

ANZIANA CON PATOLOGIE ACUTE RICOVERATA IN UNA RSA: IL CONSIGLIO DI STATO STABILISCE CHE L'ASL DEVE CORRISPONDERE L'INTERA RETTA

Di estrema importanza la sentenza della Sezione Terza del Consiglio di Stato n. 339/2015 decisa il 29 ottobre 2014 e depositata in Segreteria il 25 gennaio 2015.

Come risulta dal ricorso presentato al Consiglio di Stato dall'Avvocato Maria Luisa Tezza, oggetto del giudizio è stata *«la natura delle prestazioni socio-sanitarie erogate alla signora A. B. totalmente e gravemente non autosufficiente ricoverata in stato di coma in una Rsa dal 20 settembre 2007»*, di cui il Tar del Veneto non avendo *«minimamente considerato la copiosa documentazione già in atto che illustrava analiticamente la storia clinica della signora A. B.»*, aveva accertato *«la prevalente attività assistenziale»*.

La relazione medica rilasciata al momento delle dimissioni dall'Unità gravi cerebrolesi – Unità spinale dell'ospedale Sacro Cuore - Don Calabria era così redatta: *«Diagnosi: tetraplegia, afasia, disfagia in paziente con esiti di ischemia temporale bilaterale cortico-sotto corticale ed emorragia dei nuclei della base sinistra. Esiti di embolia polmonare ripetuta ed infarto del miocardio apicale. Fibrillazione atriale... è invariato il quadro di gravissima disabilità... Per la persistenza dell'aritmia da fibrillazione atriale... introdurre in terapia l'anticoagulante orale (...)»*.

Preso atto delle condizioni della signora A. B. il Consiglio di Stato ha precisato che *«la qualifica di anziano non autosufficiente (...) non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile»*. Inoltre, mentre l'Ussl, Unità socio-sanitaria locale di Bussolengo (Verona) e la Regione Veneto sostenevano che le prestazioni fornite dalla Rsa alla signora A. B. rientravano fra le attività di competenza dell'assistenza sociale, il Consiglio di Stato ha riconosciuto *«la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali che con essa concorrono, rese in favore di malato in condizione di disabile, caratterizzata*

da gravità e cronicità», fatto che *«determina, in linea con il concorde orientamento della giurisprudenza di questo consesso, esclusivo impegno economico del Servizio sanitario regionale negli oneri di spesa»*.

Da parte nostra rileviamo che, dalle notizie in nostro possesso, sono numerosi gli anziani malati cronici degenti nelle Rsa che dovrebbero essere curati negli ospedali a causa delle patologie acute di cui sono affetti.

IMPORTANTE SENTENZA DELLA CORTE DI APPELLO DI FIRENZE SUI RAPPORTI ECONOMICI FRA RSA, DEGENTI E LORO CONGIUNTI

Come è stato giustamente precisato da Aduc Salute del 9 febbraio 2015, la Corte di Appello di Firenze con la sentenza n. 207 del 3 febbraio 2015 ha posto *«un altro importante punto fermo sull'annosa questione del rapporto fra le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), i degenti ed i parenti cui viene fatto sottoscrivere un impegno al pagamento»* della quota sociale della retta di ricovero.

La vicenda trae origine dalla richiesta di pagamento avanzata da una Rsa nei confronti della figlia di una ricoverata, figlia che aveva firmato una impegnativa a garanzia del versamento della quota sociale.

A questo proposito il Tribunale di Firenze nella sentenza n. 3892/2013 aveva precisato che *«non è ravvisabile tra le parti alcun "contratto di ospitalità" di tipo privatistico, in quanto la fonte del rapporto giuridico tra Rsa ed assistito è l'atto pubblico di inserimento del soggetto non autosufficiente nella struttura di cura ad opera del servizio sociale»* (1).

