



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 72 DEL 29/07/2016

OGGETTO: Approvazione Linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sui relativi costi

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente atto si approvano le linee di indirizzo che contribuiscono a fare chiarezza sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sull'imputazione dei relativi costi.

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AREA SANITA' E SOCIALE

ATTESO CHE, anche a seguito di pronunciamenti giurisprudenziali, si è verificata una notevole incertezza interpretativa in materia di imputazione dei costi di residenzialità delle persone affette dal morbo di Alzheimer o altre demenze;

RILEVATA l'opportunità di contribuire, attraverso delle apposite linee di indirizzo, a fare chiarezza sulla delicata tematica in capo ai cittadini, alle istituzioni e agli operatori;

VISTO il documento "*Linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sui relativi costi*" predisposto a livello tecnico dai competenti uffici, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di condividere il contenuto delle Linee di indirizzo *de quo*;

VISTA la LR 29/6/2012 n. 23/2012 "*Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*";

VISTA la LR 31/12/2012, n. 54 "*Legge regionale per l'ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta regionale in attuazione della Legge regionale statutaria 17/4/2012, n. 1 'Statuto del Veneto'*";

DECRETA

1. di approvare, per le finalità di cui in premessa, il documento "*Linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sui relativi costi*";

Mod. A - originale

2. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende ULSS, tramite i propri competenti uffici, provvedano a consegnare formalmente ed illustrare ai richiedenti le prestazioni di residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera per le persone non autosufficienti, che abbiano avviato l'iter per l'inserimento in struttura, le linee di indirizzo di cui al punto 1;
3. di invitare i gestori dei Centri Servizi per persone non autosufficienti, autorizzati ed accreditati ai sensi della L.R. 22/2002:
 - a) a consegnare formalmente e ad illustrare le linee di indirizzo di cui al punto 1 ai firmatari dei contratti stipulati per l'ospitalità delle persone non autosufficienti (familiari, tutori, amministratori di sostegno);
 - b) ad informare sollecitamente la Regione del Veneto di eventuali contenziosi instaurati dai Comuni o dai diretti interessati volti a contestare l'applicazione del regime di imputazione dei costi di residenzialità/semiresidenzialità extra ospedaliera.

Dr. Domenico Mantoan

Direzione Servizi Sociali
Il Direttore
Dott.ssa Antonella Pinza



Direzione Programmazione Sanitaria
UO Strutture Intermedie
e Socio-Sanitarie territoriali
Il Direttore
Dr.ssa Maria Chiara Corti

Maria Chiara Corti

*RC***Allegato A al Decreto n. 72 del 29 luglio 2016**

pag. 1/7

Linee di indirizzo sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogabili a persone affette da demenza e in particolare dal morbo di Alzheimer e sui relativi costi*Le demenze*

Il termine “demenza” descrive in modo generico un declino delle funzioni cognitive tale da interferire con la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana.

Tra i vari tipi di demenza, la malattia di Alzheimer rappresenta la forma più frequente (60-80% dei casi); si tratta di una malattia cronico-degenerativa a lenta evoluzione che porta alla completa non autosufficienza.

La demenza vascolare, nota come demenza post ictus o multi-infartuale, è meno frequente della malattia di Alzheimer (10-20% dei casi).

Negli anziani risulta tuttavia molto comune il riscontro di lesioni ischemiche cerebrali associate alla malattia di Alzheimer o a altre demenze; si parla in questi casi di demenza mista.

Vi sono altre demenze che presentano una minor prevalenza, come la Malattia a Corpi di Lewy (5-7%), le demenze fronto-temporali; vi sono infine condizioni che possono provocare sintomi compatibili con un declino cognitivo, in alcuni casi reversibile, come i problemi endocrino-metabolici e quelle dovuti a carenze vitaminiche, le malattie infettive, le neoplasie cerebrali.

La malattia di Alzheimer esordisce prevalentemente con disturbi di memoria; altre forme di demenza possono manifestarsi con un cambiamento del carattere o con disturbi del comportamento e in esse, nelle prime fasi, la memoria può essere preservata; esse possono avere un andamento progressivo e graduale o possono avere una progressione più rapida con un andamento a gradini.

