patologie invalidanti o loro esiti, o colpite dalle diverse forme di demenza, e delle loro famiglie, ha raggiunto livelli insostenibili, che

devono imporre azioni fondate su un minimo di sensibilità etica, prima ancora che su scelte politico organizzative. Almeno alcuni dati dello scenario attuale non possono essere trascurati:

1. E' a tutti evidente la massiccia crescita di persone (prevalentemente anziane) in condizioni di non autosufficienza permanente, in dimensioni che già ora mettono in crisi le capacità di risposta dell'attuale sistema di welfare, e che nei prossimi anni, senza adeguati provvedimenti, rischiano di delegittimarlo ulteriormente e di travolgerlo, certamente non solo per l'insufficienza degli attuali stanziamenti, ma anche per l'inadeguatezza degli attuali servizi e interventi.
2. I bisogni cruciali di queste persone (e delle loro famiglie) non richiedono solo attività infermieristiche, mediche, riabilitative, ma soprattutto la tutela nelle funzioni della vita quotidiana: per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi, non essere soli) e per la cura dell'ambiente (la casa o il luogo di vita). La qualità della vita dipende spesso più che dagli interventi di tecnica sanitaria (certo indispensabili quando appropriati) soprattutto dalla possibilità di supporto permanente negli atti della vita quotidiana. E sono proprio queste le risposte più carenti. Peraltro non c'è operatore sanitario (dal medico di medicina generale sino ai responsabili dell'assistenza sanitaria domiciliare) che non confermi come atti sanitari siano efficaci solo se al non autosufficiente è garantita una adeguata tutela nella quotidianità.
3. Si diffonde il rischio di abituarsi al fatto che tocca alle famiglie assistere, perché i servizi pubblici più di tanto non possono fare. Ossia una insidiosa e distorta concezione del welfare pubblico che si limita solo a "contribuire se e quando può" a supportare le persone non autosufficienti, assegnando primariamente questo compito alle famiglie. Ma moltissime famiglie non sono comunque in grado di garantire ai propri non autosufficienti adeguata assistenza, e dunque questa concezione oltre che iniqua verso le famiglie più fragili, e generatrice di un welfare che abbandona la tutela dei diritti, è anche del tutto illusoria ed inefficace.
4. L'attuale carenza di interventi per la tutela degli atti della vita quotidiana, e le lunghe liste d'attesa per ottenerli, producono (e da tempo) drammatici effetti sia sui non autosufficienti che sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistere da sé il non autosufficiente diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fare a meno di assistere ma non può fruire dei congedi retribuiti, gravi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari.
5. Non è immaginabile che il welfare pubblico regga il crescente impatto delle persone non autosufficienti predisponendo soprattutto strutture di ricovero, perché sono la risposta più costosa in termini di impianto e gestione. L'offerta di posti letto residenziali deve certo essere

adeguata alla relativa richiesta ed ai bisogni appropriati, ma l'assistenza a domicilio (purché sia consistente) non solo è più gradita a utenti e famiglie (come dimostra inequivocabilmente il boom della spesa privata per le assistenti familiari), ma è anche più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita, ed è economicamente più efficiente. Potenziare la tutela al domicilio deve dunque essere la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza.

