

ESPEDIENTI MESSI IN ATTO PER NEGARE AGLI ANZIANI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI IL DIRITTO ALLE CURE SOCIO-SANITARIE *

Fra i numerosi trucchi utilizzati da ospedali pubblici e da case di cura private convenzionate per negare o ritardare l'attuazione del diritto degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e delle persone colpite da altre forme di demenza senile alle cure socio-sanitarie (1), segnaliamo quelli emersi con maggiore frequenza a seguito delle attività ultraventennali del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti (2).

Purtroppo le dimissioni vengono imposte anche nei casi di anziani malati gravissimi come risulta dall'allegato 1.

Espediente n. 1 - Negare le competenze che le leggi vigenti hanno attribuito al Servizio sanitario nazionale

Si tratta dell'inganno più frequente e pericoloso soprattutto se viene espresso da operatori (medici, infermieri, assistenti sociali) che sono a contatto diretto dei malati e che la popolazione ritiene degni di fiducia non solo per quanto concerne le loro capacità professionali, ma anche in merito alle competenze relative all'organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali.

Invece, in base alle leggi vigenti (le prime sono la 841/1953 e la 692/1955) la responsabilità relativa alle cure occorrenti ai malati (acuti, cronici, autosufficienti, totalmente dipendenti dagli altri) è attribuita alle strutture di degenza, mentre il Direttore generale dell'Asl di residenza del paziente ha il compito di garantire l'effettuazione delle cure sanitarie ogni qualvolta le esigenze dell'infermo lo esigano, nonché la loro continuità nella fase di passaggio dall'acuzie alla cronicità.

* Alla luce delle molteplici esperienze acquisite nel frattempo, questo articolo è un aggiornamento di quello pubblicato sul numero 154, 2006 con il titolo "I trucchi messi in atto da enti pubblici per non curare le persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza, nonché per pretendere contributi economici non dovuti".

(1) Circa la piena e assoluta esigibilità del diritto alle cure socio-sanitarie si vedano su *Prospettive assistenziali*, n. 172, 2010 l'editoriale "Anziani cronici non autosufficienti e soggetti con grave handicap intellettuale: perché gli utenti e le loro organizzazioni non rivendicano i fondamentali diritti esigibili sanciti dalle leggi vigenti?" e l'articolo "Allarmante il nuovo documento dei negazionisti del vigente diritto alle cure socio-sanitarie delle persone con patologie invalidanti e non autosufficienti".

(2) Il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, che funziona ininterrottamente dal 1978, è attualmente una delle attività della Fondazione promozione sociale, ha sede in 10124 Torino, via Artisti 36, tel. 011.812.44.69, fax 011.812.25.95, e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it, sito: www.fondazionepromozionesociale.it.

Ovviamente il Direttore generale interviene direttamente o tramite i servizi: in ogni caso l'opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate e la relativa richiesta di prosecuzione delle cure riguardanti le persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza devono essere impersonalmente dirette al succitato Direttore generale (3).

Espediente n. 2 - Scaricare la prosecuzione delle cure ai parenti del malato

L'organizzazione dei servizi sanitari compete alle Regioni e alle Asl e non – com'è ovvio – ai malati e ai loro congiunti. Pertanto se l'ospedale o la casa di cura privata convenzionata hanno concluso gli interventi di loro specifica competenza (ad esempio reparto di ortopedia o di chirurgia) ed il malato e/o i suoi familiari non accettano volontariamente di non usufruire più delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, spetta esclusivamente all'Asl garantire la prosecuzione delle cure presso idonee strutture delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

Occorre tener presente che non vi sono leggi che hanno attribuito compiti diagnostici, terapeutici o semplicemente assistenziali ai congiunti dei malati, compresi quelli colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

In ogni caso non è assolutamente accettabile sotto tutti i punti di vista (etico, giuridico, sociale, ecc.) che le condizioni di inguaribilità vengano considerate come sinonimo di incurabilità dai dirigenti e dagli operatori del Servizio sanitario nazionale.

Come abbiamo più volte ricordato su questa rivista, il Servizio sanitario nazionale deve curare le persone malate, soffrano esse di patologie acute (in questo caso le cure sono strettamente sanitarie, gratuite salvo ticket e, a seconda dei casi, sono praticate a domicilio, presso ospedali e case di cura private convenzionate) oppure di infermità croniche (in dette evenienze le prestazioni sono socio-sanitarie, erogate a domicilio o presso Rsa, Residenze sanitarie assistenziali) o strutture analoghe con a carico del paziente la quota alberghiera nei limiti delle sue personali risorse economiche (4).