Analoga la motivazione della Corte d'Appello di Firenze che ha puntualizzato che l'impegno sottoscritto da un congiunto di un infermo ricoverato in una Rsa *«non ha alcuna possibilità di essere interpretato come contratto di ospitalità, dato*

(1) Cfr. anche l'articolo "Due importanti sentenze del Tribunale di Firenze in merito ai rapporti degli anziani malati cronici non autosufficienti con i Comuni ed i gestori delle Rsa", *Prospettive assistenziali*, n. 180, 2012.

che vede obbligato un soggetto diverso dal fruitore del servizio e per il prezzo su quest'ultimo gravante: esso ha valore e contenuto di fideiussione per il pagamento della quota sociale».

Per quanto concerne la revocabilità dell'impegno assunto dal parente del ricoverato in una struttura residenziale, a titolo di integrazione della retta di degenza, la Corte di Cassazione si è pronunciata in senso affermativo con la sentenza n. 26863/2008 (2).

La sentenza della Corte di Appello di Firenze n. 207/2015 ha anche rilevante conseguenza indiretta segnalata dall'Aduc come segue: *«Riconoscendo che il contratto di ospitalità non è un autonomo contratto di diritto privato, ma si inserisce nel rapporto fra l'utente e l'Amministrazione che lo ha inserito in Rsa, essa sgombra (...) il campo anche da un altro "equivoco" su cui le Rsa spesso giocano: trattandosi di erogazione di un servizio pubblico e non di un rapporto di diritto privato, la struttura non può dimettere il degente nel caso in cui il parente revochi l'impegno al pagamento firmato all'epoca, nemmeno nel caso in cui ciò sia consentito nella convenzione stipulata fra Rsa e Comune/Asl».*

A nostro avviso i contratti di ospitalità sono illegittimi (3), proprio perché si tratta di una prestazione che obbligatoriamente deve essere fornita dal Servizio sanitario nazionale, salvo che si tratti di ricoveri volontariamente disposti a titolo assolutamente privato dall'infermo o da chi lo rappresenta.

ASSESSORI REGIONALI ALLE POLITICHE SOCIALI CHE NON CONOSCONO LE LEGGI DEL LORO SETTORE DI COMPETENZA

Proseguono le iniziative del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base per informare – incredibile ma vero – i Parlamentari ed i responsabili delle Associazioni di tutela dei soggetti deboli in merito alla presenza nel nostro ordinamento di leggi (il

primo provvedimento è addirittura il regio decreto 6535 del 1889!) che assicurano alle persone con disabilità e non autosufficienti il pieno e immediato diritto alle prestazioni residenziali.

A questo diritto, confermato dal regio decreto 773 del 1931, era stato fatto riferimento nel 1998 per ottenere dal Cisa, Consorzio intercomunale dei servizi socio-assistenziali dei Comuni di Candiolo, Nichelino, None e Vinovo (Torino), l'accoglienza in una comunità alloggio di un giovane con grave disabilità intellettiva e non in grado di provvedere autonomamente alle sue fondamentali esigenze vitali (4).

L'ottenimento delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali è molto più semplice oggi a seguito dell'emanazione dei Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (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),

Le norme sui Lea non erano però conosciute addirittura sia da Rita Visini, Assessore alle politiche sociali della Regione Lazio, sia da Stefania Saccardi, Vice Presidente della Giunta della Regione Toscana e Assessore al welfare.

All'Assessore Visini il Csa ha indirizzato in data 24 dicembre 2014 una e-mail in cui esprimeva sconcerto per le false notizie contenute nell'invito predisposto per l'incontro "Una risposta al 'Dopo di noi', la nuova sfida dell'Associazione Artemisia onlus", iniziativa organizzata con la partecipazione della stessa Visini. Nell'incontro veniva affermato che, a causa della mancanza di disposizioni legislative *«la disperazione, l'angoscia di non sapere cosa accadrà alla propria creatura, tanto amata, dopo la morte dei familiari diretti, sono violentissime, feroci»* con la conseguenza che *«il "Dopo di noi", per centinaia di migliaia di genitori con figli segnati da deficit e patologie irrisolvibili, si trasforma in un male da vivere insopportabile».*

Analoga iniziativa aveva assunto il Csa il 4 febbraio 2015 nei confronti della Vice Presi-

(2) Cfr. l'articolo di Roberto Carapelle, "Sentenza della Corte di Cassazione sul recesso dell'impegno di corrispondere l'integrazione della retta di ricovero", *Ibidem*, n. 165, 2009.