6. Ciò che serve ai non autosufficienti e alle loro famiglie, anche per una efficace assistenza al domicilio, non è soltanto "denaro per retribuire assistenti familiari". E' invece un più completo "sistema delle cure", che garantisca prestazioni esigibili (e non solo collochi in lista d'attesa) ed offra un insieme coordinato di sostegni, adattabili alla condizione della persona e della sua rete familiare.
7. L'attuazione del sistema di interventi sociosanitari per i non autosufficienti definiti dalla Regione Piemonte presenta rilevanti differenze nei territori piemontesi, sia nelle forme di assistenza al domicilio, sia nell'offerta residenziale. Poiché si tratta di mettere in opera tutele fondamentali, e con la natura giuridica di "livelli essenziali" da garantire, è indispensabile evitare differenze non motivate in ciò che i cittadini possono ricevere nel loro territorio.
8. Occorre anche sviluppare maggiormente una riflessione e un coordinamento su tutte quelle azioni di prevenzione e di riduzione del rischio di non-autosufficienza che appartengono alle politiche di sostegno alla vita attiva degli anziani così come alla sfera di azioni complementari e alle sovrapposizioni di competenze e di trattamento rispetto al mondo della disabilità.
9. Occorre poter ampliare la filiera delle risposte possibili, il nostro sistema è eccessivamente polarizzato sui due estremi: la risposta al domicilio (al di là dell'insufficienza e inadeguatezza) o in struttura. Tra queste due risposte possono e devono poter essere previste, anche sperimentate, altre soluzioni intermedie; risposte in grado di accompagnare la persona con il venir meno della sua autonomia, riconoscendo lo spazio che deve essere riservato alla volontà individuale dell'anziano, il cui rispetto deve essere il primo diritto che governa il diritto alla salute e le modalità con cui deve essere tutelato.

## 2) Chi deve fare che cosa

Prima di discutere di "come potenziare l'offerta di interventi" è necessario riflettere sulle responsabilità degli attori pubblici del welfare, anche assumendo scelte sull'applicazione dei nuovi LEA nazionali emanati nel 2017:

### 2.1) Che cosa intendiamo come "diritto alla salute"

Il sistema di tutela dei non autosufficienti può orientarsi verso due diversi scenari, che evidenziano grandi differenze specialmente nell'assistenza domiciliare:

1. Un modello nel quale il SSN interviene con prestazioni mediche, infermieristiche, di ausili, ma si occupa della tutela delle funzioni cruciali nella vita quotidiana solo fornendo alcune ore di OSS (operatori socio-sanitari). E lasciando tutto il resto di questa tutela alle famiglie od ai servizi socio-assistenziali.
2. Un diverso modello, nel quale il SSN partecipa per sostenere tutte le forme di tutela e di supporto utili al domicilio, anche consistenti non solo di ore OSS.

Il secondo modello ha consentito in diverse zone del Piemonte negli scorsi anni la messa in opera di un'offerta consistente ed articolata di interventi domiciliari. Il primo modello non può essere accettato, per una serie di ragioni:

1. I non autosufficienti hanno importanti bisogni nella vita quotidiana in quanto sono malati, o con esiti di patologie; dunque il SSN non può eludere il tema, anche in ragione dei pilastri sui quali si fonda: la sanità pubblica non può limitarsi a "guarire", ma deve "curare" (anche quando la guarigione è impossibile il "prendersi cura" dei bisogni originati da problemi di salute è suo compito primario). Peraltro da sempre operano in sanità pubblica servizi i cui interventi sono diretti al "prendersi cura" di persone non autosufficienti, ad esempio nella salute mentale o nei servizi per le dipendenze. Inoltre la legge fondativa del SSN (la 833/78, tutt'ora in vigore) prevede all'art. 2 che il SSN deve assicurare diagnosi e cura degli eventi morbosi "*..quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*".
2. Il "diritto alla salute" deve consistere nel ricevere tutto ciò che supporta i bisogni della persona e non nel fornire solo "prestazioni predefinite". Fare salute è generare buone condizioni di vita e tutela della dignità della persona, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti sia dalla forma degli interventi. L'offerta di salute dunque non può che consistere nel ricevere tutto ciò che davvero genera tutela, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti (infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti familiari) sia dalla forma degli interventi (lavoro a domicilio di operatori pubblici, assunzione di assistenti con contributo pubblico, lavoro di cura dei familiari, affidamento a terzi, buono servizio per ricevere assistenti familiari da fornitori terzi). Ragionevolezza impone che il nucleo fondamentale del livello di assistenza da garantire sia "il vivere al meglio tutelati", e non "ricevere ore di infermiere o di OSS". Peraltro un intervento di tutela a domicilio va progettato ritagliandolo sulle condizioni del non autosufficiente ma anche della sua rete familiare, e quindi è molto difficile predeterminare quali interventi saranno più efficaci: non è ragionevole assumere a priori che solo interventi di operatori con specifiche qualifiche devono assumere il rango di livello essenziale socio-sanitario, quando altrettanto "essenziali" possono essere molti altri diversi sostegni, di assistenti familiari e/o dei familiari.
3. Assumere che sono a carico del SSN (ossia "sono riconoscibili come LEA") solo le prestazioni svolte

