

CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base

10124 TORINO - Via Artisti, 36
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it
Funziona ininterrottamente dal 1970

 **Fondazione
Promozione sociale**
ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

Torino, 16 novembre 2020

Documento

Proposte per ottenere il diritto alle cure sanitarie del Servizio sanitario nazionale degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da malattia di Alzheimer, o da altre analoghe forme di demenza senile

Le richieste che seguono hanno come riferimento:

- i principi costituzionali dei diritti inviolabili della persona (articolo 2), della pari dignità di tutti i cittadini (articolo 3), dei vincoli istituzionali relativi alla tutela della salute (articolo 32), ma anche sui precisi obblighi precisati dalle leggi 833/1978 e 38/2010. Ne consegue che il Servizio sanitario nazionale deve:

- operare «*senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario (articolo 1 della legge 833/1978);

- assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», nonché provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*» (articolo 1 della legge 833/1978);

- dare attuazione al «*diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore*» (articolo 1 della legge 38/2010), tenendo conto (articolo 2) che «*si intende per:* a) «*cure palliative*»: *l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; b) «terapia del dolore*»: *l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore*»;

- l'articolo 23 della Costituzione che stabilisce che «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*» e che mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. Pertanto, nessuno, né le Regioni (leggi o delibere), né i Comuni, né altri Enti pubblici e tanto

meno gli organismi privati possono sostituirsi al Parlamento per imporre ai congiunti degli infermi, compresi ovviamente quelli non autosufficienti, attività del Servizio sanitario;

- evitare artifici per ritardare, spesso di mesi e mesi, l'accesso alle prestazioni sanitarie degli infermi non autosufficienti che *«hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»* (cfr. documento dell'Ordine provinciale di Torino dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del 6 luglio 2015);

- impedire che i ritardati accessi alle cure (liste d'attesa) siano causa di discriminazioni anticostituzionali e della povertà economica di migliaia e migliaia di famiglie. In merito si vedano il documento del Ministro per la solidarietà sociale dell'ottobre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e il VII Rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis del 7 giugno 2017.

Sentenze 62 e 157/2020 della Corte Costituzionale

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 62/2020 ha precisato che *«l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)»* con la precisazione che *«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa»*.

Caratteristiche salienti delle prestazioni sanitarie domiciliari

Le prestazioni sanitarie domiciliari, da definire mediante una apposita legge, dovrebbero essere erogate a tutti i cittadini, con la sola esclusione dei minorenni di competenza pediatrica, nei casi in cui siano soddisfatte le seguenti condizioni:

1. Per quanto concerne il primo livello:

- valutazione positiva delle prestazioni domiciliari da parte del medico di medicina generale dell'infermo acuto o cronico;

- volontaria disponibilità di un congiunto o di una terza persona ad assicurare il compito di "accuditore domiciliare" nei casi in cui il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente alle esigenze vitali;

- garanzia, da parte dell'Asl competente, dell'intervento di infermieri, assistenti sociali sanitarie e altri operatori, delle richieste del medico di medicina generale di cui sopra;

- l'Asl di competenza, in base alla residenza dell'infermo, predisponga - con il malato (adulto o anziano) non autosufficiente o con la persona che lo rappresenta giuridicamente - un progetto individualizzato di cure comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche;

- accesso tempestivo alle cure ospedaliere nei casi in cui detto intervento venga richiesto dal medico di medicina generale dell'infermo per motivi diagnostici o terapeutici e nei casi di inidoneità dell'accuditore domiciliare o di sua impossibilità di garantire la presenza di un suo sostituto:

2. In merito al secondo livello:

- richiesta dell'intervento del servizio di ospedalizzazione a domicilio da parte del medico di medicina generale nei casi in cui ne valuti la necessità. Il servizio di ospedalizzazione a domicilio deve essere obbligatoriamente istituito da tutte le strutture ospedaliere pubbliche (il riferimento è al Servizio di ospedalizzazione a domicilio dell'Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, funzionante ininterrottamente dal 1985, le cui funzioni sono state confermate dalla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 85/2010);

- prevedere le prestazioni relative alle cure palliative e alla terapia del dolore nonché i ricoveri di sollievo.

N.B. le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute.

Prime indicazioni in merito alle prestazioni sanitarie semiresidenziali e residenziali

Vi è la necessità di prevedere **prestazioni semiresidenziali** (centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di infermi con particolari e frequenti esigenze (soggetti colpiti da Alzheimer o da altre forme di demenza senile, malati psichiatrici gravi, ecc.) possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali. Da valutare altresì la possibilità di ricoveri di sollievo.

