



Il Difensore Civico difensore.civico@comune.jesi.an.it

Jesi, 6 Luglio 2004

Ill.mo Sig.
Sindaco del Comune di Jesi
Presidente conferenza dei Sindaci della Vallesina

Gent.mo Sig.
Coordinatore d'ambito sociale n.9 - Jesi

SEDE

Gent.mo Sig.
Direttore Z.T. 5 – ASUR Marche

*Via Gallodoro 68
60035 JESI*

E, p.c., Ill.mo Sig.
Presidente della Giunta regionale

Gent.mo Sig.
Assessore alla Sanità
della Regione Marche

*Via Gentile da Fabriano, 3
60025 ANCONA*

E, p.c., Spett.le
Gruppo Solidarietà
*Via Salvo d'Acquisto 7
60030 MOIE DI MAIOLATI SPONTINI*

Cure sanitarie di soggetti malati e non autosufficienti. Competenze del settore sanitario.

Viste le segnalazioni effettuate dall'associazione "Gruppo Solidarietà" di Moie di Maiolati e da altri soggetti privati ed a carattere associativo, con le quali si riferisce una prassi, da parte delle strutture sanitarie locali, apparentemente non conforme a quanto prevede la normativa vigente per ciò che riguarda la cura di soggetti affetti da gravi malattie già stabilizzate;

PREMESSO

- che il difensore civico comunale nei propri interventi ha competenza sugli atti dell'amministrazione comunale o dei soggetti di cui essa si avvale per l'erogazione di servizi;
- che, peraltro, a fronte di una posizione nei confronti della pubblica amministrazione che vede il cittadino come soggetto debole, essendo carenti o insufficienti o comunque dispendiose altre forme di protezione ed in assenza di specifici divieti, si ravvisa l'opportunità di formulare osservazioni per attivare gli organi competenti, a prescindere dalla loro natura giuridico-amministrativa, in tutti i casi in cui si rileva la lesione di diritti di cittadini che si rivolgono all'ufficio;

CONSIDERATO

- che 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) e "ogni individuo inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale" (art 38);
- che le cure sanitarie sono effettivamente un diritto per tutti garantito dal Servizio sanitario attraverso le Regioni e le ASL, mentre un diritto generalizzato non è ancora riconosciuto come esigibile per ciò che riguarda l'assistenza, se non per quanto attiene alle prestazioni economiche assistenziali attualmente erogate dall'INPS;
- che il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" definisce "prestazioni sociosanitarie"

...tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè 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;

- che l'art. 3, comma 1, del DPCM 14.2.2001 (Atto di indirizzo e coordinamento per le Regioni in materia di prestazioni socio-sanitarie) individua le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di competenza delle Aziende unità sanitarie locali nel senso che sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;

- che l'art. 3 comma 3 dello stesso DPCM specifica che sono da

...considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3 - septies, comma 4 del decreto legislativo n.502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui

risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza;

- che il diritto dei malati cronici non autosufficienti (anziani e non) alle cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, è stabilito dalla L. 4 agosto 1955, n.692, dalla L. 12 febbraio 1968 n.132 (le regioni devono programmare i posti letto degli ospedali tenendo conto delle esigenze dei malati "acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti"), dalla L. 13 maggio 1978, n.180 (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), dalla L. 23 dicembre 1978, n.833 (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", mentre le prestazioni devono essere fornite agli anziani, come a tutti gli altri cittadini, qualunque siano "le cause, la fenomenologia e la durata" delle malattie);

- che la Legge finanziaria 2003 conferma i livelli essenziali di assistenza indicati dal DPCM 29 novembre 2001, ricomprendendo prestazioni quali gli interventi di riabilitazione e di lungodegenza, nonché quelli relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie rivolte alle persone anziane non autosufficienti;

- che pertanto il diritto alle cure sanitarie riguarda tutti i malati (senza distinzioni derivanti da limiti di età, tipo di malattia, durata delle cure) ivi compresi gli anziani malati cronici non autosufficienti, le persone colpite da malattie inguaribili o invalidanti, da malattie psichiatriche, dal morbo di Alzheimer, ecc.;

- che dunque gli stessi hanno diritto di essere curati gratuitamente - salvo pagamento dei ticket qualora ne ricorrano i presupposti - dalle strutture sanitarie pubbliche (cioè medici, ambulatori, ospedali e altre strutture dell'ASL 5) o da case di cura private accreditate;

- che di conseguenza chi necessita di cure sanitarie non può essere dimesso dall'ospedale senza – ove ne ricorra la necessità – garanzia della continuità delle cure presso la propria abitazione attraverso un adeguato supporto dei servizi di cure domiciliari ovvero presso altre strutture sanitarie (altri reparti dell'ospedale, strutture private accreditate, strutture sanitarie extraospedaliere convenzionate);

- che la Corte di Cassazione (sentenza n.10150 del 20.11.1996) ha ritenuto 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) debba essere considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del servizio sanitario nazionale;

- che la Corte di Cassazione (sentenza n. 8436 del 25.8.1998) afferma esplicitamente che non assume alcun rilievo la circostanza della impossibilità della guarigione o miglioramento della malattia trattata;

- che dopo l'attribuzione della giurisdizione esclusiva al giudice amministrativo per le controversie in materia di pubblici servizi, il Consiglio di Stato con sentenza 16.6.2003 n. 3377 ha ribadito che 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, 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.

- che anche in altre occasioni (Sentenza n. 152/04 Sentenza n. 479/04) il Consiglio di stato ha condannato le aziende sanitarie locali al pagamento delle rette di degenza di soggetti affetti di gravi malattie, riconoscendo la competenza sanitaria - dunque l'assunzione dei corrispondenti oneri - negli interventi con carattere di "cura" delle patologie in atto, ricordando che la stessa normativa non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente;
- che tali sentenze evidenziano che la competenza del settore sanitario (e dunque anche i conseguenti oneri finanziari) non si arresta alla fine di un processo che può portare alla guarigione o alla riabilitazione, ma rimane anche quando gli interventi sono "volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite"

* * *

Tutto quanto sopra osservato e ritenuto appare evidente che, non potendo considerare la cura terminata nelle fasi acute e post acute della malattia, è competenza del settore sanitario intervenire con l'erogazione di prestazioni in regime domiciliare, diurno o residenziale di soggetti affetti da gravi malattie anche quando siano stabilizzate e non suscettibili di miglioramento, assumendo nel contempo il pagamento dei relativi oneri di degenza nei casi di ricovero in strutture residenziali.

CONSTATATO

- che a quanto risulta 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.
- che, di fatto, l'applicazione delle normative, la cui corretta interpretazione è stata più volte ribadita in via giurisprudenziale, sembra disattesa profittando del fatto che spesso gli interessati non sono in grado o non vogliono, per motivi economici e culturali e ambientali, sopportare l'onere di ricorsi giurisdizionali;

INVITA

i soggetti destinatari della presente, ciascuno per le proprie competenze, a provvedere nel rispetto della legge vigente e dei principi costituzionali, modificando i comportamenti e le decisioni sin qui adottate ove non conformi

Il Difensore civico
Avv. Samuele Animali