

QUANDO L'ASL NON RICONOSCE LA NON AUTOSUFFICIENZA DEL PAZIENTE: INUTILI RITARDI, MAGGIORI SPESE SANITARIE E DERISIONE DEI FAMILIARI

Il presente articolo tratta il caso del Signor Bruno (nome di fantasia), persona anziana ultra settantenne, affetta sin dalla nascita da disabilità intellettiva e ormai non più autosufficiente, ricoverato a seguito di una caduta presso un ospedale del Torinese. La sorella, con la quale il malato convive e che finora si è sempre presa cura volontariamente del fratello da quando è rimasto orfano dei genitori, decide di presentare formale opposizione alle dimissioni per poter ottenere il ricovero del malato, da parte dell'Asl, in idonea struttura residenziale socio-sanitaria per persone non autosufficienti (Rsa).

La decisione, pur dolorosa, è necessaria a seguito dell'aggravarsi delle condizioni del fratello e della convalescenza; la sorella si rende conto di non avere più le forze necessarie per far fronte alle esigenze del fratello malato. L'obiettivo è l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria.

La genesi della vicenda

Il Signor Bruno viene ricoverato in data 18 maggio 2020 presso un Ospedale del torinese «a seguito di episodio di deviazione della rima buccale con vertigine e confusione», come risulta dalla relazione clinica di dimissione ospedaliera. Sino ad allora, la sorella del paziente si è fatta carico volontariamente di suo fratello presso il proprio domicilio (1), senza richiedere sostegni all'Asl o ad altri Enti, pur previsti dalla normativa vigente sui Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (2).

L'opposizione alle dimissioni

A fine maggio 2020, a fronte di proposta di dimissioni del paziente, ormai non solo non

autosufficiente a causa della disabilità, ma aggravatosi a causa delle patologie croniche subentrate quali la «*vasculopatia cronica*», e poiché non era prevista alcuna presa in carico da parte dell'Asl, previo consulto con la Fondazione promozione sociale onlus, la sorella procede all'invio delle Pec alle istituzioni preposte, con le quali si oppone alle dimissioni. Come previsto dalle norme vigenti a tutela della salute del fratello, richiede la prosecuzione della continuità terapeutica fino al ricovero definitivo presso idonea struttura residenziale socio-sanitaria.

In merito, è bene precisare che che:

- il paziente, Signor Bruno, è ora malato cronico non autosufficiente oltre che affetto da

(1) Si ricorda in merito che, ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione, «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» ed il Parlamento mai ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi – compresi quelli disabili e non autosufficienti – compiti spettanti per legge in capo al Servizio sanitario nazionale. Gli articoli 433 e seguenti del Codice civile non riguardano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. La legge 1531/1930 (diritto di rivalsa) è stata inoltre abrogata.

(2) In merito, si richiama l'articolo 34 del Dpcm 12 gennaio 2017, rubricato "Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità", il quale dispone che: «1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di

mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: (...) c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare; 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare. 2. (...) I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera».

disabilità intellettiva e, pertanto, ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978, il Servizio sanitario deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*»;

- la sorella non intende più assumere volontariamente responsabilità e oneri per garantire tutte le prestazioni di cui il paziente necessita, 24 ore su 24 e per 365 giorni l'anno;

- l'opposizione alle dimissioni è stata attivata ai sensi dell'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132, dell'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e dell'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 che consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità;

- nella sua citata opposizione alle dimissioni, la sorella ha dichiarato la disponibilità ad accettare sin da subito il trasferimento del paziente in altro reparto dello stesso ospedale o in altra struttura sanitaria e/o socio-sanitaria, compreso l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria idonea ad accogliere un paziente disabile intellettivo con limitatissima autonomia, con la compartecipazione del Servizio sanitario regionale e la parte restante a carico dell'utente/Comune, in base al Dpcm 15/2017 che regola le prestazioni socio-sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, sopra richiamati.

Pochi giorni dopo la presentazione dell'opposizione alle dimissioni, il paziente viene trasferito dall'Ospedale ad altra struttura di lungodegenza locale, in attesa di presa in carico definitiva da parte dell'Asl mediante ricovero presso idonea struttura residenziale socio-sanitaria (Rsa), come richiesto dalla sorella con la sua opposizione alle dimissioni.

Per l'Asl il paziente è "autosufficiente"

Nonostante le evidenti condizioni di non autosufficienza del paziente (che percepisce anche l'indennità di accompagnamento da diverso tempo), l'Uvg (Unità di valutazione geriatrica) dell'Asl certifica che il paziente è «*autosufficiente secondo i parametri regionali vigenti*» e che «*attualmente non [è] ipotizzabile una progettualità*».