(3) Cfr. l'articolo di Maria Grazia Breda, "Aboliti in Piemonte i contratti di ospitalità per il ricovero presso le Rsa sostituiti da un regolamento regionale", *Ibidem*, n. 171, 2010.

(4) Cfr. l'articolo "Come abbiamo procurato un ricovero d'emergenza ad un nostro congiunto colpito da grave handicap intellettivo", *Prospettive assistenziali*, n. 123, 1998. Detto ricovero è tuttora in atto. Cfr. l'articolo di Catia Bonasera, Susanna Savoldi e Angelo Visentin, "Caratteristiche della comunità alloggio La Crisalide per soggetti con grave disabilità intellettiva", *Ibidem*, n. 184, 2013.

dente Saccardi che, come era stato segnalato da *Superando.it* del 30 gennaio 2015, aveva preannunciato la predisposizione di una delibera ad hoc per il “Dopo di noi”, senza fare alcun riferimento alle sopra citate norme vigenti.

PRINCIPI DI EUGENETICA SOCIALE
CONTENUTI NEL DOCUMENTO
APPROVATO IL 30 OTTOBRE 2014
DALLA CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

In data 27 novembre 2014 il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) ha inviato la seguente nota ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

1. Segnaliamo innanzitutto il profondo sconcerto di questo Coordinamento, che opera ininterrottamente dal 1970 a tutela delle persone non autosufficienti (anziani malati cronici, persone con demenza senile, soggetti con limitata o nulla autonomia e disabilità intellettiva o autismo grave o rilevanti disturbi psichiatrici, ecc.) per la seguente affermazione contenuta nel documento in esame secondo cui *«il significato di un Patto, come si è fatto per quello della salute, è quello di impegnare in una forma di sussidiarietà verticale e orizzontale le istituzioni, dallo Stato alle Autonomie per assicurare risorse continuative ai fini della stabilità del sistema»*.

Infatti, contrariamente a quanto sopra sostenuto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il Patto per la salute 2014-2016 stabilisce all'articolo 6 che le prestazioni socio-sanitarie *«per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze»* verranno *«effettuate nei limiti delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze»*.

Pertanto il Patto per la salute (sic!) autorizza le omissioni di intervento in tutti i casi in cui le risorse assegnate dallo Stato, dalle Regioni e dalle Province autonome non sono adeguate alle esigenze socio-sanitarie delle persone sopra indicate, oltre un milione di nostri concittadini.

Si tratta di una norma che, rivolgendosi a per-

sone quasi tutte non in grado di autodifendersi, è oggettivamente discriminante nei confronti dei malati perché non tiene in considerazione le loro esigenze, nemmeno quelle vitali; inoltre è conforme ai principi dell'eugenetica sociale ed ha preoccupanti attinenze con le azioni di selezione sociale e deliberata eliminazione (motivata dalla mancanza delle risorse economiche) realizzate dai nazisti contro i bambini con disabilità grave ed i malati psichiatrici.

2. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome continua a non voler riconoscere che, in base alle leggi vigenti – i cui principi basilari sono violati dal Patto per la salute (vedi sopra) – i Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, assicurano diritti pienamente e immediatamente esigibili alle persone non autosufficienti sopra specificate. È pertanto decisamente fuorviante l'affermazione contenuta nel documento in esame secondo cui ci sarebbe la necessità di orientare *«gli stessi Lea socio-sanitari non come un segmento di salute, ma come progetto globale sulla persona avvalendosi anche delle risposte sociali»* in quanto questa possibilità è già presente nei Lea così come sono.

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 [identiche sono le norme concernenti le persone disabili non autosufficienti, ndr] 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»*.

