

## TUTTI HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE

*Opuscolo informativo sui diritti dei malati cronici non autosufficienti, adulti e anziani, ad essere curati in ospedale o in casa di cura convenzionata quando non è possibile provvedere al proprio domicilio*

### PERCHÉ E PER CHI....

*L'Amministrazione Comunale ha deciso di produrre e diffondere questo opuscolo perché sono numerosi i casi di persone affette da malattie croniche o invalidanti che incontrano difficoltà per farsi curare dal Servizio Sanitario.*

*L'ospedale, in genere, funziona bene finché si tratta di affrontare le fasi acute della malattia ma, quando si rende necessario un lungo periodo di riabilitazione o addirittura un ricovero a tempo indeterminato, allora il malato rischia di trovarsi in difficoltà anche serie.*

*Le famiglie si trovano spesso a dover garantire assistenza e cure senza le necessarie agevolazioni dalla Sanità. Per questo molte persone rinunciano al servizio pubblico e ricorrono al ricovero in cliniche o case di riposo private sobbarcandosi il pagamento di rette che arrivano a 2000 – 2500 euro al mese. Accade così che la cura e l'assistenza di un malato cronico metta in crisi le famiglie che subiscono pesanti conseguenze sul piano economico. Una relazione della Presidenza del Consiglio dei ministri nel 1999 ha segnalato che oltre 2 milioni di famiglie italiane sono cadute in povertà per aver dovuto sostenere i costi relativi alla cura di congiunti malati cronici non autosufficienti o con disabilità gravi.*

*Tutto ciò si verifica anche perché molti cittadini non conoscono quali sono i loro effettivi diritti in materia di cure sanitarie. Inoltre, il ricorso ai servizi sanitari pubblici è in certi casi scoraggiato da prassi e consuetudini di servizi che, talvolta, ignorano o male interpretano le leggi vigenti.*

*Per cercare di porre rimedio a tale situazione, nell'opuscolo vengono riassunte le principali norme sulle quali si fonda il diritto alle cure sanitarie con particolare riferimento ai malati cronici non autosufficienti adulti e anziani ed alle persone gravemente disabili.*

*Nell'ultima pagina vengono anche fornite indicazioni sui recapiti dei Difensori Civici e delle Associazioni di Volontariato a cui chiunque può rivolgersi per ottenere consulenza ed assistenza gratuita al fine di non vedere violato il proprio diritto alle cure sanitarie.*

*Il Sindaco  
Dott. Marcello Mazzù*

## NON BISOGNA CONFONDERE SANITA' E ASSISTENZA

I diritti alle cure sanitarie e all'assistenza hanno il loro fondamento nella Costituzione che afferma: **“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”** (art. 32); **“ogni individuo inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale”** (art 38).

Purtroppo le leggi emanate per tradurre in norme concrete i principi della Costituzione non stabiliscono eguale esigibilità dei diritti da parte del cittadino. Quindi, quando ci si riferisce ai diritti riconosciuti per legge, non si deve confondere sanità ed assistenza in quanto:

- le **cure sanitarie** sono effettivamente un diritto per tutti garantito dai Servizi Sanitari attraverso le Regioni e le ASL;
- l'assistenza non è invece riconosciuta come diritto effettivamente esigibile se non per quanto attiene alle prestazioni economiche assistenziali attualmente erogate dall'INPS. All'**assistenza sociale** provvedono i Comuni.

---

### **Azienda Sanitaria Locale n. 5**

**L'assistenza sanitaria per i cittadini di Grugliasco è assicurata dall'ASL 5.** Il funzionamento e l'organizzazione di ogni Azienda Sanitaria Locale sono disciplinati con atto aziendale nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale è nominato con provvedimento del presidente della Giunta regionale ed è responsabile della gestione complessiva dell'ASL. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono nominati dal Direttore generale e oltre a svolgere funzioni proprie concorrono con pareri e proposte alle decisioni del Direttore generale che comunque è titolare di tutti i poteri di gestione e rappresenta l'ASL.

Altri organi collegiali dell'ASL sono il Collegio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari, il Comitato di dipartimento. Una funzione meramente consultiva è attribuita alla Conferenza dei Sindaci. L'Azienda Sanitaria Locale è articolata in distretti. L'ASL 5 è suddivisa in 5 distretti. Il distretto n.1 comprende i Comuni di Collegno e Grugliasco per complessivi 87.758 abitanti.

*Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria per le attività sanitarie e socio-sanitarie e il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali inserendole nel Programma della attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.*

Il Programma delle attività territoriali prevede la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote a carico di ASL e Comune. Il programma relativamente alle attività socio-sanitarie è approvato dal Direttore

Generale *d'intesa con il Comitato dei sindaci del distretto*. Il Comitato dei sindaci formula inoltre parere sulle restanti materie e concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute del Programma. E' questo forse l'unico momento in cui è possibile per i Comuni influire sulle scelte sanitarie adottate dalle ASL, facendo leva sulla necessità dell'intesa che lascia presupporre qualcosa di più di un semplice parere.

L'art. 3 quater D. Lgs 502/92, introdotto con D. Lgs 19.6.1999, introduce il Distretto nell'articolazione territoriale delle ASL e prevede che la organizzazione e il funzionamento del Comitato dei Sindaci del distretto siano disciplinati dalla Regione. La Regione Piemonte con DGR 80-1700 del 11.12.2000 (B.U. n.3 del 17.1.2001) indica con termini assai generici l'attività del Comitato e riconduce il tutto a espressioni di pareri e proposte, ma indubbiamente tale atto amministrativo della Regione non può annullare o modificare quanto previsto dalla legge.

### **Il Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona –**

**L'assistenza sociale per i cittadini di Grugliasco e Collegno è assicurata dal CISAP.** Il funzionamento e l'organizzazione del Consorzio sono disciplinati dallo Statuto approvato dai Consigli Comunali nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni nazionali e regionali.

Sono organi del Consorzio: L'Assemblea Consortile - della quale fanno parte i Sindaci dei Comuni Associati – il Presidente del Consorzio e il Consiglio di Amministrazione – nominati dall'Assemblea – ed il Direttore.

Il Consorzio opera entro i confini del distretto n.1 dell'ASL 5 attraverso più sedi territoriali. Il programma pluriennale approvato dall'Assemblea Consortile prevede che il Consorzio persegua *la tutela del diritto all'assistenza sociale ed operi per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali alle persone ed alle famiglie*.

Al fine di evitare divaricazioni tra diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili il consorzio ha definito le condizioni di difficoltà che rientrano nell'area della *tutela del diritto all'assistenza sociale* e che richiedono interventi assistenziali garantiti e livelli di servizi atti a tutelare efficacemente le posizioni soggettive ed a rendere esigibili i diritti soggettivi riconosciuti. Tali condizioni sono individuate come segue:

- i *minori* in tutto o in parte privi delle indispensabili cure familiari, siano essi nati nel o fuori del matrimonio;
- i *disabili intellettivi* totalmente o gravemente privi di autonomia e senza alcun valido sostegno familiare;
- i *soggetti colpiti da altri handicap*, anche plurimi, che necessitano di aiuti specifici per poter acquistare la massima autonomia possibile nel rispetto del diritto all'autodeterminazione;
- gli *anziani* che non sono in grado di provvedere alle proprie esigenze di vita;
- le *gestanti e madri* in grave difficoltà personale alle quali va altresì fornita la necessaria consulenza psicosociale per il loro reinserimento e per il responsabile riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati;
- le *persone che vogliono uscire dalla schiavitù della prostituzione*;
- i *soggetti senza fissa dimora*;

- gli *altri individui* che necessitano di prestazioni specifiche se si vuole evitare la loro emarginazione.

Alle persone rientranti nelle sopra elencate condizioni il Consorzio fornisce le prestazioni previste dall'art. 22 della L.328/2000 con le modalità indicate nella Carta dei servizi e nel rispetto dei regolamenti consortili.

*Per il triennio 2003/2005 il consorzio è impegnato a mantenere il livello di erogazione dei servizi essenziali e ad operare, nel contempo, per realizzare il potenziamento della rete locale degli interventi integrati e dei servizi.-*

---

---

## **COSA AFFERMANO LE LEGGI SANITARIE**

Il diritto dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalla seguente normativa:

- l'assistenza sanitaria deve essere fornita, indipendentemente dalla sua durata, alle persone colpite da malattie specifiche della vecchiaia (legge 4 agosto 1955, n.692);
- l'assistenza ospedaliera deve essere assicurata a tutti gli anziani "quando gli accertamenti diagnostici, le cure mediche o chirurgiche non siano normalmente praticabili a domicilio" (Decreto del Ministri del lavoro del 21 febbraio 1956);
- le regioni devono programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati "acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti" (Legge 12 febbraio 1968 n.132, articolo 29);
- le ASL devono assicurare a tutti i cittadini, qualsiasi sia la loro età, le necessarie prestazioni dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali (legge 13 maggio 1978, n.180);
- le ASL sono obbligate a provvedere alla "tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione". Le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano "le cause, la fenomenologia e la durata" delle malattie (legge 23 dicembre 1978, n.833);
- "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri,

istituzioni e servizi, che svolgano, nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge” (legge 23 dicembre 1978, n.833 articolo 1);

- la Legge finanziaria 2003, all'articolo 54, ha confermato i livelli essenziali di assistenza indicati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, rilevando al comma 2 che “Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate dall'allegato 1..” ovvero anche gli interventi di riabilitazione e di lungo degenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti.

