

LA REGIONE LOMBARDIA PREDISPONE UN CONTRATTO ILLEGITTIMO PER L'ACCESSO ALLE RSA DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE PERSONE CON DEMENZA SENILE

Riportiamo il testo della e-mail inviata il 20 giugno 2014 dalla Fondazione promozione sociale onlus all'Assessore alla sanità, ai Direttori generali delle Asl, ai Sindaci dei Comuni capoluogo e al Difensore civico della Regione Lombardia. Lo schema del contratto è inserito nella delibera della Giunta della Regione Lombardia n. X/1185 del 20 dicembre 2013.

TESTO DELLA E-MAIL

Oggetto: Richiesta di ritiro urgente dello schema del contratto per l'accesso alle Rsa degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile inserito nella delibera n. X/1185 del 20 dicembre 2013 della Giunta della Regione Lombardia

Questa Fondazione promozione sociale onlus, il cui Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti interviene da anni a tutela del pieno e immediato diritto alle prestazioni domiciliari e residenziali degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, compresi quelli residenti in Lombardia, ha preso atto dello schema del contratto di accesso alle Rsa dei succitati infermi inserito nella delibera n. X/1185 del 20 dicembre 2013 della Giunta della Regione Lombardia. In merito a questo schema rileviamo quanto segue.

Gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, hanno il pieno e immediato diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie in base alla legge 833/1978 il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve 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*».

Inoltre l'articolo 1 della stessa legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve intervenire «*senza distinzioni di condizioni indivi-*

duali o sociali e secondo modalità che assicurano l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale.

Il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie è confermato dai Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (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).

Al riguardo si ricorda che nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «*l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*». Nella stessa sentenza 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*».

Prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili

Tutti i cittadini malati, che siano bambini, giovani, adulti, anziani, ricchi, poveri, provvisti o meno di famiglie amorevoli e congiunti che stiano loro vicino oppure no, hanno l'esigenza ed il diritto in base alle leggi vigenti alle prestazioni sanitarie indifferibili in tutti i casi in cui l'infermità non può, per qualsiasi motivo, essere curata a domicilio. Quando la patologia si stabilizza (ma non scompare, come nel caso di malati cronici non autosufficienti, la cui malattia è inguaribile, ma sempre curabile) le leggi vigenti prevedono che a favore del malato siano erogate ulteriori prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali, anch'esse indifferibili in considerazione del fatto che persiste la non autosufficienza causata dalla malattia.

Queste prestazioni non sono altro che prestazioni di natura sanitaria, cioè indirizzate all'individuazione della o delle infermità, alla cura della patologia e alla tutela dello stato di salute della persona (articolo 32 della Costituzione).

Esse non si differenziano sostanzialmente dagli interventi forniti ai malati acuti, e nemmeno da quelle fornite alle persone ricoverate in rianimazione; vengono definite cure socio-sanitarie solamente perché prevedono una compartecipazione alle spese da parte dell'utente definita dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. In particolare, a titolo non certo esaustivo, si citano fra le prestazioni sanitarie la valutazione delle esigenze di alimentazione della persona colpita da patologia ed eventuale suo imboccamento, le misure volte ad evitare la disidratazione della persona, il cambiamento di posizione del malato allettato al fine di evitare l'insorgere di piaghe da decubito, le attività di igiene personale (spesso i malati sono affetti da doppia incontinenza), la somministrazione dei farmaci che deve essere praticata assicurandosi della corretta assunzione, l'esecuzione delle azioni prescritte dal personale curante (medico e infermieristico) e la trasmissione delle relative informazioni.

Inoltre, occorre precisare che gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile, non solo sono effettivamente malati, ma anche molto spesso affetti da una pluralità di patologie.

Si tratta di soggetti così gravemente malati da avvertire non solo continue sofferenze, ma da cadere anche nella condizione di non autosufficienza, e cioè nella totale dipendenza dagli altri per tutte le funzioni vitali. Tali malati, la cui gravità ha raggiunto l'irreversibile stato della non autosufficienza, necessitano in maniera indifferibile di prestazioni effettivamente sanitarie.

Per comprendere meglio la situazione di malattia di un anziano malato cronico non autosufficiente è forse opportuno riportare l'elenco delle patologie elencate nel certificato medico di uno di questi malati, preso ad esempio: «*Decadimento cognitivo da morbo di Alzheimer, cardiopatia ischemica post infartuale, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale cronica, osteoporosi, anemia da mielodisplasia, ipoacusia bilaterale, doppia incontinenza, mobilizzato in carrozzina, non autonomo in scala Adl*». È indubitabile che ci troviamo di fronte ad un soggetto malato, come lo sono tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti, e non ad un soggetto genericamente "fragile".

Dunque gli anziani malati cronici non autosufficienti sono soggetti affetti da una compromissione dell'autosufficienza dovuta a malattie e ai loro esiti (ad esempio vasculopatie, ictus cere-

brali con emiplegia, demenza, sovente associata a gravi disturbi comportamentali, grave scompenso cardiaco, esiti di fratture in osteoporosi). Si tratta di patologie che non possono che essere trattate dalla medicina e non da altri settori. Questi pazienti sono soggetti a frequenti riacutizzazioni e complicanze. Agli ultrasessantacinquenni sono assimilabili soggetti di età inferiore in situazioni di malattia simili, così come analoga è la situazione delle persone colpite da demenza senile.