da OSS è irrazionale perché il costo orario dell'O.S.S. è notevolmente superiore a quello dell'assistente familiare, e non è ragionevole che il SSN contribuisca al 50% del costo delle prestazioni solo per l'operatore più costoso, l'OSS.

4. Vi sono già diversi ambiti di intervento che non includono prestazioni soltanto di operatori sanitari e/o di OSS e che pure sono tutti interni alle competenze del SSN, anche finanziarie, come la parte di retta che il SSN garantisce ai ricoverati in RSA, o il ricovero in ospedale e nei posti letto di post acuzie e riabilitazione. La parte di retta di ricovero che il SSN garantisce ai non autosufficienti ricoverati in lungoassistenza residenziale ha chiara natura giuridica di LEA sociosanitario (nel dPCM 12/1/2017 che all'articolo 30 prevede che sia a carico del SSN il 50% degli interventi residenziali e semiresidenziali); e questa spesa tutta sanitaria copre anche prestazioni non svolte da O.S.S. o da personale infermieristico, ma parte del servizio di pulizie, di somministrazione dei pasti, e di gestione corrente delle strutture residenziali. Dunque, e questo è un aspetto cruciale, non ha alcun senso che la sanità pubblica fornisca prestazioni diverse in base al fatto che il non autosufficiente è in una RSA oppure è al suo domicilio. La stessa patologia cronica deve ricevere dal SSN le stesse garanzie di prestazione, che sia gestita in struttura residenziale o a casa. Altrimenti di fatto il SSN genera disincentivi alla permanenza a casa dei non autosufficienti, oltre che incomprensibili asimmetrie nelle sue prestazioni.
5. Sono molti i casi nei quali risorse proprie del SSN sono utilizzate a favore di non autosufficienti per interventi con finalità non tecnicamente sanitarie ma di tutela ampia di bisogni. Non si tratta qui di alimentare un conflitto su "chi deve pagare" tra Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali, per far risparmiare i secondi a scapito delle prime. In entrambi i casi si tratta di denaro pubblico, il cui uso efficiente è da perseguire comunque. Si tratta invece di:
  1. Evitare che (anche data l'assenza di livelli essenziali nazionali sui servizi socio assistenziali), assegnare l'intera assistenza tutelare domiciliare agli Enti gestori dei servizi sociali produca maggiori spese per le famiglie o minori offerte di prestazioni, e privi la tutela al domicilio di garanzie giuridiche robuste, perché sottratta alla natura di LEA.
  2. Garantire la responsabilità finanziaria anche delle Aziende Sanitarie come ingrediente necessario a dare concretezza alla loro titolarità nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, comunque si attui la modalità di tutela. In caso contrario l'intera spesa di assistenza domiciliare che non consiste in lavoro di OSS ricade sulle famiglie o sui Comuni.

## 2.2) Un metodo per decidere in Regione

Dopo l'emanazione nel 2001 dei primi LEA nazionali la Regione Piemonte costruì le sue deliberazioni attuative tramite il lavoro di un tavolo con la partecipazione ampia dei soggetti sociali, dagli Enti gestori agli organismi di rappresentanza degli utenti. Adesso la Regione deve attuare i "nuovi LEA" (approvati con il dPCM 12/1/2017), e dunque è importante poter replicare il metodo utilizzato per i precedenti LEA. Costruire atti fondamentali in questo modo non è infatti un rituale elegante o burocratico, ma un meccanismo che dà sostanza alle politiche e alla democrazia partecipativa. In quanto riguardano sistemi

complessi, solo decisioni nate da un vero confronto hanno speranza di una messa in opera diffusa e davvero coerente ed evitando conflitti.