Non vi è alcuna cura o trattamento che arresti la progressione delle malattie descritte come “demenze”; esse hanno quindi una prognosi caratterizzata dalla inguaribilità, tipica della maggior parte delle malattie neurodegenerative.

Vi sono terapie farmacologiche che possono rallentare o ridurre temporaneamente i sintomi e terapie non farmacologiche che possono attenuare alcuni disturbi e mitigare gli effetti disabilitanti delle sue complicanze maggiori (cfr. Dementia: a public health priority. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156445 8. 2012. www.who.int)

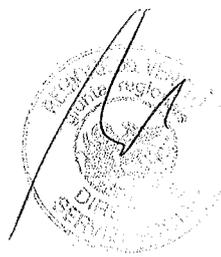
I modelli assistenziali

Le persone affette da demenza vengono assistite con setting assistenziali domiciliari, semiresidenziali e residenziali extra-ospedalieri (Centri diurni, residenze sanitarie assistenziali, [r.s.a.] per non autosufficienti, Sezione alta protezione Alzheimer) della Regione Veneto.

Le r.s.a. per non autosufficienti, la Sezione alta protezione Alzheimer e i Centri diurni garantiscono l'accoglienza di persone non autosufficienti affette da demenza che necessitano di trattamenti e assistenza continuativa o diurna e che non possono più essere assistite a domicilio per assenza o difficoltà della rete familiare.

L'Unità di Valutazione Multi-Dimensionale (UVDM) propone alla persona e alla famiglia una progettualità residenziale quando, in assenza o indisponibilità della rete familiare, non siano presenti o attivabili altre progettualità territoriali. Attraverso una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona, in queste strutture vengono erogati servizi socio-sanitari integrati, graduati in relazione ai bisogni della persona. In tutti i setting assistenziali sono garantite, a carico dell' Azienda u.l.s.s. di residenza della persona, tutte le prestazioni sanitarie necessarie attraverso la fornitura (diretta o in struttura) di farmaci, presidi, ausili, visite e accertamenti.

Fino a che la persona affetta da demenza è in grado di collaborare, vengono offerte attività occupazionali e di stimolazione cognitivo-funzionale, al fine di tentare di mantenere le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive-relazionali in coerenza con il piano assistenziale individualizzato (p.a.i.) elaborato da una équipe multidisciplinare, attraverso un'assistenza qualificata e personalizzata.



Fasi di progressione della malattia e prestazioni da erogare

Per descrivere la storia naturale e il decorso delle demenze sono state identificate sette “tappe” (cfr. Berry Reisberg, The Encyclopedia of Visual Medicine Series, An Atlas of Alzheimer’s Disease) che spiegano come le abilità cognitive e le capacità funzionali dell’individuo si modifichino nel tempo, sino alla fase più avanzata di malattia, quella terminale. Le fasi descritte di seguito forniscono un’idea generale di come le abilità cambino durante il corso della malattia e di quali attività sanitarie e tutelari devono essere progressivamente garantite ai pazienti per assicurare non certo la guarigione, ma la miglior qualità di vita e cura possibile.

Fase 1: nessuna disabilità (funzionalità normale)

Fase 2: lievi, iniziali deficit cognitivi

Vengono descritti come normali cambiamenti legati all’età o primi segnali di decadimento cognitivo. Oltre la metà degli ultra-sessantacinquenni riferisce soggettivi deficit cognitivi e funzionali. Per definire questa condizione vengono utilizzati molti termini; il più accreditato è smemoratezza legata al normale invecchiamento della persona. La persona riferisce di avere vuoti di memoria e di dimenticare parole familiari di uso quotidiano. Anziani con questi sintomi sostengono di non riuscire a recuperare informazioni relative ai 5-10 anni precedenti.