Ovviamente i trattamenti devono essere forniti assicurando ai pazienti il rispetto delle loro esigenze personali e familiari e tenendo in attenta considerazione le valenze relazionali che concorrono in misura rilevante non solo a garantire un'adeguata qualità della vita ma anche una maggiore e migliore rispondenza ai trattamenti preventivi e a quelli terapeutici.

Sottolineato che la non autosufficienza è la devastante e drammatica conseguenza della gravità della/e patologia/e che colpiscono i malati, è opportuno precisare che questa situazione esige una maggiore e continua attenzione alla condizione di salute di questi infermi sotto il profilo preventivo, diagnostico e terapeutico in quanto gli anziani malati cronici non autosufficienti e i soggetti colpiti da morbo di Alzheimer o da altri tipi di demenza senile sono quasi sempre incapaci di fornire informazioni circa 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 (mangiare, bere...).

La non emarginante diversità fra i malati acuti e gli infermi colpiti da patologie croniche e non autosufficienza

La differenza fra i sopra citati malati consiste nel fatto che la degenza dei malati acuti presso ospedali e case di cura convenzionate è gratuita, mentre coloro che sono affetti da patologie croniche e da non autosufficienza devono contribuire alle analoghe spese di degenza corrispondendo la quota cosiddetta alberghiera (che non può essere superiore al 50% della retta totale) sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni, dedotte le franchigie di legge, nonché gli oneri riguardanti il mantenimento del coniuge e delle altre persone a carico).

Contratto discriminante ed emarginante

Da quanto sopra esposto emerge in modo incontrovertibile che gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile sono dei malati in situazione di gravità che hanno esigenze sanitarie spesso superiori a quelle dei malati acuti.

In ogni caso, com'è precisato dal sopra citato articolo 1 della legge 833/1978, essi hanno diritto alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali senza che possano essere introdotte norme che li emarginino o li discriminino rispetto agli altri infermi. Pertanto, come i malati acuti devono essere curati presso ospedali e case di cura in tutti i casi in cui per qualsiasi motivo non sono praticabili le cure domiciliari, compresa l'indisponibilità dei congiunti conviventi, così deve essere fatto per i malati colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza mediante la degenza presso Rsa.

D'altra parte nessun contratto è stato mai redatto per l'accesso a servizi previsti dalla legge come diritto, come avviene per le cure sanitarie nonché ad esempio per la frequenza

della scuola dell'obbligo. Per quanto concerne gli obblighi dei congiunti dei malati acuti o cronici, autosufficienti o non autosufficienti, si ricorda che l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e che non vi sono leggi che obblighino i familiari a svolgere funzioni assegnate al Servizio sanitario nazionale.

Pertanto occorre promuovere il volontariato intrafamiliare, condizione indispensabile per l'attuazione del fondamentale principio della priorità delle prestazioni domiciliari, priorità che è la base della Petizione popolare nazionale (il testo è reperibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it) di cui è in corso la raccolta delle firme fino al 31 dicembre 2015.

Richiesta

Ciò premesso chiediamo che il contratto d'ingresso alle Rsa della Regione Lombardia venga ritirato con la massima urgenza in quanto le relative disposizioni contrastano nettamente con le norme costituzionali e le leggi vigenti, nonché con lo stesso buon senso.

Anche le case di cura private devono rispettare le norme sulla continuità... (segue dalla pag. 47)

ne delle cure. Pertanto, terminata la degenza disposta dall'Asl presso la Casa di cura, competente alla stessa Asl garantirne l'indispensabile continuità terapeutica, fatte salve le decisioni liberamente assunte dai malati e/o da coloro che li rappresentano.

Purtroppo l'iniziativa delle Case di cura è tollerata (o abusivamente ammessa?) dalle Asl e dai relativi servizi di vigilanza, anche se la loro illegittimità è incontestabile.

L'intervento della Fondazione promozione sociale e la risposta del Direttore dell'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte

Nei confronti del Centro S. Maria ai Colli è intervenuta la Fondazione promozione sociale onlus con lettera del 25 febbraio 2014, indirizzata all'Assessore regionale alla sanità e al Difensore civico della Regione Piemonte in cui,

precisati i motivi di illegittimità dell'iniziativa, veniva richiesto il ritiro del modulo.

Sollecita e positiva la risposta del Direttore dell'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte, Dott. Sergio Morgagni che, in data 4 marzo 2014, dopo aver ricordato che deve essere garantito «ai cittadini il cosiddetto percorso di continuità assistenziale attraverso la presa in carico del paziente da parte delle Aziende sanitarie locali di residenza dell'assistito e degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti», ha precisato quanto segue: «Appare evidente che il compito di "garantire il percorso di continuità assistenziale" sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso»: un'altra autorevole conferma del diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti alle cure socio-sanitarie che devono essere fornite senza alcuna interruzione e senza limiti di durata.