---

## **CHI HA DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E PER QUANTO TEMPO**

Tutti i malati hanno diritto di essere curati gratuitamente - salvo pagamento dei ticket - dalle strutture sanitarie pubbliche (cioè medici, ambulatori, ospedali e altre strutture dell'ASL 5) o da case di cura private convenzionate, senza limiti di età, tipo di malattia, durata delle cure.

Questo diritto spetta quindi anche agli anziani malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite da malattie inguaribili o invalidanti, da malattie psichiatriche, dal morbo di Alzheimer, ecc.

---

## **QUANDO E SE ACCETTARE LE DIMISSIONI DALL'OSPEDALE**

Nessun malato che necessita ancora di cure sanitarie può essere dimesso dall'ospedale dove è ricoverato salvo che gli sia stata garantita la continuità delle cure in uno di questi modi:

- presso la propria abitazione, se l'interessato è d'accordo e se i familiari o terze persone volontariamente si assumono l'impegno di proseguire le cure a casa, fermo restando il supporto di personale sanitario qualificato fornito nell'ambito del servizio di ospedalizzazione a domicilio ;
- presso altre strutture sanitarie (altri reparti dell'ospedale o case di cura convenzionate), dove il malato venga trasferito a cura e spese dell'ASL, anche se la destinazione è una casa di cura privata convenzionata. In tutte queste strutture la degenza deve essere gratuita.

Prima di accettare le dimissioni, soprattutto nel caso di malattie croniche o invalidanti, è bene valutare con molta attenzione le conseguenze derivanti dalle proprie decisioni e dalle proposte formulate dalla struttura ospedaliera;

Infatti, il malato cronico o lungodegente che accetta le dimissioni dall'ospedale esce dalla tutela completa e continuativa del Servizio sanitario nazionale .

In questo caso non gli restano che le seguenti possibilità:

- rientrare a casa propria, facendo affidamento sulle cure di qualche familiare, del medico di base e dei servizi infermieristici e di assistenza domiciliare integrata (ADI) forniti dall'ASL competente per territorio;
- richiedere la visita di una speciale commissione (la UVG - Unità Valutativa Geriatrica) per ottenere le cure domiciliari o il ricovero in una delle strutture residenziali denominate Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o Residenze Assistenziali Flessibili (RAF). Dopo la visita la commissione inserisce il malato in una lista d'attesa che solitamente si prolunga per parecchi mesi;
- trasferirsi privatamente in una RSA o RAF dove i costi mensili sono dell'ordine dei 2000-2500 euro.

**Chi ha necessità di continuare le cure e non può essere curato a casa può opporsi alle dimissioni o al trasferimento in altra struttura che appaia chiaramente inadeguata. Se l'ospedale o la casa di cura convenzionata insiste, ci si può opporre inviando ai responsabili sanitari una lettera raccomandata, seguendo il modello predisposto dal CSA - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti che pubblichiamo in allegato all'opuscolo.**

---

## QUANTO DURA L'OSPITALITA' POST OSPEDALIERA IN CASA DI CURA

Spesso il personale dell'ospedale, dopo essere intervenuto per curare la fase acuta di una malattia o di un trauma, invita i parenti del malato cronico o con prospettive di lungo degenza a trovarsi una sistemazione presso qualche altra struttura sanitaria o assistenziale. **E'opportuno ricordare che la responsabilità di trovare la sistemazione più idonea per proseguire le cure è totalmente della ASL e non è corretto che venga delegata ai parenti.**

Accade che ai malati lungodegenti o bisognosi di terapie di riabilitazione trasferiti in case di cura convenzionate venga detto che la permanenza in queste strutture può durare al massimo 60 giorni. In realtà **le cure gratuite devono durare per tutto il tempo richiesto dalla natura della malattia.** Se al 55° giorno di degenza il malato necessita di ulteriori cure - e non può rientrare a casa - la Direzione della casa di cura deve informarne l'ASL. Questa provvederà a prendersi a carico il malato o inserendolo in una propria struttura o facendosi carico dei costi per il prolungamento della degenza presso la casa di cura convenzionata.