(3) Si veda sul sito www.fondazionepromozionesociale.it la lettera fac-simile per l'opposizione alle dimissioni.

(4) In base alle leggi vigenti l'importo della quota alberghiera non può mai essere superiore alla quota sanitaria a carico dell'Asl.

Espediente n. 3 - Assumete una badante e portate a casa il malato cronico non autosufficiente

Sotto il profilo giuridico, l'accettazione delle dimissioni (che si concretizzano con il semplice accompagnamento del malato fuori dalla struttura di degenza anche nei casi in cui non sia stato sottoscritto alcun documento) è considerata come **volontaria** sottrazione dell'infermo dalle competenze del Servizio sanitario e **volontaria** assunzione di tutte le relative responsabilità penali e civili, nonché dei conseguenti oneri economici.

Mentre è innegabile che, se sono idonei i congiunti o le terze persone che provvedono al malato e non vi è la necessità di interventi particolarmente complessi, le cure domiciliari siano di gran lunga preferibili rispetto alla degenza residenziale.

Circa le prestazioni della o del badante, occorre tener conto che le ore della settimana sono 168 e che ciascuna persona assunta può lavorare solamente per 54 ore settimanali se abita nell'appartamento del malato e 40 negli altri casi.

È altresì necessario essere sicuri che il medico di medicina generale intervenga a domicilio nei casi di necessità e occorre conoscere i sostegni, compresi quelli economici, messi a disposizione dall'Asl di competenza.

A nostro avviso i congiunti e le terze persone dovrebbero impegnarsi nelle cure domiciliari solamente dopo aver concordato e sottoscritto con l'Asl ed il Comune i relativi impegni (5).

Espediente n. 4 - Obbligo di firmare contratti per l'accesso alla casa di cura

La casa di cura privata convenzionata, Villa Pia di Roma, impone la sottoscrizione del seguente impegno: «*Il parente del sopra menzionato paziente dichiara:*

- *di essere perfettamente a conoscenza che il ricovero presso la Casa di cura del Sig/Sig.ra presso il reparto di lungodegenza medica post-acuzie è unicamente previsto per il periodo valutato dal responsabile primario, trascorso il quale il paziente sopra menzionato sarà dimesso entro le ore 11,30;*
- *di provvedere ad attuare tutto quanto necessario, ed a proprie spese, affinché il paziente venga ricondotto presso il domicilio il giorno di dimissione;*
- *qualora fosse impossibilitato/a a ricondurre il paziente sopra menzionato presso la propria abitazione, e lo stesso fosse stato dichiarato dimissibile dal primario, di essere a conoscenza che il periodo di ricovero ulteriore, non essendo coperto dal*

(5) Cfr. l'articolo "Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente", *Prospettive assistenziali*, n. 169, 2010.

Servizio sanitario regionale, dovrà essere pagato personalmente dal paziente e che per l'effetto si impegna in solido con il paziente al pagamento dell'intera retta giornaliera, secondo tariffa stabilita dalla Regione Lazio per i ricoveri nei reparti di lungodegenza medica post-acuzie;

• *qualora il paziente fosse valutato idoneo per un ricovero in Rsa e dichiarato dimissibile dal primario del reparto di lungodegenza medica post-acuzie, in quanto regime di ricovero non appropriato per lo stato di salute dello stesso, di essere a conoscenza che il periodo di ricovero ulteriore alla data di dimissione, essendo coperto dal Servizio sanitario regionale solo in parte, dovrà essere pagato personalmente dal paziente per il residuo e che l'effetto s'impegna in solido con il paziente al pagamento della parte residua della retta giornaliera, secondo la tariffa stabilita dalla Regione Lazio per i ricoveri nei reparti di lungodegenza medica post-acuzie».*

Premesso che è assai rara l'imposizione da parte delle case di cura private convenzionate di impegnative di accesso come quella sopra riportata, è opportuno rifiutarne la sottoscrizione.