Fase 3: Declino cognitivo lieve: Mild Cognitive Impairment (MCI)

In questa fase le persone più prossime (familiari, amici) rilevano problemi di memoria, concentrazione o deficit a carico delle funzioni esecutive. Le performance lavorative si riducono, emergono difficoltà nell’acquisire nuove informazioni e deficit di pianificazione. Le difficoltà più comuni includono:

- evidenti difficoltà a trovare la parola o il nome giusto
- problemi a ricordare i nomi quando vengono presentate nuove persone
- difficoltà evidenti nello svolgere dei compiti in contesti sociali o di lavoro
- difficoltà nel trattenere contenuti appena appresi
- difficoltà a trovare un oggetto di valore
- difficoltà di programmazione o organizzazione.

Fase 4: Declino cognitivo iniziale-moderato

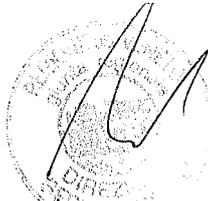
In questa fase si possono rilevare chiari sintomi in diversi ambiti. I deficit più comuni riguardano le attività strumentali complesse del vivere quotidiano, che includono la capacità di gestire le finanze o pianificare compiti complessi.

In questa fase si notano:

- dimenticanza di eventi recenti e della propria storia personale
- compromissione della capacità di eseguire calcoli aritmetici mentali impegnativi - ad esempio, il contare a ritroso da 100 sottraendo sette
- difficoltà a svolgere compiti complessi, quali, ad esempio il pagamento delle bollette o la gestione delle finanze
- carattere sempre più riservato, soprattutto in occasione di situazioni socialmente o mentalmente impegnative, sino alla comparsa di deflessione del tono dell’umore.

Servizi e prestazioni sanitarie da garantire per le fasi 3 e 4

In queste fasi possono essere necessarie prestazioni specialistiche di tipo diagnostico differenziale quali visite, valutazioni psicometriche, test di laboratorio e di diagnostica radiologica (imaging cerebrale) per arrivare a una puntualizzazione diagnostica accurata. Tutte queste prestazioni non necessitano di essere erogate in regime di ricovero e in genere non sono mai erogate in regime di ricovero; esse sono a carico del Servizio sanitario regionale (S.s.r.), con eventuale compartecipazione (ticket) nella fase iniziale o di esenzione dal ticket in caso di riconoscimento di presenza di malattia cronica, e possono essere erogate direttamente dalle Aziende sanitarie o da strutture accreditate.



TCC

Per quanto riguarda l'assistenza, in questa fase può essere necessaria una supervisione da parte di familiari o altri adulti per compensare le iniziali défaillance e per proteggere la persona da eventuali raggiri o abusi.

Fase 5: Declino cognitivo moderato o stadio intermedio

Le lacune mnesiche e ideative diventano sempre più evidenti e inizia il bisogno di aiuto per svolgere le attività della vita quotidiana.

La persona potrebbe:

- non essere in grado di ricordare il proprio indirizzo o numero di telefono, oppure la scuola superiore o l'università presso la quale si è laureato
- confondersi sul luogo in cui si trova o sul giorno attuale
- avere problemi con l'esecuzione di calcoli aritmetici mentali meno impegnativi - ad esempio, il contare a ritroso come da 20 a tre a tre
- avere bisogno di aiuto per scegliere un abbigliamento adeguato per la stagione o per l'occasione
- ricordare ancora particolari significativi su se stessi e la propria famiglia
- non necessitare ancora di assistenza per mangiare o andare in bagno
- manifestare ansia e depressione per la consapevolezza delle perdite funzionali e comportamenti inadeguati.

Servizi e prestazioni da garantire nella fase 5

In questa fase la persona necessita di supervisione e stimolazione da parte di terzi (in genere familiari) nella gestione della quotidianità con l'obiettivo di mantenere l'autonomia funzionale per il maggior tempo possibile, rallentando l'inevitabile declino, favorendo la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi e occupazionali.

Possono essere necessarie prestazioni specialistiche e riabilitative e inoltre trattamenti farmacologici (con farmaci che possono rallentare il decadimento cognitivo o farmaci psicotropi che possono modificare il tono dell'umore o gli iniziali problemi comportamentali); queste prestazioni sono erogate con oneri a carico del S.s.r. in genere in setting ambulatoriali; la somministrazione dei farmaci, così come l'assistenza alle attività della vita quotidiana, viene in genere garantita in famiglia.