## CHE COSA SONO LE RSA E LE RAF

Le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) sono strutture assegnate alla titolarità delle ASL destinate al ricovero di anziani non autosufficienti; che spesso sono anche malati cronici o lungo degenti.

Sempre nel caso di malati cronici o lungo degenti, talvolta l'ospedale o l'ASL propone l'inserimento in una RAF (Residenza Assistenziale Flessibile). In questo caso **bisogna fare attenzione perché, in genere, le RAF sono presidi dell'assistenza e quindi chi accetta di trasferirsi dall'ospedale esce dalle strutture sanitarie e gli verranno chiesti contributi giornalieri dai 50 ai 100 euro al giorno senza le necessarie garanzie sulle cure sanitarie e sul successivo rientro nel circuito sanitario.**

In ogni caso ci si può sempre opporre al trasferimento in una RAF di un malato che necessita di cure sanitarie e che non può essere curato al domicilio, facendo valere il diritto ad essere curati in strutture della Sanità.

Per i cittadini del territorio di Collegno e Grugliasco l'ASL 5 Distretto n.1 utilizza, per il ricovero degli anziani non autosufficienti, un certo numero di RSA e RAF convenzionate. Il piano di convenzionamento dell'ASL 5 Distretto n.1 per l'anno 2003 prevede, a regime, la disponibilità dei seguenti posti:

- **RAF Istituto S. Giacomo di SUSA** **10 posti;**
- **RAF Piccola Società Cooperativa di S. Cassiano** **32 posti;**
- **RSA/RAF Istituto S. Giuseppe di Grugliasco** **32 posti;**
- **RSA Maria Barbero dell'ASL 5 di Collegno** **38 posti;**
- **RSA Don Mencio ASL 5 di Avigliana** **2 posti;**
- **RSA Maritano ASL 5 di Sangano** **4 posti;**
- **RAF Istituto Immacolata di Giaveno (convenzione ad esaurimento)** **4 posti.**

### BOX

Pur ospitando persone spesso malate e pur dipendendo dall'ASL 5, le RSA (ed a maggior ragione le RAF) non hanno caratteristiche di strutture totalmente sanitarie: i ricoverati devono pagare una quota alberghiera (spesso con l'integrazione economica del Consorzio assistenziale CISAP); inoltre sono considerati "ospiti" e non "degenti" e la presenza del personale medico ed infermieristico (regolata da standard della Regione Piemonte) è limitata.

## CHI DECIDE L'INSERIMENTO IN UNA RSA

L'accesso in una RSA convenzionata è deciso in base ad una graduatoria risultante dalle valutazioni fatte dall'Unità di Valutazione Geriatria (UVG) dell'ASL 5 che esamina i diversi casi delle persone che hanno presentato apposita richiesta di inserimento in struttura, ne valuta la natura, l'urgenza delle cure e verifica se il ricovero in RSA (o in RAF) è compatibile con la gravità della condizione.

Questa commissione - che nel caso dell'ASL 5 ha sede presso il Distretto n.1 dell'ASL 5 c/o il Poliambulatorio di via Oberdan a Collegno – prepara una graduatoria dei casi esaminati che tiene conto anche delle valutazioni fatte dai servizi sociali del Consorzio CISAP.

Poiché le richieste sono molte ed i posti letto pochi, la lista di attesa per entrare in una struttura per non autosufficienti dell'ASL 5 è piuttosto lunga e l'attesa può protrarsi ben oltre l'anno.

I diritti sanitari dei malati ricoverati presso le RSA / RAF non sono riconosciuti allo stesso modo di quelli riconosciuti a chi è ricoverato in ospedale o in una casa di cura convenzionata. **Quindi prima di accettare il trasferimento presso una RSA / RAF occorre verificare con molta chiarezza con l'ASL o con l'ospedale i modo, il luogo, la durata ed i costi del ricovero.**

Alcune ASL di Torino hanno definito con le RSA / RAF convenzionate precisi accordi in base ai quali prima del ricovero il malato riceve chiare informazioni scritte sui suoi diritti. Sarebbe auspicabile che questa esperienza venisse generalizzata su tutto il territorio regionale.

## CHI DEVE PROVVEDE AL TRASPORTO IN RSA ED AI FARMACI

Se si accetta di andare in una RSA / RAF occorre verificare che il trasferimento dall'ospedale avvenga sotto responsabilità e a spese dell'ASL; direttamente dall'ospedale alla RSA / RAF senza passaggi intermedi con permanenza a domicilio o in altre strutture non sanitarie.