Viene in aiuto la nuova legislazione sul Terzo Settore che implementa nuovi spazi di relazione fra Ente pubblico e i soggetti del privato sociale. Il D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore) all'art 55 indica il "Coinvolgimento degli Enti del Terzo settore", in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, e stabilisce che le amministrazioni pubbliche assicurano il coinvolgimento attivo degli enti di Terzo Settore nelle politiche locali attraverso forme di co-programmazione (si individuano insieme i bisogni) e co-progettazione (si individuano insieme le modalità esecutive).

Si apre quindi una fase nuova, anche grazie alla riforma richiamata, in cui si può costruire anche a partire dal supporto alla domiciliarità, un nuovo modello di welfare.

### 2.3) Quale sistema regionale costruire

Il dPCM sui nuovi LEA prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il sociale. Pertanto riteniamo che la Regione Piemonte debba utilizzare questa opportunità per costruire un modello che abbia queste caratteristiche:

1. Garantisca diritti reali e riduca le liste d'attesa. Sebbene la sostenibilità economica sia un tema imprescindibile, i LEA si devono contraddistinguere come "diritti essenziali fruibili"; la loro messa in opera deve puntare quindi a garantire almeno un set minimo di prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili, interpretando in questo senso il significato dei "livelli essenziali", come peraltro già accade in molti altri settori del welfare, e come indicano alcune sentenze della Corte Costituzionale. Di conseguenza è ineludibile la definizione di standard minimi sui volumi di offerta da fornire e sui tempi per la loro attivazione, anche attuando nel merito la legge regionale 10 del 2010 sui servizi domiciliari.
2. Preveda che l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti possa consistere in offerte differenziate da concordare con la famiglia, adattandole alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia (ma con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio. E' necessario perciò evitare semplicistiche soluzioni che consistano nell'erogare solo denaro alle famiglie, presumendo che tutte siano in grado di utilizzarlo per il non autosufficiente, il che è irrealistico. E invece vanno introdotti meccanismi che vincolino a offrire ovunque il più ampio set di possibili supporti.
3. Assicuri un impegno anche del SSN nel finanziare diverse possibili forme di assistenza domiciliare per i non autosufficienti. Per le ragioni esposte al punto 2.1) è indispensabile non assoggettare

forzatamente i bisogni ai vincoli burocratici e formali, ma fare il contrario, ossia partire da "come è meglio prendersi cura" e non da "a chi tocca spendere". Le modalità tecniche ed amministrative possono essere varie: far confluire, in esito alla valutazione multidimensionale, risorse sia sanitarie che sociali in un "budget di cura", ossia in un pacchetto che sia trasformabile (a prescindere dall'origine delle risorse) nell'intervento domiciliare più adatto alla persona e alla famiglia (meccanismo peraltro già adottato anche in Piemonte). Ed innestando nei gestori locali meccanismi organizzativi che inducano integrazione tra sociale e sanitario ed un governo organico di tutta la filiera dei servizi per la non autosufficienza, in ogni caso garantendo la titolarità in capo alle ASL.