In questa fase può essere particolarmente efficace, per ridurre il carico assistenziale sulla famiglia, la frequenza o l'inserimento presso un Centro diurno per anziani non-autosufficienti, dove si riconoscono prestazioni socio-sanitarie legate alla cura della persona (supervisione e assistenza alle attività della vita quotidiana) e attività di stimolazione cognitiva volte al rallentamento della perdita delle capacità cognitive-funzionali.

Attraverso una impegnativa di semi-residenzialità, l'Azienda sanitaria garantisce la quota di rilievo sanitaria (28 euro al giorno) che viene erogata nominalmente al Centro diurno per ogni giornata di presenza della persona, cui la famiglia aggiunge la quota sociale (in media intorno ai 28 euro) che remunera i servizi alberghieri forniti dal Centro diurno.

Fase 6 : declino cognitivo severo-moderato

In questa fase si vede molto compromessa la capacità di compiere le attività della vita quotidiana.

La persona può:

- perdere la consapevolezza delle esperienze più recenti e di ciò che li circonda
- ricordare il proprio nome, ma avere difficoltà a ricordare la propria storia personale
- distinguere i volti noti da quelli non noti, ma avere difficoltà a ricordare il nome di un coniuge o di una persona che l'assiste
- avere bisogno di aiuto per vestirsi correttamente
- avere bisogno di aiuto nel gestire certi dettagli dell'igiene personale
- avere problemi sempre più frequenti nel controllare la vescica o l'intestino
- avere disturbi del ritmo sonno-veglia: dormire durante il giorno e diventare irrequieto di notte
- presentare cambiamenti di personalità e di comportamento (sospettosità, fissazioni, ideazione delirante, dispercezioni visive oppure comportamenti motori incontrollabili o ripetitivi, o presentare attività inappropriate, irritabilità, oppositività, aggressività verbale e fisica).
- tendere a vagare o perdersi
- rallentamento motorio con deambulazione incerta a rischio di caduta.

La durata approssimativa di questa fase severa-moderata è di circa 2 - 3 anni. In questa fase la persona necessita di assistenza continuativa nella gestione della quotidianità, non è pertanto in grado di vivere sola.

Fase 7: declino cognitivo molto grave o in fase avanzata

In questa fase la persona richiede assistenza continuativa nelle attività di base della vita quotidiana (per l'igiene, l'andare in bagno, mangiare). Nella fase finale della malattia la persona perde la capacità di rispondere agli stimoli ambientali, di portare avanti una conversazione e, in seguito, di controllare i movimenti. Precocemente, in questa fase il discorso rimane circoscritto e limitato a mezza dozzina di parole comprensibili o meno, diventando progressivamente più limitato sino a comprendere solo una parola.

Quando viene perduta la capacità di esprimersi, può essere perduta anche la capacità di deambulare indipendentemente (senza assistenza). Generalmente, la capacità di deambulare viene persa tra la fine della 6° fase e l'inizio della 7° fase con concomitante disabilità funzionale. La deambulazione inizialmente richiede sostegno e assistenza, mentre nella fase più avanzata richiede l'uso della carrozzina. Possono andare perdute le capacità di sedersi senza supporto e di sorreggere il capo. Nella maggior parte dei pazienti compare, nello stadio finale, rigidità alle articolazioni maggiori con successiva retrazione tendinea e anchilosi.

La deglutizione diventa compromessa sino alla disfagia che si manifesta con episodi di inalazione con conseguenti polmoniti ab-ingestis, che possono essere causa di morte. La fase finale è pertanto caratterizzata dalla sindrome da allettamento e dalle complicanze associate (decubiti, anchilosi, infezioni).

Prestazioni e servizi da garantire nelle fasi 6 e 7

Queste sono le fasi in cui avviene la maggior parte delle istituzionalizzazioni (ingresso in r.s.a.) cioè quando la famiglia non è più in grado di garantire l'assistenza alla persona nelle attività della vita quotidiana e di controllare i disturbi del comportamento.