Tuttavia, nei casi in cui l'accesso è condizionato dall'accettazione delle condizioni imposte dalla casa di cura privata, e non è possibile ricorrere ad altra struttura di degenza, è necessario informare per iscritto l'Assessore regionale alla sanità e il Direttore generale dell'Asl in cui ha sede la struttura circa l'illegittimità della pretesa sottoscrizione, illegittimità evidente poiché in base alle leggi vigenti gli interventi devono essere garantiti senza limiti di durata (permanendo lo stato di malattia) dal Servizio sanitario nazionale, il quale provvede alla totale copertura delle relative spese di degenza.

Qualora non sia possibile il ricovero presso altra analoga casa di cura della zona e l'impegno venga sottoscritto, sarebbe necessario inviare tramite raccomandata A/r disdetta alla direzione della casa di cura privata convenzionata, informandone contemporaneamente l'Assessore regionale alla sanità ed i Direttori generali competenti in base alla sede della struttura e alla residenza del paziente.

Essi sono tenuti ad intervenire per riportare alla legalità il comportamento della casa di cura e per garantire la prosecuzione delle cure presso idonea struttura sanitaria se la malattia è acuta o socio-sanitaria qualora il paziente sia affetto da patologie croniche e da non autosufficienza.

Espediente n. 5 - La sottoscrizione obbligatoria del contratto di ospitalità per l'ammissione nelle Rsa

Quasi sempre l'ente pubblico o privato che gestisce una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale)

pretende la sottoscrizione di un contratto, denominato di "ospitalità", allo scopo di comprimere il diritto del malato cronico non autosufficiente sulla base delle norme ivi contenute. Si tratta di una imposizione che viene praticata approfittando delle indifferibili esigenze dell'infermo.

A questo proposito si segnala che nell'ordinanza del Tar della Lombardia, Sezione di Brescia, n. 836/2008 del 26 novembre 2008, depositata in Segreteria il 28 dello stesso mese, viene rilevato che *«appare dubbia anche la prassi di far sottoscrivere ai familiari dell'assistito un impegno di pagamento dell'intera retta al momento dell'ammissione nella residenza sanitaria assistenziale»*.

Segnaliamo altresì che nella sentenza del Tar di Brescia n. 1102/2008 viene rilevato che *«i Comuni non possono esimersi dall'obbligo di pagamento della retta richiamando gli impegni assunti dai parenti o dal tutore dell'ospite verso le strutture ospitanti. In effetti i Comuni non possono essere considerati beneficiari di tali contratti di garanzia che le strutture ospitanti predispongono nel loro esclusivo interesse. Oltretutto si tratta di contratti di cui sarebbe necessario verificare in concreto la validità, da un lato perché sono motivati dalla necessità di assicurare il ricovero (e quindi sottoscritti in una situazione di debolezza o soggezione contrattuale) e dall'altro perché potrebbero comportare l'assunzione di obblighi che superano la quota di compartecipazione dei cittadini a questo tipo di spese»*.

Ricordiamo inoltre che su iniziativa del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) di Torino, la Giunta della Regione Piemonte ha approvato le delibere 44/2009 e 64/2010 secondo le quali i contratti di ospitalità sono sostituiti da un regolamento in cui, sulla base dello schema predisposto dalla stessa Giunta regionale, sono precisati i diritti/doveri della struttura e degli utenti (6).

Il regolamento deve indicare: la tipologia e la finalità della struttura, nonché la normativa di riferimento; il decalogo dei diritti dei ricoverati; le modalità di ammissione e dimissione; le prestazioni comprese nella quota sanitaria (assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, ecc.) di competenza della sanità; le altre prestazioni a carico dell'Asl; i trasporti in ambulanza; le prestazioni incluse nella quota alberghiera e quelle (non obbligatorie) a carico del malato; le attività quotidiane; le modalità di assegnazione delle camere; l'organizzazione del personale con l'obbligo che *«l'organigramma del personale e l'orario di servizio degli operatori devono essere portati a conoscenza degli utenti e familiari, attraverso l'esposizione, in locali comuni e accessibili al pubbli-*

(6) Cfr. Maria Grazia Breda, "Aboliti in Piemonte i contratti di ospitalità per il ricovero presso Rsa sostituiti da un regolamento regionale", *Prospettive assistenziali*, n. 171, 2010.

co, di uno schema di presenza di ciascuna professionalità impegnata nella struttura»; l'accesso dei familiari, dei visitatori e delle associazioni di volontariato; le modalità di pagamento della quota alberghiera, con la precisazione che ogni aumento deve essere preventivamente approvato dall'Asl e dall'Ente gestore delle attività socio-assistenziali; la documentazione e la relativa tutela dei dati personali dei ricoverati; le modalità di accesso degli uffici; l'esposizione obbligatoria in un locale della struttura del contratto stipulato fra l'Asl, l'Ente gestore delle attività socio-assistenziali e la Rsa; le condizioni riguardanti la cauzione, che non può essere richiesta agli utenti nei casi in cui la retta è anche a carico del Comune.