4. Salvaguardi gli interventi sulla non autosufficienza e della cronicità in capo al SSN, con adeguati stanziamenti di risorse, affinché le persone malate con patologie croniche e quelle non autosufficienti non restino solo in carico agli Enti Gestori dei servizi sociali ed ai Comuni. Garantendo così il diritto esigibile alle cure e la piena titolarità del SSN sui problemi della non autosufficienza cronica.
5. Assicuri che la programmazione di posti letto accreditati e convenzionati nelle RSA sia uniformemente adeguata ai fabbisogni dei diversi territori, incrementando la qualità del servizio in termini di dotazione organica, minutaggi, formazione del personale, apertura delle strutture al territorio.
6. Garantisca adeguata uniformità nei meccanismi istituzionali di raccordo tra ASL ed Enti gestori dei servizi sociali, anche supportando i territori che sono lontani da un assetto efficace, ridando efficacia a quanto prescrive la L.R. n. 18/2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", governando una omogenea messa in opera nel territorio regionale dei sistemi di offerte per i non autosufficienti.
7. Revisioni l'attuale meccanismo della valutazione della non autosufficienza, prevedendo che in tale valutazione nelle commissioni competenti non abbia rilievo la condizione economica del richiedente. La condizione economica va utilizzata invece solo per identificare il livello di compartecipazione ai costi degli interventi.
8. Preveda come segmento indispensabile del sistema delle cure la diffusione di "Sportelli sociosanitari" come luogo di primo accesso "facile" per le famiglie, nei quali non solo ricevere la "prenotazione in UVG", ma anche informazione su tutte le altre prestazioni che potrebbero essere utili, anche se non attivate dallo Sportello (prestazioni INPS, sulle barriere architettoniche, sgravi fiscali, etc). Inoltre promuovendo offerte più polivalenti (anche tramite agenzie ad hoc), per sostituire i familiari nel gestire ove possibile le pratiche necessarie per accedere a prestazioni, quando il familiare non è in grado di farlo.

Per l'insieme di queste ragioni e per l'importanza che la questione riveste, invitiamo le persone, le Istituzioni, le Associazioni a sottoscrivere e a diffondere il presente MANIFESTO, inviando la loro adesione a: [segreteria@bottegadelpossibile.it](mailto:segreteria@bottegadelpossibile.it)

Il Comitato promotore è costituito da:

La Bottega del Possibile,

Acli Torino,

Acli Piemonte,

Fondazione Promozione Sociale Onlus,

Forum 3° Settore del Piemonte(\*),

Giovanna Cumino, Piero Demetri, Andrea Ferrato, Pasquale Giuliano, Mimmo Lucà, Maurizio Motta.

(\*) **realità aderenti:** ADA -TORINO Associazione per i Diritti degli Anziani, AICS Comitato Regionale Piemonte, Anffas piemonte onlus, ANPAS COMITATO REGIONALE PIEMONTE, ANTEAS Piemonte, Arci Servizio Civile Piemonte, Associazione ACLI Piemonte, Associazione Arci Piemonte, Associazione CasaOz onlus, Associazione CICSENE, Associazione di Promozione Sociale La Bottega del Possibile, Associazione Gruppo Abele Onlus, Associazione USAcli Piemonte, Auser Volontariato Piemonte, Avis (Associazione Volontari Italiani Sangue) Regionale Piemonte, AVO Regionale Piemonte ONLUS, Consorzio delle Ong Piemontesi, Coordinamento Regionale Piemontese delle Società Mutuo Soccorso (SOMS), Gioc - Gioventù Operaia Cristiana, Legacoopsociali Piemonte, OPES Italia Comitato Regione Piemonte, SINAPSI s.c.s., Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, UISP PIEMONTE, UNPLI Unione Nazionale Pro loco d'Italia, FEDERSOLIDARIETA', TESC Piemonte, Associazione Giovanile per il Territorio, Comitato Interregionale SCS/CNOS, AGESCI Piemonte, CROCE VERDE Torino, CNCA Piemonte, Associazione Donatori di Sangue del Piemonte Fidas onlus.



SEDE LEGALE: Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino

Centralino: tel. +39.011.6331633 P.I./Cod. Fisc. 10771180014 www.cittadellasalute.to.it

Presidi Ospedalieri: - Molinette, Padiglione S. Lazzaro, Poliambulatorio S. Giovanni Antica Sede - centr. tel. +39.0116331633  
 - Centro Traumatologico Ortopedico - centr. tel. +39.0116933111  
 - Infantile Regina Margherita, Ostetrico Ginecologico S. Anna - centr. tel. +39.0113134444

**DIREZIONE AZIENDALE**

tel. : 011.633.5200/5206/5721/4694  
 fax : 011.633.6675/4271  
 email: direzioneaziendale@cittadellasalute.to.it