L'ingresso in struttura avviene a seguito di un percorso di valutazione distrettuale (UVMD) multi-professionale, che valuta tutte le dimensioni assistenziali necessarie per la persona e ne sancisce l'eleggibilità per l'ingresso, inserendo la persona in una graduatoria aziendale ordinata per severità di condizione.

Al momento dell'accoglienza in struttura viene formulato un piano assistenziale integrato (p.a.i.) che punta, oltre che alla gestione della quotidianità (igiene, alimentazione, cura della persona), anche alla gestione delle problematiche comportamentali, prevedendo e proponendo le attività di mantenimento più appropriate.

In queste fasi le attività assistenziali sono finalizzate al mantenimento dello stato funzionale e sono mirate a prevenire le complicanze dell'allettamento e dell'immobilizzazione.

Attraverso l'impegnativa di residenzialità, il S.s.r. garantisce la quota di rilievo sanitario che viene erogata nominalmente alla r.s.a. per ogni giornata di presenza della persona.

Alla quota di rilievo sanitario si aggiunge la quota di rilievo sociale, erogata dalla famiglia o dal Comune in integrazione; tale quota va a remunerare la struttura che ospita la persona per tutte le prestazioni tutelari e alberghiere, tra cui il vitto, l'alloggio, l'igiene ambientale, le utenze e le spese legate alla ospitalità alberghiera nella struttura.

A fronte della quota di rilievo sanitario corrisposta dal S.s.r., la r.s.a. deve erogare alla persona le prestazioni di assistenza nelle attività della vita quotidiana, nella mobilitazione e nell'assunzione di farmaci; tali prestazioni vengono erogate attraverso personale infermieristico, altre professioni sanitarie (fisioterapista, logopedista, educatore professionale e psicologo) e tecniche (operatore socio-sanitario).

In questa fase della malattia possono rendersi necessarie – sia che la persona risieda a domicilio, sia che sia ospite presso una r.s.a. – ulteriori prestazioni: prestazioni mediche da parte del medico di famiglia, visite e accertamenti specialistici, farmaci, ossigenoterapia, materiale per medicazioni, ausili personalizzati per la deambulazione assistita, per la mobilitazione, per la posturazione, per affrontare l'allettamento, presidi per l'incontinenza e per la prevenzione delle lesioni da decubito e da immobilizzazione. Il costo di queste prestazioni, se appropriate, è a carico del S.s.r. e si aggiunge alla quota di rilievo sanitario relativa all'impegnativa di residenzialità.

Nella fase 7 si può presentare anche la disfagia, di cui può rappresentare una soluzione la nutrizione enterale artificiale (attraverso sondino naso-gastrico o gastrostomia-PEG); essa può essere affrontata e gestita anche a domicilio, ove la famiglia o una assistenza personale siano presenti, non trattandosi di una procedura complessa. Se invece la persona è accolta all'interno di una r.s.a., la gestione della nutrizione artificiale viene svolta dagli operatori socio-sanitari con la supervisione di personale infermieristico. Il supporto

all'alimentazione artificiale e la fornitura delle sacche con le soluzioni da infondere via sondino naso-gastrico o via gastrostomia con relativo materiale d'uso è integralmente a carico del S.s.r. e viene fornito direttamente alla r.s.a. dalla farmacia dell'Azienda u.l.s.s.

Profili economico-finanziari

Sotto il profilo economico-finanziario, ai costi del ricovero delle persone affette da demenza, e in particolare dalla malattia di Alzheimer, si fa fronte attraverso una "retta", erogata alle strutture ospitanti con costi a carico degli assistiti ovvero dei Comuni, e attraverso una "tariffa", erogata alle strutture ospitanti da parte delle Aziende u.l.s.s. (per questa schematizzazione riassuntiva, cfr. Cons. Stato, Sez. III, n. 2046/2015).