A seguito del rilascio di una relazione medica da parte della struttura di lungodegenza che definisce il paziente «*autonomo nelle ADL*», la

sorella comunica con Pec di confermare la propria opposizione alle dimissioni e la propria richiesta di continuità terapeutica in favore del paziente, richiamando i seguenti pareri medici, a dimostrazione della pluridecennale condizione di disabilità e di non autosufficienza del fratello:

- il certificato redatto dal Dottor M. del novembre 1990, in cui si precisa che «*l'esame psichico evidenzia invece, già ad un primo e sommario approccio, una grave involuzione, caratteristica e tipica, per lo specialista, delle encefalopatie epilettiche (...) il quadro psichico appare decisamente deteriorato*» per cui il paziente «*presenta dunque, in termini assolutamente non discutibili né confutabili, una grave sindrome epilettica farmaco resistente, con concomitante deterioramento psichico ed evidenti turbe comportamentali e caratteriali*»;

- il certificato del Dottor G. del gennaio 2017, il quale evidenzia: «*Le sue giornate [del paziente] sono scandite da continue manifestazioni e comportamenti ossessivi e compulsivi che di fatto rendono impossibile una vita autonoma*»;

- la già richiamata "Relazione clinica di dimissione ospedaliera", rilasciata a seguito del ricovero ospedaliero nel mese di maggio 2020, in cui si evidenzia che il paziente è affetto da «*disturbo della deambulazione in vasculopatia cerebrale cronica; epilessia farmacoresistente e ritardo mentale; ipertensione arteriosa*» con la precisazione che «*trattasi comunque di paziente che necessita assistenza continuativa essendo incapace di attendere alle comuni attività del quotidiano*».

Nel novembre 2020, il Signor Bruno viene ulteriormente trasferito dalla struttura di lungodegenza, in regime Cava (Continuità assistenziale a valenza sanitaria) presso altra struttura socio-sanitaria.

La richiesta dell'Amministratore di sostegno

Nel mese di luglio 2020, la sorella presenta richiesta formale al Giudice tutelare del Tribunale di Torino per la propria nomina nel ruolo di Amministratore di sostegno del fratello, Signor Bruno, procedimento per cui è stata successivamente informata della fissazione della data d'udienza.

Ciò nonostante, nel mese di novembre 2020 le viene notificata la nomina del locale Consorzio per i servizi socio-assistenziali nel ruolo di Amministratore di sostegno provvisorio al suo posto, a seguito di segnalazione da parte dell'Asl alla Procura della Repubblica di Torino, cosa di cui nessuno l'aveva avvisata.

Da notare che la segnalazione dell'Asl alla Procura della Repubblica di Torino è di diversi mesi successiva rispetto alla domanda presentata dalla sorella del malato, per cui non si comprende per quale ragione il Giudice tutelare abbia provveduto alla nomina dell'Amministratore di sostegno provvisorio senza sentire la sorella che, ai sensi delle norme vigenti, avrebbe diritto di essere consultata per prima, salvo fatti gravi.

La sorella riceve nel contempo una comunicazione dallo stesso Consorzio per i servizi socio-assistenziali che, basati quanto lei, hanno appreso della loro nomina nel ruolo di Amministratore di sostegno provvisorio del malato su richiesta dell'Asl. Le confermano pertanto che, stante la sua disponibilità come familiare a ricoprire tale ruolo, comunicheranno la loro rinuncia al Giudice tutelare in favore della sorella.

La riconosciuta non autosufficienza e conclusione della vicenda

È a questo punto che arriva la svolta della vicenda. Fallito il tentativo di estromettere la sorella dalle decisioni in merito alle esigenze di cura del fratello, l'Uvg dell'Asl dispone una nuova valutazione del paziente e, questa volta, il Signor Bruno è riconosciuto non autosufficiente con un punteggio sanitario pari a 13 punti su 14 (sic!), con intensità «Alta» (3), e la necessità urgente di un trasferimento del

(3) Sulla base delle definizioni di cui alla tabella allegata alla Dgr 45/2012 e s.m.i. della Regione Piemonte, una situazione di "Alta intensità" corrisponde a: «*Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni*».

paziente in una Rsa per il ricovero definitivo. Ricordiamo che appena pochi mesi prima la stessa Asl aveva definito il Signor A.B. «*autosufficiente secondo i parametri regionali vigenti*», affermando inoltre che «*attualmente non [è] ipotizzabile una progettualità*».

Il paziente viene quindi trasferito da parte dell'Asl in una Rsa del Comune di residenza, dove ha così inizio il ricovero definitivo in convenzione.

Considerazioni finali

Da quanto emerge da questa vicenda, l'unico aiuto che il Servizio sanitario è stato in grado di fornire ad una persona che si era sempre fatta carico a casa propria del fratello, affetto da disabilità intellettiva e non più autosufficiente – senza averne obbligo – è di metterla da parte nel momento in cui la stessa non è più in grado di sostenere oneri e responsabilità.

Consapevole dei suoi limiti e, nel contempo, delle esigenze indifferibili di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie del fratello, la sorella ha giustamente deciso di rivolgersi all'Asl per ottenere le prestazioni sanitarie cui aveva diritto il fratello, che lei non era più in grado di garantirle a casa.

Ci ha ringraziato per il sostegno, ancora incredula per il trattamento ricevuto da parte del Servizio sanitario, Ente che sulla base delle leggi vigenti dovrebbe sempre garantire «*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*».

La vicenda mette in evidenza, ancora una volta, che i medici delle Uvg non valutano le condizioni cliniche dei pazienti non autosufficienti, ma si basano su elementi che sono tutt'altro che oggettivi e piuttosto discrezionali, dettati probabilmente dalla preoccupazione di rispettare il budget, anche a scapito del diritto dei malati.