Prot. n°           Città' della Salute - To  
                           aocss\_0 - aocss\_0  
 del                 GEN 0014098/S.2  
                           Data 08/02/2018  
 Titolario

Al sig. [REDACTED]

E p.c. Al Direttore Generale ASL Città di Torino  
 Via San Secondo 29  
 10128 Torino

All'Assessore alle Politiche sociali  
 del Comune di Torino  
 Via Giulio 22  
 10122 Torino

All'Assessore alla Sanità Regione Piemonte  
 Corso Regina Margherita 153 bis  
 10121 Torino

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
 Corso Francia 8  
 10143 Torino

Al Difensore civico della regione Piemonte  
 Via San Francesco d'Assisi 35  
 10121 Torino

A Fondazione Promozione sociale Onlus  
 Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti  
 Via Artisti 36  
 10124 Torino

Oggetto: "Opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica prevista dalle leggi vigenti"

In riscontro alla nota in oggetto, pervenuta il 12/01/18, acquisite le necessarie informazioni, si fa presente quanto segue.

La Sig.ra [REDACTED] dopo essere stata dimessa in data [REDACTED] 2018 dalla S.C. Medicina 5B delle "Molinette", è stata trasferita presso le Dimissioni Protette - Cure Intermedie per proseguire la terapia antibiotica in atto e monitorare lo scompenso cardiaco fino a stabilizzazione della sintomatologia acuta.

Del percorso terapeutico veniva informata la famiglia, che concordava sulla prosecuzione delle cure dapprima presso l'IRV, quindi – a stabilizzazione della sintomatologia acuta – presso i letti CAVS (Continuità assistenziale a valenza sanitaria) della ASL di competenza.

Il [redacted] /2018, dopo l'arrivo della [redacted] presso l'IRV, è stata pertanto inviata la richiesta di trasferimento presso i letti CAVS dell'ASL Città di Torino.

In data [redacted] 8 la Paziente ha terminato la terapia antibiotica ed i controlli effettuati hanno evidenziato la risoluzione del problema infettivo. E' ancora presente un versamento pleurico da scompenso cardiaco cronico che richiede monitoraggio con terapia diuretica ed eventuali futuri controlli ecografici per possibili saltuarie toracentesi.

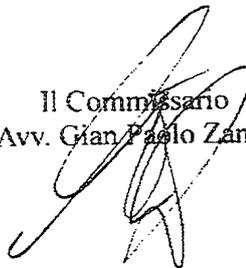
La paziente, in condizioni fisiche compromesse, lucida e solo a tratti disorientata, presenta una patologia cronica che determina una fragilità: tuttavia, avendo superato l'episodio acuto, non necessita più di ricovero in struttura per acuti.

Da quanto sopra esposto, questa Azienda sottolinea:

- che la risposta alla richiesta di ottenere un inserimento definitivo in RSA non possa essere fornita da questa Azienda, ma esclusivamente dall'ASL di appartenenza, che vi provvede a seguito della presentazione e valutazione dell'UVG
- che il trasferimento nei letti CAVS garantisca il percorso assistenziale congruo ed appropriato rispetto alle necessità di cura
- che il persistere dell'opposizione al trasferimento presso i letti CAVS configura un danno per la scrivente Azienda che si trova obbligata a proseguire un percorso assistenziale non appropriato, con occupazione di posto letto, sottratto ad altri pazienti che devono terminare presso l'IRV la terapia per la patologia acuta ai fini del trasferimento presso la struttura territoriale dell'ASL di appartenenza.

Distinti saluti.

