

COMITATO LEA, IGNORATE LE ESIGENZE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI. LE NOSTRE RICHIESTE

Riportiamo integralmente il testo della comunicazione inviata il 30 aprile 2019 dalla Fondazione promozione sociale onlus al Comitato Lea (1) e al Ministro della Sanità, Giulia Grillo. Nel testo vengono segnalate pesanti omissioni sulla condizione dei malati cronici non autosufficienti e richieste alcune misure importanti, d'immediata attuazione: dal controllo delle politiche regionali agli standard di funzionamento delle strutture per prestazioni socio-sanitarie, dal ruolo dei direttori generali delle Aziende sanitarie alle necessarie iniziative informative contro il pretesto della "scarsità delle risorse".

Con riferimento alle pagine "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti" e "Comitato Lea" pubblicate sul portale on-line del Ministero della Salute, segnaliamo alla vostra attenzione che, a nostro parere, il punto più critico dell'analisi del Ministero sui Lea è la mancanza della previsione di azioni concrete volte al contenimento o, preferibilmente, all'eliminazione delle crudeli liste d'attesa (leggasi anche "negazione di cure sanitarie indifferibili") in cui vengono inseriti gli anziani malati cronici non autosufficienti.

Ricordiamo che il "Documento di individuazione dei compiti del Comitato", pubblicato dal Ministero della Salute il 14 febbraio 2006, alla pagina 3, riporta quanto stabilito (Articolo 1 - allegato 1 - punto 2 - lettera h) dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, secondo cui occorre attuare «nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste d'attesa, le adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa».

Tuttavia, nel documento non si ravvisa nessun riferimento alle inique liste d'attesa per l'acces-

so alle Rsa e per le cure domiciliari, prestazioni socio-sanitarie previste dalla normativa sui Lea richiamata (articolo 54 della legge 289/2002 e, oggi, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017) per garantire la continuità terapeutica ai malati cronici non autosufficienti.

A quanto ci risulta, non solo non viene prevista alcuna azione a proposito ma manca una vera e propria analisi della situazione attuale, analisi che non può che avere come base la raccolta di dati precisi sulle liste d'attesa attualmente esistenti.

Il sopracitato "Documento di individuazione dei compiti del Comitato" contiene al suo interno l'importante citazione dell'articolo 52, comma 4, lett. b) della legge 289/2002, in base al quale le Regioni devono definire con strumenti formali la «assunzione della propria quota relativa agli oneri per la prestazioni dell'area socio-sanitaria di cui all'Allegato 1 C del DPCM del 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"» nonché «l'adozione di strumenti formali di valutazione multidimensionale dell'anziano e del disabile per l'ammissione alle strutture residenziali e semiresidenziali». Tuttavia, spiace constatare che, nonostante le previsioni di legge richiamate, non risulti che le Regioni abbiano mai intrapreso atti che vadano nella direzione indicata dalle norme citate, né che il Comitato Lea abbia dato indicazioni in tal senso.

Lo stesso Documento, al punto 2.1.2, richiamando nuovamente l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ricorda «gli ulteriori adempimenti regionali per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria» dando particolare atten-

(1) I componenti del comitato Lea presso il Ministero della salute sono: Andrea Urbani, Silvia Arcà, Rossana Ugenti, Giuseppe Viggiano, Luciana Patrizi, Angela Adduce, Tiziana Pignatelli, Ettore Attolini, Aurelio Bouchè, Kyriakoula Petropulacos, Luigi Cajazzo, Domenico Mantoan, Paolo Aletti, Monica Calamai, Stefania Garassino, Lucia Lispi, Andrea Piccioli, Maria Donata Bellentani, Federica Di Pilla, Alessandra Versino, Rosa Maria Piccioni, Vito Bavaro, Daniela Mignone, Tiziano Carradori, Micaela Nastasi, Daniela Perin, Lucia Di Furia, Maria Teresa Mechi.

zione alla definizione dei «flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza».

In merito, a parere di chi scrive, manca nel documento la definizione, da una parte, degli *standard* cui viene fatto riferimento e, dall'altra, la previsione del controllo sull'operato delle Regioni per quanto concerne le prestazioni socio-sanitarie: Lea domiciliari, semi-residenziali e residenziali per i malati cronici non autosufficienti.

Allo stesso modo, nonostante il Documento rimarchi l'impegno delle Regioni al «potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero» e ad «assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera» manca anche qui il riferimento ad un controllo successivo sul raggiungimento dell'obiettivo.

Non è poi chiaro il motivo per cui, nel Documento in analisi, ogni riferimento alle liste d'attesa venga espressamente circoscritto agli «accertamenti diagnostici»: lo stesso metodo andrebbe esteso espressamente alle liste d'attesa concernenti i Livelli essenziali di assistenza delle persone malate croniche non autosufficienti (e quindi alle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017).