Espediente n. 6 - Lamentele e ritorsioni

Abbastanza sovente, purtroppo, i congiunti dei ricoverati presso Rsa ricevono minacce nei casi in cui presentino lamentele in merito alla non idoneità delle prestazioni. In genere le minacce sono rivolte in questi termini: *«Se non vi va bene quel che facciamo, portate il malato in un'altra struttura»*.

Al riguardo occorre ricordare ai gestori e al personale della Rsa o della casa protetta, in cui il soggetto è ricoverato, che la degenza è un diritto del malato, che l'eventuale trasferimento del paziente è di competenza dell'Asl e che il cambiamento della sede delle cure può essere disposto esclusivamente nell'interesse del paziente.

Ciò premesso, le lamentele non debbono mai essere presentate al personale delle strutture, ma esclusivamente alla direzione.

Nei casi gravi occorre rivolgersi al Direttore generale dell'Asl con raccomandata A/r allegando la documentazione che comprova le disfunzioni e le irregolarità.

Può essere utile che la lettera sia indirizzata anche ad una organizzazione di tutela (Sindacato, associazione di volontariato o di promozione sociale, ecc.) a condizione di essere certi di ottenere un sostegno. In questi casi è consigliabile preavvisare l'organizzazione prescelta e concordare le iniziative da assumere.

Espediente n. 7 - Opposizione alle dimissioni e minacce

Succede che i congiunti di anziani cronici non autosufficienti e di persone colpite da demenza senile subiscano minacce di vario genere, qualora non accettino le dimissioni di un loro familiare da ospedali o da case di cura private convenzionate.

Su *Prospettive assistenziali* sono state segnalate le seguenti situazioni:

"Abusi delle Questure di Venezia e Verona", n.

105, 1994; "Portatelo a casa o chiamo i Carabinieri", n. 109, 1995; "Negato a Ravenna il diritto alle cure sanitarie: resoconto di un grave sopruso" (Varie minacce, compresa la richiesta di intervento dei Carabinieri e della Questura nei confronti del figlio di una anziana non autosufficiente ricoverata presso una casa di cura di Ravenna), n. 110, 1995; "Ottenuto il rispetto del diritto alle cure sanitarie di un anziano cronico non autosufficiente" (Ospedale di Legnano), n. 142, 2003; "L'Azienda Usl 4 di Prato si rivolge ai Carabinieri per dimettere un anziano gravemente malato", n. 158, 2007; "Perché per essere curati si è costretti a diventare soci di una cooperativa?", n. 159, 2007; "Pio Albergo Trivulzio: dimissioni illegittime di un anziano gravemente malato e minacce alla figlia", n. 161, 2008.

Risposta alle minacce

Nei casi in cui sono state rivolte minacce ai congiunti di ricoverati, com'è avvenuto ad esempio nel caso succitato del Pio Albergo Trivulzio, il Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti segnala sempre la sentenza della Sezione II della Corte di Cassazione n. 89/182005, secondo cui *«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»*.

Pertanto le persone alle quali vengono rivolte minacce possono presentare denuncia all'autorità giudiziaria sempre che siano in possesso di prove oggettive: testimonianze confermate da dichiarazioni scritte, registrazioni audio, ecc.

Espediente n. 8 - Intimidire gli oppositori delle dimissioni con richieste di pagamenti non dovuti

Una modalità vera e propria di intimidazione è spesso utilizzata da strutture sanitarie pubbliche e private per contrastare la legittima e doverosa opposizione alle dimissioni da ospedali e da case di cura di persone non autosufficienti ancora bisognose di cure sanitarie e di assistenza, ad esempio minacciando di richiedere a colui che ha presentato l'opposizione la corresponsione dell'intera retta di ricovero (quota alberghiera e quota sanitaria) e quindi di un importo superiore ai 100 euro giornalieri.

