

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

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.

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 del 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 dal Servizi Sanitario 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.

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.

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 trasferirvisi 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.

Pur ospitando persone spesso malate e pur dipendendo dall'ASL , le RSA (ed a maggior ragione le RAF) non hanno caratteristiche di strutture totalmente sanitarie: i ricoverati devono pagare una quota alberghiera; 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 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 - prepara una graduatoria dei casi esaminati che tiene conto anche delle valutazioni fatte dai servizi sociali.

Poiché le richieste sono molte ed i posti letto pochi, la lista di attesa per entrare in una struttura per non autosufficienti dell'ASL 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.**

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 se 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.

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.

- **Recapito Difensore Civico regionale:**

Dott. BRUNO BRUNETTI

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

Fax: 011/5757386

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).

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*

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.