In una RSA pubblica le cure sanitarie devono essere fornite gratuitamente come in ospedale. ***Ai ricoverati in posti letto convenzionati delle strutture private (sia RSA che RAF) dovrebbero essere forniti gratuitamente anche i farmaci, come stabilito da una delibera della Regione Piemonte. Di fatto questa norma non viene spesso rispettata e i ricoverati devono pagare il ticket***

## IL PAGAMENTO DELLA RETTA

Per chi è ricoverato in una RSA il pagamento della quota giornaliera può creare serie difficoltà economiche. Normalmente il diritto ad avere delle agevolazioni viene stabilito applicando le complicate regole del cosiddetto redditometro, che tiene conto dei redditi e del patrimonio dell'interessato e della sua famiglia.

Per chi ha più di 65 anni ed è stato dichiarato non autosufficiente dalla UVG - così come per i portatori di handicap gravi - il contributo richiesto deve fare riferimento ai soli redditi e beni del ricoverato e non ai redditi dei familiari. In questo caso il malato contribuisce solo nei limiti del suo reddito personale (pensione ed eventuale assegno di accompagnamento) e del suo patrimonio (alloggi, terreni, ecc.) ferma restando la riconosciuta prassi di trattenere per sé un importo per le spese personali di 70-100 euro al mese; Nessun contributo può essere chiesto dagli enti locali ai familiari.

A volte, pur di ottenere il ricovero, i familiari di un malato accettano di pagare dei contributi economici non dovuti (ad esempio, perché calcolati sulla base del reddito familiare e non del solo assistito handicappato grave o ultra -sessantacinquenne non autosufficiente).

Nel caso in cui siano stati sottoscritti indebiti impegni di pagamento a favore degli enti pubblici gli interessati possono evitare di continuare a versare i contributi inviando una lettera di disdetta a mezzo raccomandata, con la quale si chiede anche al Comune (o al Consorzio socio – assistenziale) di residenza di provvedere all'integrazione della retta.

**Talvolta le persone ricoverate in ospedale, in case di cura, nelle RSA o RAF presentano condizioni mentali o di salute tali da richiedere un gravoso impegno di sorveglianza e assistenza. In questi casi può succedere che il personale minacci le dimissioni se i familiari non provvedono ad assicurare una presenza continuativa.**

**Sono minacce inaccettabili;** I parenti non sono tenuti a svolgere quelle funzioni ("tutte le necessarie prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, assistenziali e alberghiere") che sono tipicamente di pertinenza del personale della casa di cura o RSA o RAF.

Bisogna però comprendere le condizioni di lavoro del personale infermieristico: pertanto, **la collaborazione volontaria dei parenti che può contribuire a migliorare sensibilmente la cura e le condizioni di vita del malato è altamente auspicabile** soprattutto nei casi di persone non più in grado di provvedere alle proprie esigenze.

## **COSA AFFERMA LA GIURISPRUDENZA.**

Risultano numerosi precedenti giurisprudenziali in tema di attribuzione delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria o socio-assistenziale a malati di mente cronici.

La norma che viene richiamata e utilizzata è quella dell'art. 30 legge 27.12.1983 n. 730 (legge finanziaria del 1984) che prevede che *per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.* In attuazione di detta norma sono stati emanati i DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 8.8.1985 e 14.2.2001, da considerare formalmente atti di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Regioni, in realtà assai vincolanti per gli Enti locali.

---

La Corte di Cassazione (sentenza n.10150 del 20.11.1996) ha ritenuto che le spese sostenute da un Istituto medico psico - pedagogico andassero imputate alla USL e non alla Provincia. L'Istituto aveva chiesto la condanna della Provincia al pagamento delle rette di degenza relative a un minorato psichico assumendo che difettavano i presupposti per addebitare alla USL tale onere trattandosi di trattamento sanitario praticato all'assistito senza alcuna possibilità di un suo recupero sociale.

Hanno ritenuto i giudici che la contestuale erogazione di prestazioni sanitarie (continua somministrazione di farmaci diretti a controllare le crisi di aggressività) e socio-assistenziali (sorveglianza e assistenza non sanitaria) fosse da considerare di rilievo sanitario e pertanto di competenza del servizio sanitario nazionale.