Questo regime economico-finanziario è in atto nella Regione Veneto e in tutto il territorio nazionale; esso però viene talvolta messo in discussione vuoi da singoli, solitamente parenti degli assistiti, vuoi da Comuni, i quali assumono che la totalità dei costi debba far carico al Servizio sanitario e che non vi sia spazio, quindi, per la figura della "retta" a carico degli assistiti ovvero dei Comuni.

Su questa questione si registrano soluzioni giurisprudenziali diverse e tra loro antagoniste, dalla cui lettura emerge un quadro alquanto frastagliato e confuso, che rischia di dar adito non solo a gravi incertezze per i cittadini e per gli operatori, ma anche a iniziative opportunistiche da parte di taluni.

La Regione del Veneto ritiene pertanto che sia necessario – quale contributo di chiarezza nei confronti dei cittadini – dare conto della soluzione che l'attuale giurisprudenza del Consiglio di Stato, formatasi nella vigenza della normativa attuale, fornisce quanto ai profili economico-finanziari dell'assistenza alle persone affette da demenze in generale e dalla malattia di Alzheimer in particolare.

La Regione del Veneto ritiene altresì che ai precedenti del Consiglio di Stato, in quanto promananti da una Corte suprema, si debba riconoscere la forza c.d. persuasiva che promana dai precedenti delle Corti supreme. Il riferimento principale è alla sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, 23 aprile 2015, n. 2046, che ha compiutamente ricostruito la disciplina applicabile e indicato quale ne è la corretta interpretazione e applicazione.

Il Consiglio di Stato muove la sua analisi da due premesse.

La prima premessa è questa: «l'art. 54, comma 2, legge n. 289/2002, ha stabilito che le prestazioni riconducibili ai livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario sono quelle individuate nell'allegato 1» del d.p.c.m. 29 novembre 2001 (il quale contiene la definizione dei livelli essenziali di assistenza, c.d. l.e.a.). Si ricorda, a questo proposito, che le prestazioni riconducibili ai l.e.a. sono per definizione a carico del S.s.n.

La seconda premessa è questa: «in base al d.p.r. 14 gennaio 1997, le residenze sanitarie assistenziali (r.s.a.) sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni» e «sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuro-psichiatriche stabilizzate». Questa premessa della disamina svolta dal Consiglio di Stato è importante perché chiarisce al di là di ogni possibile dubbio che le r.s.a. non sono ospedali e che in esse – per chiara scelta del legislatore – il livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa è medio, mentre è elevato il livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Fatte queste due premesse, il Consiglio di Stato dà atto che per l'imputazione dei costi delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie occorre, attualmente, far riferimento al decreto del Presidente del consiglio dei ministri [d.p.c.m.] 14 febbraio 2001 e al d.p.c.m. 29 novembre 2001 (recante, come si è visto, la definizione dei l.e.a.).

Tali essendo le coordinate normative oggi applicabili, il Consiglio di Stato osserva che la sentenza della Corte di cassazione, Sez. I, n. 4558/2012 «è stata resa in vigenza del d.p.c.m. 8 agosto 1985, ormai superato da quelli del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001». Questa affermazione del Consiglio di Stato è di estrema importanza, alla luce del fatto che la sentenza della Corte di cassazione del 2012 è molto spesso evocata a sostegno della tesi per cui i costi per l'assistenza a favore dei malati di Alzheimer sono a carico del S.s.r.: occorre quindi ricordare che il Consiglio di Stato afferma che la soluzione delineata dalle Sezioni unite è ormai superata, perché basata su una disciplina diversa da quella oggi applicabile.