In merito alle prestazioni residenziali occorre operare contemporaneamente per ottenere che:

Le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati norme per rendere obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una

presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;

- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione del ricovero nelle Rsa di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- la ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano sul Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti.
-

Programmazione a medio-lungo termine di Ospedali multifunzionali

Si rende necessario considerare i vantaggi/svantaggi per gli infermi della creazione di più strutture (ospedale super specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità per infermi intermedi, Rsa o strutture simili per malati cronici non autosufficienti giovani, adulti e anziani).

E' ad esempio da considerare che i pronto soccorsi devono smistare i malati urgenti al reparto di competenza, attività che non può certamente essere assegnata alle ambulanze circa il trasferimento dei pazienti all'ospedale superspecializzato o a quello tradizionale; inoltre vi sono malati le cui patologie si riacutizzano, per cui attualmente vengono trasferiti dalle Rsa e dagli ospedali di comunità a quelli superspecializzati o tradizionali o, come più spesso avviene, finiscono per non ricevere le cure occorrenti.

La nostra proposta è di **considerare il vantaggio di prevedere la predisposizione in un unico Ospedale che abbia in sé sia la specializzazione sia tutti i reparti di un ospedale tradizionale, a cui vanno aggiunti** uno-due reparti (40 posti letto), in base alla dimensione, per la degenza di malati cronici anziani non autosufficienti e di un altro reparto (20 posti letto) per le persone colpite da malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile con i seguenti compiti:

- cura dei degenti
- preparazione del personale medico, infermieristico, nonché degli psicologi, degli educatori e degli altri addetti, compresi quelli per le pulizie, in modo che anche questi malati siano curati da operatori preparati ovunque essi vadano a lavorare, siano esse strutture pubbliche o private;
- valutazione sul campo delle esigenze specifiche di questi infermi e dei loro congiunti anche al fine della predisposizione di adeguate cure palliative e terapie del dolore;
- acquisizione degli elementi necessari per una individuazione corretta dei corrispettivi da erogare ai privati sulla base delle esigenze numeriche e qualitative del personale da adibire.

Una sola struttura di riferimento, con garanzia di continuità diagnostica e terapeutica e con un gruppo di medici e di infermieri che gli infermi conoscono, è anche un elemento non

trascurabile d'autoformazione e di autoresponsabilità, nonché una impostazione che eviti gli scaricabarile da un complesso (ospedale super-specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità, Rsa) all'altro.

Queste considerazioni valgono anche e soprattutto per quanto concerne l'attuazione della sopra citata legge n. 38/2010, alle cui prestazioni hanno diritto anche gli infermi *«la cui malattia di base [è] caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta»*, nonché ai malati colpiti da *«forme morbose croniche»*.

Inoltre le attività concernenti le cure palliative e la terapia del dolore sono complesse e dovrebbero rientrare fra quelle che richiedono una formazione specializzata dei medici, degli infermieri e dell'altro personale addetto, come richiesto anche dalle organizzazioni di settore.

Azioni di prevenzione all'abbandono terapeutico dei malati cronici non autosufficienti

Nelle azioni dirette all'effettivo miglioramento delle prestazioni sanitarie rivolte alle persone degenti nelle Rsa o strutture analoghe (Case protette ecc.) sin d'ora **occorre agire affinché gli ospedali e le case di cura convenzionate non dimettano più**, salvo volontaria e consapevole decisione degli infermi e/o dei loro rappresentanti, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile al termine delle fasi acute che hanno richiesto il ricovero ospedaliero e, al termine del prefissato periodo di riabilitazione, assicurino a detti infermi la continuità diagnostica e terapeutica garantita dalla legge 833/1978, senza limiti di durata (art. 2) e senza discriminazioni in base all'età, alla malattia e alle condizioni sociali e personali (art. 1).

Obiettivo urgente è che il Ministro della salute emani un provvedimento che:

- affermi la piena ed esclusiva competenza della Sanità in merito alle diagnosi, alle terapie ed alla riabilitazione, nonché alla continuità terapeutica dei malati cronici non autosufficienti; allo scopo vanno apportate le indispensabili modifiche ai Lea, affinché anche alle persone malate non autosufficienti siano applicate le tutele e condizioni garantite dalla legge 833/1978 e 38/2010;
- fornisca istruzioni, sia per gli operatori sanitari che per i cittadini, perché sia garantito il diritto alla continuità terapeutica, senza limiti di durata, fino alla presa in carico dell'Asl di residenza per le prestazioni sanitarie domiciliari o per il ricovero in una struttura sanitaria residenziale (Rsa) a tempo indeterminato in convenzione;
- interpreti correttamente il collegamento e il coordinamento con il settore dell'assistenza sociale, così come previsto dall'art. 1 della legge 833/1978, che stabilisce che *«Nel servizio sanitario è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, Centri, Istituzioni e Servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività»*.