In tale senso si è pronunciato anche il TAR del Veneto in una vertenza tra il Comune di Portogruaro e una Casa di Riposo (sentenza n.15.5.1999 n. 656) ed ancora la Cassazione (sentenza n. 25.8.1998 n. 8436) che afferma esplicitamente che non assume alcun rilievo la circostanza della impossibilità della guarigione o miglioramento della malattia psichica trattata

Da osservare che con l'art. 7 della legge 21.7.2000 n. 205 è stata attribuita giurisdizione esclusiva al giudice amministrativo per le controversie in materia di pubblici servizi e ciò costituisce sicuramente un "affievolimento" della tutela giurisdizionale in considerazione dei diversi principi (di mera legittimità) che applica il giudice amministrativo nonché del diverso sistema processuale in tema di prove e non ultimo per via dei maggiori costi per le parti.

Di recente il Consiglio di Stato (organo giurisdizionale avanti al quale vengono impugnate le sentenze dei TAR) con sentenza 16.6.2003 n. 3377 ha riformato una sentenza del TAR della Lombardia che aveva ritenuto che gli interventi farmacologici, destinati a contenere isolati episodi di agitazione psico-motoria, fossero da considerare prestazioni prive di rilievo sanitario essendo totalmente assente la finalità riabilitativa e curativa. Il Consiglio di Stato ha dichiarato l'obbligo per l'ASL di provvedere al pagamento delle rette di degenza in quanto sia la norma

dell'art. 30 legge 730/83, che i DPCM 8.8.1985 e 14.2.2001 non collegano il trattamento di rilievo sanitario solo a quelli che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente e che anzi il DPCM del 2001 (art. 3, comma 1) considera espressamente di carattere sanitario, *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, i trattamenti volti *al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite*. Si tratterebbe di vere e proprie cure la cui somministrazione può rivelarsi pericolosa per il paziente e che deve essere affidata a personale sanitario e non rientrando in quelle prestazioni "*sociali a rilevanza sanitaria*" che il DPCM del 2001 (art. 3, comma 2) definisce *attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute* e che sono di competenza dei Comuni.

**Secondo i giudici non ha alcuna importanza che il paziente abbia necessità di assistenza continua per l'alimentazione, l'igiene personale e per tutti i bisogni primari e neppure che il suo stato sia cronico o irreversibile, ciò che importa è che siano praticate delle prestazioni sanitarie che sono di esclusiva pertinenza (e costo) delle ASL.**

---

## **A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI VIOLAZIONE DEL DIRITTO ALLE CURE**

Il malato, soprattutto se ricoverato, se anziano, se portatore di malattie invalidanti si trova sempre in una posizione di debolezza di fronte ai medici e infermieri che lo curano; ma questo non giustifica che si debbano accettare passivamente evidenti violazioni dei propri diritti, tanto più se queste derivano semplicemente dalla non conoscenza delle norme vigenti da parte del personale delle strutture, che spesso si affida alla prassi ("si è sempre fatto così").

**Chi reclama formalmente il rispetto di un proprio diritto rende un servizio oltre che a se stesso, anche ad altri che si trovano in una situazione simile.**

**A chi rivolgersi per segnalare e denunciare i casi di violazione del diritto alle cure?**

## **LA COMPETENZA DEL DIFENSORE CIVICO REGIONALE**

Le inadempienze, le omissioni e i ritardi di Enti che dipendono dalla Regione (fra i quali sicuramente rientrano le Aziende Sanitarie Locali) possono, a richiesta dei cittadini interessati, essere oggetto di valutazione ed intervento da parte del Difensore Civico Regionale.

**Il Difensore Civico Regionale è nominato dal Consiglio Regionale e tra le sue competenze vi è la verifica della legittimità e fondatezza degli atti amministrativi portati al suo esame**, con possibilità di richiedere informazioni ed effettuare sollecitazioni agli Enti inadempienti o ritardatari.

Solo nei confronti dei Comuni che non adottano atti obbligatori per legge è prevista la possibilità della nomina di un commissario ad - acta.

La richiesta di intervento si può effettuare senza alcuna particolare formalità chiedendo un appuntamento nella sede del difensore civico.

