

Il facsimile della Fondazione promozione sociale

Abbiamo visto a cosa serve, per cosa deve essere utilizzata e con quali accortezze (servizio alle pagine precedenti) la lettera di opposizione alle dimissioni, che è nella sostanza una istanza di continuità terapeutica per malati non autosufficienti. Qui pubblichiamo i destinatari della comunicazione, inviata con lettera raccomandata A/R o posta certificata strettamente personale dello scrivente, facendo riferimento alle cariche e non al nome e al cognome di chi provvisoriamente le ricopre, devono essere il **Direttore generale dell'Azienda sanitaria di residenza del malato** e, se l'Azienda è diversa, va aggiunto anche l'indirizzo del **Direttore generale dell'Azienda sanitaria dov'è ubicato l'attuale luogo di cura**. L'Azienda sanitaria può avere denominazioni diverse a seconda della regione (Ulss, Asl, Asur...), ma questo non intacca l'efficacia dell'istanza: si tratta infatti sempre dell'ente pubblico che ha la competenza sulla tutela della salute delle persone in quel territorio. Per la Lombardia invece che al Direttore generale dell'Asl, bisogna indirizzare le raccomandate A/R o le Pec al Direttore generale dell'Ats – Agenzia di Tutela della Salute e al Direttore generale dell'Asst – Azienda Socio-sanitaria territoriale. Inoltre, occorre inviare una raccomandata A/R anche al Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Asst.

Dopo i rappresentanti istituzionali delle aziende sanitarie, vanno inseriti fra i destinatari anche il **Direttore sanitario dell'attuale luogo di cura** dell'utente (ospedale, casa di cura, Rsa...), il **Difensore civico regionale**, che con la legge 24/2017 ricopre anche il ruolo di garante del diritto alla salute.

Tra gli invii in copia per conoscenza, è bene mettere il **Presidente della Regione** di residenza dell'utente, il **Presidente dell'Ordine dei Medici** del luogo di cura del malato, i referenti dei **sindacati pensionati** (soprattutto per malati non autosufficienti anziani) e un' **associazione di tutela dei diritti dei malati** che sia competente a intervenire sul caso. Nella lettera facsimile della Fondazione promozione sociale è precompilata la sede nazionale di via Artisti 36 a Torino che vale per le pratiche spedite da tutta Italia, che la Fondazione segue costantemente con profitto, anche per i luoghi in cui non ha sedi distaccate o realtà locali con le quali collabora.

Vediamo come Mario Rossi si oppone alle dimissioni e richiede la continuità terapeutica all'Azienda sanitaria locale per sua mamma, Franca Bianchi, anziana malata cronica non autosufficiente.

Oggetto: **Opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica assicurata dalle leggi vigenti**

Il sottoscritto MARIO ROSSI abitante in ___ via ___ visto l'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 che prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e l'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

CHIEDE

che la propria MADRE, FRANCA BIANCHI abitante in ___ via ___, attualmente ricoverata e curata presso CASA DI CURA VILLA * a ___, NON venga dimessa, oppure che venga trasferita in un altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria per i seguenti MOTIVI:

1) il paziente non è in grado di programmare autonomamente il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malato da essere anche totalmente non au-

tosufficiente. Necessita pertanto delle indifferibili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (diagnosi, terapie, somministrazione e verifica dell'assunzione dei farmaci, alimentazione, igiene personale ecc.) volte ad evitare l'altrimenti inevitabile decesso nel giro di breve tempo;

[Se possibile aggiungere un certificato medico recente che deve riportare anche la seguente frase: "Le prestazioni sanitarie nei confronti del paziente risultano pertanto indifferibili in relazione al quadro clinico e patologico riscontrato". Nei casi in cui il degente abbia l'indifferibile esigenza di prestazioni riabilitative, questa esigenza deve essere precisata in apposito certificato medico, il più dettagliato possibile].

2) ai sensi dell'art. 32 della Costituzione «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...);

3) l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e il Parlamento con la legge n. 833/1978 ha posto in capo al Servizio sanitario nazionale l'obbligo di corrispondere le prestazioni sanitarie, così come declinate dai successivi provvedimenti (decreto legislativo n. 502/1992 e decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017). In seguito, è stata abrogata la legge 1580/1931.

4) Lo scrivente non è in grado di assicurare le necessarie cure al proprio congiunto, anche perché assolutamente sprovvisto delle occorrenti competenze sanitarie e non intende assumere volontariamente obblighi di cura che lo Stato ha posto in capo al Servizio sanitario come sopra richiamato;

5) in base alle norme nazionali vigenti di rango superiore a quelle regionali, si fa presente che le cure sanitarie – comprese quelle ospedaliere – sono dovute a tutti i degenti, compresi gli adulti colpiti da patologie invalidanti con autonomia limitatissima o nulla, agli anziani malati cronici non autosufficienti e ai degenti affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza, ai sensi della legge 23 dicembre 1978 n. 833 il cui articolo 2 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», mentre 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. **Pertanto, resta fermo che è il Servizio sanitario nazionale a dover assicurare le cure a tutti gli**

LETTERA RACCOMANDATA A/R o PEC - Egr. Direttore generale Asl *Roma 1*
Via *Borgo Santo Spirito 3* Città *00153 Roma*

LETTERA RACCOMANDATA A/R o PEC - Egr. Direttore generale Asl *Frosinone*
Via *Armando Tobi sac* Città *03100 Frosinone*

LETTERA RACCOMANDATA A/R o PEC - Egr. Direttore sanitario *Care di Cure Villa **
Via *Delle megnole* Città *03100 Frosinone*