Da ultimo, ci permettiamo di portare alla Vostra attenzione il ruolo riservato ai Direttori generali delle Asl nella definizione dei programmi attuativi aziendali. Dal momento che il Comitato Lea deve predisporre linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani regionali e che detti Piani regionali devono garantire il monitoraggio e la valutazione degli stessi, sarebbe opportuno dare un maggior peso a questi elementi nella valutazione annuale obiettivi dei singoli Direttori generali, al fine di ottenere un concreto miglioramento della situazione delle liste d'attesa e delle cure dei malati stessi.

Come emerge dall'articolo «Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute» del Prof. Francesco Pallante, pubblicato sulla rivista «Il Piemonte delle Autonomie», stando ai dati comunicati dagli Uffici regionali, attualmente solo in Piemonte sono oltre venticinquemila (25.653) le

persone in lista d'attesa per ricevere servizi residenziali o servizi domiciliari.

Altro tema molto importante, è il sempre più attuale ricorso alle dimissioni ospedaliere nel tentativo di far ricadere sui parenti degli anziani infermi gli oneri che, per legge, devono essere a carico del Servizio sanitario nazionale.

Ricordiamo in proposito che l'articolo 2 della legge n. 833/1978 stabilisce perentoriamente 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. Nondimeno, occorre tenere a mente che l'articolo 23 della Costituzione sancisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e che mai il Parlamento ha approvato una legge che trasferisca in capo ai congiunti gli oneri che la legge pone a carico del Servizio sanitario nazionale.

Nella recente 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 sentenza n. 1858/2019 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 dall'articolo 1 della legge n. 833/1978 secondo cui tutte le prestazioni devono essere fornite «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario nazionale.

Sulla dignità del vivere e del morire: il caso dimenticato... (segue dalla pag. 36)

non viene correttamente informato da queste istituzioni del suo diritto, in quanto disabile in condizione di gravità e non autosufficienza, ad una presa in carico sanitaria effettuata con interventi finanziati pro quota dal Fondo sanitario nazionale, dal Fondo nazionale per le non autosufficienze oltre che dalle risorse personali dell'assistito, ove chiamato alla compartecipazione? (15). E per quale ragione non è stato disposto in via diretta, da parte dei competenti servizi dell'Azienda sanitaria locale, alcun intervento di assistenza tutelare domiciliare che fosse di reale supporto ai familiari di Loris che, via via, si sono succeduti dando la loro disponibilità volontaria alla sua assistenza, in ottemperanza a quanto stabilito dalle norme sui Lea? Quando poi, come ovvia conseguenza, i familiari e gli assistenti sono venuti a mancare e, con essi, anche le condizioni per una permanenza al domicilio di Loris – a quel punto in evidenti condizioni di abbandono terapeutico – perché l'Asl

non ha proposto un intervento residenziale (che fosse però alternativo al temuto ricovero in istituto) quale una convivenza, in un gruppo appartamento, di persone disponibili ad una messa in comune delle risorse? L'assolvimento di tali obblighi avrebbe almeno consentito di evitare che Loris Bertocco se ne andasse da questo mondo affermando: «*Se avessi potuto usufruire di assistenza adeguata, come ho già detto avrei vissuto meglio la mia vita, soprattutto negli ultimi anni, e forse avrei magari rinviato un po' la scelta di mettere volontariamente fine alle mie sofferenze*» (16).

(15) L'esigibilità dei Lea è riconosciuta anche dalla Risoluzione n.8/00191 approvata all'unanimità l'11 luglio 2012 dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, nonché dalla sentenza n.36/2013 della Corte costituzionale. E' dunque sempre possibile ricorrere al Tribunale amministrativo regionale se l'Asl nega la presa in carico e, quindi, il diritto alle cure.

(16) Il Csa, Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale onlus hanno presentato al Parlamento europeo la Petizione 1147/2016 «*per ottenere la tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali per le persone non autosufficienti*». La Commissione permanente per le petizioni del Parlamento europeo l'ha esaminata nella seduta del 19 giugno 2018 decidendo di inoltrarla al Ministero per la Famiglia e le Disabilità ed al Ministero per la Cfr. «*Discussa la petizione europea per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali, Prospettive assistenziali*, n. 202, aprile-giugno 2018. Inoltre la Fondazione promozione sociale onlus, in data 24 ottobre 2018, ha presentato la proposta di legge «*Priorità delle prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti*» alla Commissione lavoro e previdenza sociale del Senato della Repubblica nell'ambito della Audizione sui disegni di legge n° 55 – 281 – 555 – 698 – 853 (*Care giver familiare*).