È, ad esempio, il caso di una casa di cura che, non avendo il figlio, abitante in Germania da oltre 20

anni, provveduto alle dimissioni della madre non autosufficiente (il preavviso tramite telegramma era stato di 24 ore!), aveva ricevuto per i successivi giorni di degenza ben tre fatture ciascuna di euro 1.100,00, fatture che in seguito, anche per l'intervento del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, sono state annullate.

Casi analoghi sono capitati in varie parti d'Italia e sono la dimostrazione delle difficoltà frapposte al riconoscimento del diritto alle cure delle persone malate croniche non autosufficienti.

Questa situazione si verifica in particolare nei casi in cui le Asl provvedono ai cosiddetti ricoveri di sollievo della durata di 30-60 giorni. Questa modalità di intervento, molto valida per consentire un indispensabile periodo di riposo ai congiunti che provvedono a curare a domicilio il loro familiare malato cronico non autosufficiente, viene spesso e impropriamente utilizzata dalle Asl per il super sfruttamento dei letti disponibili. Se la degenza dura uno o due mesi, ogni letto invece di essere occupato da un solo paziente, lo è per 6-12 soggetti. Una evidente e consistente riduzione delle spese a carico delle Asl e pesanti oneri per i malati che necessitano di ricoveri stabili e per i loro congiunti.

Bozza della disdetta dell'impegno sottoscritto per il versamento dell'intera quota alberghiera

Il testo, che deve essere adattato alle specifiche situazioni, può essere utilizzato esclusivamente nei casi in cui l'Asl versa la quota sanitaria alla struttura di ricovero. Si ricorda che in questi casi l'importo della quota sanitaria non può essere inferiore al 50% della retta totale.

Raccomandata A/R - Egr. Direttore della struttura di ricovero.

Raccomandata A/R - Egr. Sig. Sindaco del Comune in cui risiedeva il malato prima del ricovero e risiede tuttora.

Non raccomandata - e p.c. Spett. Fondazione promozione sociale - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti, Via Artisti 36 - 10124 Torino

Il sottoscritto abitante in Via n., preso atto che le disposizioni vigenti (articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000) stabiliscono che gli assistiti ultrasessantacinquenni non autosufficienti ed i soggetti con handicap in situazione di gravità devono corrispondere la quota alberghiera relativa al loro ricovero presso una struttura residenziale esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche, e tenuto conto della sentenza della Corte di Cassazione n. 26863/08 del 6 giugno 2008, deposi-

tata in Cancelleria il 10 novembre 2008, con la presente disdice a partire dal l'impegno sottoscritto in data relativo al pagamento della retta del Signor residente in Via n., colpito da gravi patologie invalidanti e da non autosufficienza, attualmente ricoverato presso la Residenza sanitaria assistenziale con sede in Via n.

Lo scrivente precisa che i redditi del succitato Signor, compresa l'indennità di accompagnamento, ammontano a euro annuali e quindi, dedotta la quota di euro 100,00 (7) per le sue piccole spese personali, a euro giornalieri.

Detta somma verrà versata dallo scrivente entro il di ciascun mese.

Lo scrivente segnala inoltre che il Sig. non possiede beni mobili o immobili (8).

Lo scrivente, mentre disdice altresì gli impegni sottoscritti contrastanti con le disposizioni delle leggi nazionali e regionali, chiede che il Comune di provveda a versare alla Residenza sanitaria assistenziale la parte della retta alberghiera non coperta dalle risorse economiche del ricoverato.

Ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990 lo scrivente chiede una risposta scritta al Sindaco di

Data Firma

Revoca degli impegni non previsti dalle leggi vigenti

È opportuno che la persona che ha sottoscritto una impegnativa, contenente l'obbligo di versare la parte della retta alberghiera che viola le vigenti disposizioni nazionali e regionali, invii una disdetta tramite raccomandata A/R da indirizzare non solo al responsabile della struttura, ma anche all'Assessore regionale alla sanità e al Direttore generale dell'Asl in cui ha sede la struttura e a quella competente in base alla residenza del malato.

Ad esempio, il regolamento della Rsa Fondazione Sant'Erasmo di Legnano contempla che *«il mancato pagamento della retta per il periodo di novanta giorni consecutivi comporta le dimissioni dell'ospite»*.

Lo stesso regolamento prevede le dimissioni anche nei casi in cui non venga accettato l'aumento della quota a carico del ricoverato, aumento che può

(7) Questo importo varia da Comune a Comune.