Per quanto attiene al settore sanitario nella Regione Piemonte il Difensore Civico Regionale ha compiuto numerosi interventi nei confronti delle ASL di tutta la regione, si elencano alcuni casi in cui si è rivelato decisivo l'intervento:

### **1. determinazione della retta relativa al ricovero di**

#### **Antonio, adulto disabile**

Il padre di Antonio aveva assunto l'impegno con il Comune di appartenenza di versare una somma mensile quale contributo alla retta di ricovero a titolo di provvisoria anticipazione, ciò precedentemente all'applicazione dei D. Lgs 109/98 e 130/2000. Il difensore civico ha osservato che la disciplina ISEE ha un contenuto obbligatorio e che le prestazioni agevolate nei confronti di persone con handicap permanenti gravi, devono essere erogate tenendo conto della situazione economica del solo assistito e non anche degli altri componenti del nucleo familiare. Agli Enti erogatori di assistenza sociale non è attribuita la facoltà di surroga nella richiesta di corresponsione negli alimenti (art. 438, 1° co., cod. civ.) né è possibile rivalersi nei confronti dei parenti degli assistiti. Il Comune si è quindi fatto carico della integrazione della retta. In altro caso verificatosi

successivamente alla emanazione dell'art. 2 ter D. Lgs 31.3.1998 n. 109, come modificato dal D. Lgs 130/2000 si è ribadito che le prestazioni sociali rivolte ad ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle ASL locali devono essere erogate tenendo conto della sola situazione economica dell'assistito e non anche dei parenti escludendo ogni possibilità di rivalsa

## 2. dimissioni da Casa di cura di

### Emilia, anni 90, totalmente non autosufficiente.

La Casa di cura aveva disposto le dimissioni di Emilia attestando che la paziente si presentava in condizioni di stabilità cronicizzata e che il ricovero non poteva essere prorogato non sussistendo le motivazioni cliniche. I parenti si erano opposti alle dimissioni chiedendo al difensore civico di intervenire a tutela del diritto alla salute di Emilia. La Delibera di Giunta Regionale n. 34-251 del 19.6.2000 prevede che i ricoveri presso le strutture convenzionate siano al massimo di 60 giorni, con riconoscimento di quota intera da parte degli enti pubblici, salvo richiesta di proroga al ricovero per pazienti portatori di particolari casi clinici, cui viene riconosciuta la quota intera nei reparti di lungo degenza. Per tutti gli altri ricoveri in lungo degenza vi è un abbattimento del 40% trascorsi 60 giorni di degenza. Oltre il 120° giorno di degenza non è più prevista quota a carico della Regione. **In caso di paziente ultra sessantacinquenne non autosufficiente che necessita di assistenza ospedaliera residenziale o domiciliare la competenza è della ASL di residenza presso la quale devono essere attivate le procedure per l'inserimento in strutture residenziali, tramite l'attivazione della Unità Valutativa Geriatrica oppure in progetti attivati a domicilio facendone richiesta presso il distretto. A seguito dell'intervento del difensore civico Emilia è stata ricoverata presso una RSA.**

## 3. assegni di cura (art. 16 legge 328/2000)

E' stato richiesto ad una ASL della provincia di ottemperare all'obbligo provvedere per gli assegni di cura per favorire la permanenza delle persone anziane non autosufficienti presso il proprio domicilio. L'ASL ha provveduto accantonando una quota del 10% del costo per assistenza residenziale.

## 4. requisito della residenza per trasferimenti in altra casa di cura

La sorella di Amelia si è rivolta al difensore civico per verificare la possibilità che

Amelia ricoverata presso una Casa di Cura della provincia di Cuneo ed ivi residente fosse trasferita ad una struttura di accoglienza nella provincia di Torino per facilitare le visite e i contatti familiari. L'assistente sociale del comune di provenienza aveva richiesto quale condizione essenziale il trasferimento della residenza di Amelia nel Comune in provincia di Torino. Tale richiesta comporta tutta una serie di adempimenti burocratici e di difficoltà di ordine pratico. Il difensore civico ha accertato che la DGR 14-26366 del 28.12.1998 –allegato A- prevede che l'U.V.G. dell'ASL di residenza può disporre su richiesta dell'interessato o chi per esso il trasferimento del soggetto in una struttura convenzionata. **Il requisito della residenza pertanto ha rilievo ai soli fini di individuare l'U.V.G. di appartenenza restando ininfluenza in relazione alla struttura di destinazione.**

#### **5. informativa sul trasferimento di anziani non autosufficienti in strutture riabilitative e di lungo degenza post-acuzie**

Il Difensore civico ha richiesto all'Assessorato alla Sanità di predisporre opportune misure ai fini di una esaustiva informazione degli utenti delle ASL Piemontesi. Risulta allo stato una informativa effettuata presso l'ASL 3

- **Recapito Difensore Civico regionale:**

**Dott. BRUNO BRUNETTI**

**P.zza Solferino, 22. Tel 011/577387/524**

**Fax: 011/5757386**

**BOX**

## **LA COMPETENZA DEL DIFENSORE CIVICO COMUNALE**

Il difensore civico comunale ha una competenza limitata agli atti amministrativi emessi da organi della amministrazione comunale (Determinazioni dirigenziali, della Giunta) o degli Enti di cui il Comune si avvale per l'erogazione di servizi (raccolta rifiuti, concessionario per i tributi, CISAP).