Si ricorda altresì che l'articolo 2 della legge 833/1978 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 833/1978 sanciva e sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve operare

«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio».

Circa la non autosufficienza confidiamo che – finalmente – la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome riconosca che la non autosufficienza è la drammatica conseguenza della gravità della o delle patologie o delle disabilità che colpiscono questi nostri concittadini. Si tratta di una situazione che può riguardare da un momento all'altro ognuno di noi e che esige una continua attenzione alle loro condizioni di salute in quanto queste persone, molto spesso, non sono in grado di fornire informazioni circa le cause, l'intensità, la localizzazione e le altre caratteristiche salienti non solo dei dolori sofferti, nonché in merito alle altre loro elementari esigenze vitali (bere, mangiare, igiene personale, ecc.).

Come è evidente, l'attenzione rivolta a queste persone deve essere costante e senza alcuna interruzione: se non ricevono le prestazioni necessarie le loro sofferenze possono diventare atroci e se non sono alimentati muoiono dopo pochi giorni. Pertanto dovrebbe essere riconosciuto in concreto il vigente diritto alla continuità terapeutica fra la fase acuta e quella cronica senza alcuna interruzione.

3. Sarebbe necessario che la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome prendesse in considerazione – finalmente, anche in questo caso – il 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione, in base al quale *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»* e nei loro riguardi sostenesse che *«è necessario offrire loro opportunità per vivere dignitosamente»*.

A questo proposito è sconcertante constatare che mai (sono trascorsi decenni!), nemmeno in occasione della discussione parlamentare sulla riforma dell'assistenza del 2000, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha preso in considerazione le condizioni degli *«inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere»* che attualmente (anno 2015) ricevono la miserrima pensione mensile di euro 279,19 con la quale dovrebbero alimentarsi, vestirsi, pagare l'affitto e provvedere alle loro esigenze fondamentali di vita. Se poi queste persone

devono essere curate, assistite e controllate 24 ore su 24 lo Stato eroga ben 504,07 euro mensili e cioè meno di 70 centesimi all'ora!

NON CONVINCENTE LA PRECISAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AGENAS

Alla nota "Perché l'Agenas omette di ricordare ai cittadini il diritto esigibile degli anziani malati cronici non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie a domicilio?", il Direttore generale di detto ente pubblico ha scritto al Csa segnalando che il documento pubblicato sul sito Agenas "Valorizzazione e sostegno del ruolo del caregiver familiare" aveva *«la finalità di pervenire, per la prima volta in Italia, ad un impegno condiviso tra Ministero della salute e Regioni per adottare misure a sostegno di chi si prende cura di propri cari fragili o non autosufficienti riconoscendone l'importanza e peculiare funzione nel sistema di welfare»*.

Al riguardo osserviamo che il primo e fondamentale strumento da evidenziare per *«l'importante e peculiare funzione»* del caregiver è proprio la sua conoscenza sia delle leggi e delle prestazioni che obbligatoriamente devono essere fornite alle persone non autosufficienti, sia delle modalità da osservare per ottenerle.

Osserviamo inoltre che il Direttore generale dell'Agenas non fa mai riferimento alle esigenze di salute delle persone non autosufficienti, esigenze che sono indifferibili proprio a causa della totale ed assoluta incapacità di dette persone a soddisfare le loro esigenze fondamentali di vita. Si tratta di una omissione devastante in quanto ha il preciso scopo di spostare sull'assistenza sociale competenze basilari del Servizio sanitario nazionale.

Anche nelle 14 pagine della relazione inviata il 17 luglio 2014 al Consiglio di Stato da Giovanni Bissoni, Presidente dell'Agenas e da Francesco Bevere, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, non viene segnalata la condizione di malati, in realtà con infermità gravissime, degli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, omissione che è stato il pretesto utilizzato dal Consiglio di Stato per l'illogica e devastante sentenza n. 604/2015 (si veda l'editoriale di questo numero di *Prospettive assistenziali*).