(8) Precisiamo che le vigenti disposizioni prevedono una franchigia di euro 51.645,69 (da calcolare in base al valore catastale dell'immobile) per la casa adibita a prima abitazione precedentemente al ricovero e di euro 15.493,71 per quanto riguarda i beni mobili (contanti, depositi bancari o postali, azioni, obbligazioni, ecc.).

essere determinato dalla unilaterale decisione della struttura di assegnare al ricoverato una *«diversa classe di non autosufficienza»* e quindi una retta di importo superiore alla precedente (9).

È assolutamente inaccettabile che nelle succitate evenienze il malato non autosufficiente, anche se è totalmente incapace di intervenire, debba subirne le negative conseguenze a causa di norme e/o di comportamenti di cui non ha alcuna responsabilità.

Occorre dunque evitare di sottoscrivere clausole che possono avere effetti anche deleteri per il paziente e per il garante.

A questo proposito ricordiamo che nel contratto di ospitalità della Rsa Sant'Erasmo di Legnano è anche previsto che nei casi di dimissione imposta dalla struttura *«il garante si farà carico dell'ospite assumendosi ogni relativa responsabilità di assistenza e di comunicare al gestore il luogo di trasferimento dell'ospite assumendosi gli oneri del trasporto»* e che *«qualora non avvenisse comunicazione le parti convengono che il luogo di trasferimento sia il domicilio del garante»*.

Altre richieste illegittime

Fra le numerose altre richieste avanzate illegittimamente dai gestori di residenze sanitarie assistenziali segnaliamo la pretesa del versamento di un deposito cauzionale corrispondente all'importo di una o più mensilità della quota alberghiera.

Poiché la degenza di persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza è un atto previsto dalla legge come diritto esigibile, è evidente la non correttezza della succitata richiesta.

D'altra parte occorre tener presente che il ricoverato è tenuto dalla vigente normativa (articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000) a corrispondere la quota alberghiera nell'ambito delle sue personali risorse economiche.

Pertanto, se l'utente ha un reddito di 800 euro mensili, dedotta la quota di sua spettanza per le piccole spese personali (ad esempio 100 euro), il versamento dovuto per la quota alberghiera di ricovero è di euro 700.

Se, invece, viene richiesto il deposito cauzionale, ad esempio 1.500 euro, il paziente dovrebbe versare 2.200 euro all'ingresso nella struttura, anche se dispone solo meno della metà (10).

Fra le altre richieste illegittime ricordiamo quelle

(9) Cfr. l'articolo "Inaccettabile il contratto imposto dalla Rsa Fondazione di Sant'Erasmo di Legnano agli anziani malati non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 164, 2008.

(10) Il Csa ha ottenuto dalla Regione Piemonte che i gestori delle Rsa non possano pretendere la cauzione nei casi in cui una parte della quota alberghiera è versata dall'Ente gestore delle attività socio-assistenziali.

relative ai farmaci (che dovrebbero essere forniti gratuitamente come avviene negli ospedali e nelle case di cura private convenzionate), al parrucchiere e al lavaggio della biancheria.

Da tener presente che, nel caso di decesso, vi sono strutture che pretendono addirittura il pagamento della quota alberghiera anche per i 10-15 giorni successivi al funerale.

Evidenziamo infine la già ricordata assurda imposizione della Cooperativa Vitaresidence che per consentire il ricovero del signor A.B. lo ha obbligato a iscriversi fra i soci.

Iniziative della Fondazione promozione sociale

1. Lettera spedita il 2 febbraio 2009 dalla Fondazione promozione sociale ai Dirigenti sanitari dell'Istituto geriatrico Redaelli di Milano, ai Direttori dei Distretti 4 e 5 dell'Asl di Milano, nonché al Presidente della Giunta della Regione Lombardia e al Sindaco di Milano

«In merito alla lettera inviata il 24 u.s. dai Dott. A. e B., questa Fondazione osserva quanto segue: è assai preoccupante che, a trent'anni dall'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, i succitati Dirigenti dell'Istituto geriatrico Redaelli non riconoscano ancora che, in base alle vigenti norme, compete al Servizio sanitario e non ai parenti, garantire le occorrenti cure sanitarie e socio-sanitarie nonché la loro prosecuzione senza alcuna interruzione, anche ai malati colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

«La normativa di riferimento citata dai sopra nominati Dirigenti non può certamente modificare la legislazione nazionale. Se le disposizioni della Regione Lombardia precisano che la degenza per la riabilitazione generale e geriatrica deve avere una durata massima di 90 giorni, ciò non significa certamente che trascorso detto periodo il Servizio sanitario non ha più alcuna competenza per la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie nei confronti delle persone che sono malate e non autosufficienti.