LETTERA RACCOMANDATA A/R o PEC - Egr. Sig. Sindaco (o Presidente dell'Ente socio-assistenziale da esso delegato)
delle città di Roma
Via *p.z. del Campidoglio 1* Città *00186 Roma*

LETTERA RACCOMANDATA A/R o PEC - Egr. Difensore civico della Regione *Lazio*
(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)
Via *delle Pisenia 1301* Città *00163 Roma*

Oggetto: **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE E RICHIESTA DELLA CONTINUITÀ DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA ASSICURATA DALLE LEGGI VIGENTI**

Il paziente è ricoverato in una struttura (Villa *) di Frosinone, ma abita a Roma? Ecco come va compilata la lettera nella parte dei destinatari della raccomandata con ricevuta di ritorno. Inviarla anche alle autorità istituzionali è importante per sollecitare un intervento generale a tutela dei malati non autosufficienti

infermi, inclusi quelli non autosufficienti e non i loro congiunti, salvo loro volontaria disponibilità;

6) com'è stabilito dalla legge n. 38/2010 ed è confermato dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 «è tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato (...) al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza [rectius, alle prestazioni sanitarie, ndr.], la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze»;

7) il **Dpcm 12 gennaio 2017**, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha stabilito **all'articolo 29** che: «Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore (...). La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che **sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale**, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale». Inoltre, **l'articolo 30** dello stesso Dpcm 12 gennaio 2017 stabilisce che: «Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. (...) La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome; (...);»;

8) nella **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 per la cura delle persone non autosufficienti «**non è cogente**» con la precisazione che «**ove permangono le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario na-**

zionale». Inoltre, poiché nella stessa sentenza 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] *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 del degente e/o del suo nucleo familiare, com'è stabilito dal già richiamato articolo 1 della legge n. 833/1978;**

9) nella **sentenza n. 36/2013 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»;

10) la **sentenza n. 3058/2017 del Consiglio di Stato**, recependo integralmente ciò che aveva deciso la Corte di Cassazione nel provvedimento n. 21748/2007, ha evidenziato che «*chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente. La tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte*». Tenuto conto che la condizione sanitaria di base delle persone in stato vegetativo è la non autosufficienza, risulta evidente che hanno diritto alle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata anche tutte le persone non autosufficienti. Si segnala altresì che per aver negato nel 2008 il ricovero della figlia in coma in una struttura residenziale con oneri a carico del Servizio sanitario, con la sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato ha condannato la Regione Lombardia a versare al padre dell'inferma non autosufficiente euro 132.965,78 di cui euro 12.965,78 a titolo di danno patrimoniale ed euro 120mila a titolo di danno non patrimoniale. Ciò premesso, il Servizio sanitario nazionale deve erogare le occorrenti prestazioni alle persone non autosufficienti le cui condizioni di estrema malattia non consentono loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare 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, provvedere all'as-

sunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilitazione, etc.) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. **Ne consegue che questi degenti sono in una situazione di continua emergenza, come nel caso del degente in discorso;**

11) in relazione all'esigibilità della prestazione Lea la **Corte Costituzionale con sentenza 62/2020**, ha precisato che *«l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)»* con la precisazione che *«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa»*. Inoltre, ha ribadito che: *«È evidente che se un programma, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indefettibilità del servizio, ogniquale volta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, **il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute»**;*

12) per quanto sopra, lo scrivente, mentre **disdice con effetto immediato ogni impegno eventualmente assunto** anche in merito a pretesi pagamenti di rette per la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie, si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro.

Tanto premesso, ai sensi dell'articolo 30 comma 1, lettera b) del Dpcm 12 gennaio 2017 sopra citato, lo scrivente è

disponibile ad accettare, previo rilascio della certificazione del medico curante della struttura, il passaggio dalla fase estensiva al «trattamento di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (...) con garanzia di continuità assistenziale (...) a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera», a condizione che:

- il percorso di cura proposto sia definitivo e in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;
- siano assicurate al degente tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative;
- la struttura sia situata preferibilmente in ^{***} (indicare, per esempio, nel Comune di ^{***} e centri limitrofi) in modo da consentire non solo allo scrivente, ma anche a tutti gli altri familiari, di fornire il loro massimo sostegno possibile al malato;
- il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Asl, se disposto in altra struttura residenziale socio-sanitaria;
- la quota della retta alberghiera a carico del degente sia conforme alla normativa vigente sopra richiamata e sia comprensiva di tutte le prestazioni, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.;
- l'integrazione dell'eventuale quota della retta alberghiera non corrisposta dal ricoverato venga versata dall'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali a partire dalla data del ricovero in Rsa del degente, previa richiesta dell'interessato e/o di chi lo rappresenta all'Ente medesimo.

Lo scrivente chiede inoltre alla Direzione della citata struttura in cui il degente è attualmente ricoverato, copia integrale del certificato medico in base al quale sarebbero state disposte le dimissioni, per cui la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie in base alle norme vigenti, non sarebbe più di competenza del Servizio sanitario nazionale ma dello scrivente. Ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017, lo scrivente chiede al Difensore civico di intervenire per l'ottenimento di quanto richiesto con la presente.

Lo scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, dei decreti legislativi 502/1992 e 97/2016, chiede che gli venga inviata una risposta scritta (in primo luogo dal Direttore generale dell'Asl di residenza del degente, Autorità che deve garantire le cure senza limiti di durata) e segnala che non terrà conto delle eventuali risposte verbali e telefoniche.

Ringrazia e porge distinti saluti.

Alla comunicazione va apposta data e firma (automatiche in caso di Pec, in quanto comunicazione strettamente personale, la cui data e ora di spedizione vengono registrate dal sistema di invio) e poi spedita.