Il Commissario  
Avv. Gian Paolo Zanetta



AS/FL/DE [redacted]

Lanzo, li 13 FEBBRAIO 2018

Prot. [redacted]

Spett.le ASL TO3  
Direttore Sanitaria  
Via Martiri XXV aprile, 30  
10093 - Collegno (TO)

Presidenza U.V.G. ASL TO3  
Via Torino, 1  
10093 - Collegno (TO)

Spett.le ASL TO4  
Direttore Generale  
Via Aldisio 4 - 10015 Ivrea

Fondazione Promozionale Sociale  
Comitato per la difesa dei diritti  
degli Assistiti  
Via Artisti, 36 - 10124 Torino

Egregio Assessore Servizi Sociali  
Via Giulio 22 - 10122 Torino

Regione Piemonte  
Assessorato alla Sanità  
C.so Regina Margherita 153/bis  
10100 - Torino

Procura della Repubblica presso  
il Tribunale di Torino  
C.so Vittorio Emanuele II, 130  
10100 - Torino

**OGGETTO: opposizione alle dimissioni.**

Si rende noto che la Sig.ra [redacted] nata a [redacted] residente a [redacted] in [redacted] ricoverata a Villa Ida dal [redacted] 2017 in regime di Lungodegenza, proveniente da Ospedale [redacted]. Non risultano ricoveri antecedenti presso questa stessa Casa di Cura.

Santa Croce s.r.l. Casa di Cura Villa Ida



Via Aimone di Challant 23, 10074 Lanzo Torinese info@villaida.net villaida.net T 0123.320033 - 320034 F 0123.27401  
Reg. Imprese/P.IVA/CF n. 04290680018 - Cap Sociale € 500.000,00 i.v. - Sede Legale: Via O. Revel 6, 10121 Torino (TO)

Sono stati effettuati ripetuti colloqui con la figlia (Signora [redacted]) della paziente, riguardo le condizioni cliniche.

La paziente è ancora ricoverata presso Villa Ida in regime di Lungodegenza, è stabile dal punto di vista clinico e fisiatrico, dopo il completamento di un ciclo di fisioterapia attraverso il quale si sono effettuati esercizi di rieducazione ai passaggi posturali si è cercato di rendere la mobilizzazione della paziente facilitata tramite l'uso di un girello basso a 4 ruote con minima assistenza.

Attualmente:

- buono per età il livello cognitivo - (S.P.M.S.Q.: 4)
- buona la collaborazione al trattamento riabilitativo - (I.A.D.L.: 9)
- passa con minima assistenza da seduta ad in piedi e viceversa - (A.D.L.: C)
- deambula in ambiente protetto con minima assistenza e girello a 4 R basso - (A.D.L.: C).

Pertanto è auspicabile un eventuale inserimento presso una struttura Residenziale Socio Assistenziale oppure un rientro a domicilio con significativa presenza assistenziale.

In data [redacted] 2018 è stata inviata alla Casa di Cura Villa Ida da parte della Signora [redacted] una lettera di opposizione alle dimissioni (vedi allegato), e per presa visione ai Direttori Generali dell'ASL TO3, la cui valutazione si rimanda alle Signorie Vostre per i provvedimenti di competenza.

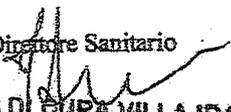
Confidando in una Vs. sollecita collaborazione per una rapida soluzione dei problemi, si segnala che l'ulteriore persistere del ricovero in regime di Lungodegenza, non supportato da motivazioni clinico-assistenziali, comporta un onere indebito per il Servizio Sanitario Nazionale, e venendo a configurarsi come ricovero incongruo.

A disposizione per ulteriori informazioni, porgiamo distinti saluti.

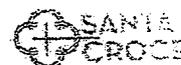
Il Medico dell'Unità Funzionale



Il Direttore Sanitario

  
CASA DI CURA VILLA IDA  
MEDICO RESPONSABILE  
DIRETTORE SANITARIO  
Dottor Mario LOMBARDO

Santa Croce s.r.l. Casa di Cura Villa Ida



Via Aimone di Challant 23, 10074 Larzo Torinese info@villaida.net villaida.net T 0123.320033 - 320034 F 0123.27401  
Reg. Imprese/P.IVA/CF n 04290680018 - Cap Sociale € 500.000,00 i.v - Sede Legale: Via O. Revel 6, 10121 Torino (TO)