«Attribuire questo compito ai parenti è una palese e gravissima violazione del fondamentale diritto alla salute dei cittadini. Infatti le leggi vigenti non attribuiscono ai congiunti delle persone malate alcuna competenza in merito alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

«Pertanto questa Fondazione ritiene che, al termine delle prestazioni riabilitative (o di altro genere), se il soggetto necessita ancora di cure sanitarie o socio-sanitarie, debba provvedere l'Asl salvo che liberamente il malato o coloro che lo rappresentano decidano altrimenti, dopo aver ricevuto per iscritto (e quindi con una informazione controllabile) le opportune informazioni.

«Per quanto concerne il trasferimento del paziente in oggetto in una Rsa di Alessandria (11), questa Fondazione confida che la scelta sia stata individuata sulla base delle esigenze del malato, che comprendono anche la possibilità di ricevere il massimo sostegno morale e materiale possibile dai suoi congiunti e dai suoi amici. Molto grave sarebbe invece una scelta determinata dalla mancanza nel territorio di appartenenza del malato di strutture adeguate alle sue esigenze» (12).

(Finora non è giunta alcuna risposta alla succitata lettera della Fondazione promozione sociale).

2. E-mail del 7 settembre 2010 trasmessa dalla Fondazione promozione sociale al Presidente e ai Componenti del Consiglio di amministrazione del Pio Albergo Trivulzio di Milano, al Direttore sanitario e alla Direzione affari legali dello stesso ente, nonché ai Direttori generali delle Asl della Lombardia

«In merito alla allegata lettera standard inviata dal Responsabile della Direzione "Gestione risorse umane" del Pio Albergo Trivulzio alle persone che si oppongono alle dimissioni dei loro congiunti anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, questa Fondazione osserva quanto segue:

- com'è precisato nella lettera di opposizione, le leggi vigenti (si veda in particolare il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002) obbligano il Servizio sanitario nazionale a provvedere, su semplice richiesta del malato o di coloro che ne fanno le veci, alle cure socio-sanitarie dei soggetti sopra indicati, compreso il ricovero presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali;

- le leggi vigenti non impongono ai congiunti dei malati cronici non autosufficienti alcun obbligo di svolgere attività di competenza del Servizio sanitario nazionale;

- le istituzioni pubbliche e private non hanno alcuna funzione nei riguardi dei doveri morali, trattandosi di questioni strettamente ed esclusivamente private.

«Ciò premesso non è accettabile, sotto nessun profilo, che il Pio Albergo Trivulzio o qualsiasi altro ente pubblico o privato assuma iniziative per indur-

(11) Il trasferimento è stato disposto dopo l'invio della lettera di opposizione alle dimissioni.

(12) Una lettera con analogo contenuto è stata indirizzata il 13 febbraio 2009 dalla Fondazione promozione sociale al Direttore generale della Casa di cura "Ambrosiana" di Cesano Boscone, nonché al Presidente e al Vice Presidente della Fondazione Istituto Sacra Famiglia, proprietaria della suddetta casa di cura a seguito della minaccia di trasferire un anziano malato cronico non autosufficiente. (Anche in questo caso nessuna risposta).

re l'ammalato cronico non autosufficiente in grado di autotutelarsi o, in caso contrario, i suoi congiunti, a provvedere alle dimissioni del paziente, tenuto conto che l'accettazione di dette dimissioni assumono sempre il significato giuridico di **volontaria** sottrazione del malato dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e **volontaria** assunzione di tutte le conseguenti responsabilità penali e civili, comprese quelle economiche. Sotto quest'ultimo profilo ricordiamo che le rette della degenza presso le Rsa richieste dai privati – il che comporta quasi sempre la non corresponsione della quota sanitaria da parte delle Asl e di quella sociale da parte dei Comuni – ammontano anche a 3.000-3.600 euro al mese.

«Poiché, com'è evidente, le norme regionali non possono modificare o limitare i diritti sanciti dai Lea, nei casi in cui i soggetti interessati o i loro congiunti non accettino volontariamente e consapevolmente le dimissioni, compete all'ente ricoverante – al quale in genere il Servizio sanitario ha affidato la cura (non solo sanitaria!) dell'anziano cronico non autosufficiente – sollecitare l'Asl, ente al quale le leggi vigenti impongono l'obbligo di provvedere alle cure (anche in questo caso non solo sanitarie!) di garantire la prosecuzione delle prestazioni occorrenti per il paziente.