Per quanto attiene al settore sanitario assumono rilevanza – nell'ambito del complesso dell'assistenza socio-sanitaria - le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che l'art. 3, comma 2, del DPCM 14.2.2001 (Atto di indirizzo e coordinamento per le Regioni in materia di prestazioni socio-sanitarie) attribuisce alla competenza del Comune prevedendo espressamente che: *“Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso:*

- a) interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;*
- b) Interventi per contrastare la povertà nei riguardi di cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;*
- c) Interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;*
- d) interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;*
- e) gli interventi anche di natura economica atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psico-fisica da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;*
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente*

Tale DPCM è stato oggetto di forti critiche da operatori del settore e da parte dei Comuni in quanto pur essendo formalmente un atto di indirizzo e coordinamento rivolto alle Regioni di fatto non rimanda ad alcuna forma di concertazione tra Regioni e Comuni, fissando standard cogenti che richiedono una immediata

applicazione e che inaspriscono di parecchio il precedente regime, accollando ai Comuni il costo di prestazioni precedentemente rese dal Servizio Sanitario Regionale senza effettuare alcun trasferimento di risorse.

Come indicato nella prima parte dell'opuscolo l'Amministrazione comunale di Grugliasco ha conferito al CISAP la gestione delle funzioni assistenziali. E' dunque il Consorzio l'organismo deputato ad assicurare ai cittadini le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*. I provvedimenti adottati dal CISAP in quanto concernenti cittadini di Grugliasco potranno essere oggetto di richieste di intervento del difensore civico comunale come tutti gli altri provvedimenti (determinazioni) dei Dirigenti di settore del Comune di Grugliasco.

**Il difensore civico riceve i reclami dei cittadini e, se li ritiene fondati, assume le informazioni necessarie. Se accerta che vi siano elementi rilevanti comunica, per iscritto, al responsabile del procedimento, proprie osservazioni, attraverso suggerimenti volti ad assicurare la legittimità dei provvedimenti e degli atti. Il Difensore può, inoltre verificare tempi e modalità.**

Quando l'istanza ha per oggetto un atto amministrativo impugnabile in via giurisdizionale, invece, deve essere presentata al Difensore entro 30 giorni dalla notificazione o comunicazione dell'atto. Il Difensore Civico, dopo aver provveduto a dare immediata comunicazione dell'istanza all'amministrazione che ha emanato l'atto, convoca il rappresentante dell'amministrazione a cui l'atto è imputato e tutti i soggetti interessati, al fine di promuovere una soluzione della controversia. L'accordo eventualmente raggiunto è verbalizzato dal Difensore Civico ed è immediatamente esecutivo.

- **Recapito Difensore Civico comunale:**

Dott. Ettore Rinaldi

Comune di Grugliasco

P.zza Matteotti, 50

Tel: 011/4013013

---

## LE ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI CITTADINI.

Con riferimento alle problematiche dei malati cronici non autosufficienti è possibile far riferimento – oltre che ai Difensori Civici – anche alle associazioni di tutela dei cittadini, alle quali è possibile rivolgersi per un consiglio ed un aiuto gratuito. Le associazioni offrono in modo discreto, nel rispetto del diritto alla privacy, assistenza gratuita ai cittadini per verificare eventuali violazioni dei diritti sanitari, per predisporre eventuali lettere di opposizione a dimissioni indebite o trasferimenti in strutture inadeguate, per revocare pagamenti di rette non dovute a enti pubblici, ecc.

Di seguito si fornisce l'elenco delle principali associazioni:

- **Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti (CSA )** via Artisti 36 - 10124 Torino. Tel 011 8124469. Fax 011 8122595. E - mail [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it) ;
- **Tribunale dei diritti dei malati** via della Rocca 20 – 10123 Torino. Tel 011 8177075. Fax 011 8124473. E - mail [ca.torino@tin.it](mailto:ca.torino@tin.it) ;
- **Tribunale internazionale dei diritti dell'anziano** c/o CST via Salerno 31 – 10156 Torino. Tel 011 5217686. E – mail [cooperativacst@virgilio.it](mailto:cooperativacst@virgilio.it)

---

**ALLEGARE FAC SIMILE LETTERA OPPOSIZIONE DIMISSIONI**