«Infine ricordiamo che sotto il profilo giuridico i parenti (congiunti, figli, fratelli e sorelle, ecc.) **non** rappresentano il familiare incapace di autotutelarsi, fino alla nomina del tutore o curatore o amministratore di sostegno».

(Non è pervenuto alcun riscontro).

3. Lettera del 13 ottobre 2010 inviata al Direttore sanitario di una casa di cura del Piemonte e alle autorità regionali del settore sanitario

«Questa Fondazione è stata informata che nei casi di opposizione alle dimissioni di anziani cronici non autosufficienti, e di soggetti aventi condizioni di salute equiparabili, dalla Casa di cura privata convenzionata A. B., i pazienti sarebbero inviati al Pronto soccorso dell'ospedale di C. D. Ci è stato altresì riferito che nei giorni scorsi un infermo anziano sarebbe rimasto un giorno intero su una barella del Pronto soccorso.

«Pertanto con la presente Vi preghiamo di voler accertare la consistenza dei fatti succitati e di assumere, qualora sia stata accertata la loro veridicità, i necessari provvedimenti volti ad evitare che:

- i malati debbano soffrire a causa di trasferimenti non effettuati per curare le loro patologie;
- il Pronto soccorso dell'Ospedale di C. D. svolga funzioni che non gli competono;
- siano utilizzati mezzi di trasporto sanitari senza alcun riferimento alle esigenze del paziente.

«Si resta in attesa di conoscere le Vostre determinazioni e si confida nell'intervento del Difensore civico regionale a tutela delle esigenze e dei diritti dei malati ricoverati presso la sopra citata Casa di cura.

(Dall'invio della sopra riportata nota, non sono più stati segnalati trasferimenti di pazienti al Pronto soccorso).

Allegato 1

Diagnosi relativa alla dimissione della signora A. B. di anni 88 dall'Azienda di servizi alla persona "Golgi-Redaelli" di Milano

In data odierna (14 aprile 2010) dimettiamo la signora A. B. ricoverata presso il Reparto 3 A.

Diagnosi d'ingresso: Sindrome ipocinetica. Esiti di frattura femore destro e sinistro. Ipertensione arteriosa. Encefalopatia multi-infartuale. Osteoporosi. Ernia jatale e pregressa ulcera gastrica. Insufficienza venosa cronica. Bronco polmonite cronica ostruttiva. Esiti di colecistectomia per colelitiasi. Pregressa pancreatite acuta. Lieve insufficienza renale cronica. Lieve anemia normocromica normocitica.

Decorso clinico: In data 16 febbraio 2010 episodio di caduta a terra dalla carrozzina senza conseguenze traumatiche per scambio posturale autonomo; a seguito di tale episodio si è deciso in accordo con la paziente di utilizzare misure di protezione fisica: cintura di sicurezza in carrozzina e spondine a letto. Alla fine di febbraio episodio di infezione vie urinarie. Dal 15 marzo 2010 episodio broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata trattata con terapia antibiotica e cortisonica per via sistemica e $\beta 2$ stimolanti e cortisonici per via inalatoria. Ha eseguito fisiochinesiterapia motoria in gruppo ed individuale ottenendo un lieve miglioramento del quadro motorio.

Obiettivi raggiunti: Esegue i passaggi posturali con assistenza. Deambula con ausilio di walzer e minimo aiuto per tratti brevi-medii.

Diagnosi alla dimissione: Sindrome ipocinetica. Esiti di frattura femore destro e sinistro. Ipertensione arteriosa. Encefalopatia multi-infartuale. Osteoporosi. Ernia jatale e pregressa ulcera gastrica. Insufficienza venosa cronica. Bronco pneumopatia cronica ostruttiva. Esiti di colecistectomia per colelitiasi. Pregressa pancreatite acuta. Ginocchio varo artrosico. Infezione vie urinarie intercorrente. Episodio di riacutizzazione di bronco pneumopatia cronica ostruttiva. Segni elettrocardiografici di esiti di infarto miocardio acuto antero-settale. Lieve insufficienza renale cronica. Lieve anemia normocromica normocitica.