Il Consiglio di Stato ricorda anche che i precedenti dello stesso Consiglio di Stato che spesso vengono citati in argomento – ossia le sentenze della Sez. III n. 930/2013, n. 790/2012 e n. 3997/2012, e quelle della Sez. V n. 7811/2009 e n. 2456/2014 – «riguardano controversie concernenti ricoveri per patologie psichiche, ma non sembra che i malati di Alzheimer siano assimilabili ai malati di mente, trattandosi di malattia neurologica a

TCC

carattere degenerativo, e tenuto conto che le patologie psichiatriche sono considerate dai predetti d.p.c.m. in modo distinto rispetto alle patologie cronico-degenerative degli anziani non autosufficienti». Pertanto, neppure i precedenti del Consiglio di Stato sopra indicati si prestano a essere richiamati a sostegno della tesi per cui i costi per l'assistenza ai malati di Alzheimer sono a carico del S.s.r.: si tratta infatti di precedenti non pertinenti perché intervenuti con riferimento a persone affette da patologie psichiche, cui non può essere assimilato il morbo di Alzheimer; va considerato inoltre che le malattie psichiche sono trattate e disciplinate, dai d.p.c.m. sopra citati, in modo diverso dalle malattie neurologiche a carattere degenerativo (che sono le malattie alle quali è riconducibile il morbo di Alzheimer e le altre demenze).

Delle disposizioni contenute nei due d.p.c.m. del 2001 sopra citati – che costituiscono la disciplina oggi applicabile in materia di costi per l'assistenza ai malati di Alzheimer – rileva in primo luogo, afferma il Consiglio di Stato, l'art. 3, comma 1, d.p.c.m. 14 febbraio 2001, il quale «considera 'prestazioni sanitarie a rilevanza sociale' tutte le prestazioni assistenziali, comprese quelle (che, pur non lasciando presagire la guarigione o la riabilitazione della persona, siano quanto meno) finalizzate 'al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite'»; la norma stabilisce che gli oneri di tali prestazioni sono di competenza e a carico del S.s.r.

Rileva in secondo luogo, osserva sempre il Consiglio di Stato, l'art. 3, comma 3, del medesimo d.p.c.m., il quale «individua le 'prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria' in modo tale da ricomprendere anche quelle caratterizzate 'dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza'»; anche i costi di tali prestazioni sono a carico del S.s.r.

Afferma peraltro il Consiglio di Stato che «la definizione, potenzialmente omnicomprensiva, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, contenuta nell'art. 3, comma 1, d.p.c.m. 14 febbraio 2001, costituisce previsione generale, che però viene integrata da quelle riguardanti le singole tipologie di prestazioni e la ripartizione degli oneri, nei casi in cui vi sia coesistenza con le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, queste ultime considerate, con formulazione altrettanto ampia, al comma 2».

Pertanto, per risolvere il problema della imputazione dei costi delle prestazioni erogate in favore dei malati di Alzheimer non si può avere riguardo soltanto a quanto dispone l'art. 3, commi 1, 2 e 3, del d.p.c.m. 14 febbraio 2001, ma bisogna aver riguardo anche a quanto stabilito dalle tabelle e dagli allegati di tale d.p.c.m., così come di quelli allegati al d.p.c.m. 29 novembre 2001: sono tali tabelle e tali allegati, infatti, che disciplinano «le singole tipologie di prestazioni e la ripartizione degli oneri».

E quindi, le previsioni di carattere generale di cui all'art. 3 d.p.c.m. 14 febbraio 2001 vanno integrate con quelle contenute nella tabella di cui all'art. 4, comma 1, d.p.c.m. 14 febbraio 2001 e nell'Allegato C d.p.c.m. 29 novembre 2001, «dove si prevede che agli anziani e alle persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative a essi assimilate, nelle forme di lungo assistenza semiresidenziali o residenziali, si applichi una ripartizione forfetaria del costo complessivo, pari al 50% a carico del S.s.r. e al 50% a carico del Comune (con la compartecipazione dell'utente secondo la disciplina regionale e comunale)».

Di rilievo è inoltre, secondo il Consiglio di Stato, il fatto che «ai sensi dell'art. 2, comma 4, d.p.c.m. 14 febbraio 2001, la 'intensità assistenziale' è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, distinte in: (a) fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita; (b) fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito; (c) fase di lungo-assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi».

E «nella tabella attuativa dell'art. 4, comma 1, d.p.c.m. 14 febbraio 2001, per l'area degli 'anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative', e per le relative prestazioni di 'cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi di sollievo alla famiglia', si prevede che il criterio di finanziamento consista nel 100% a carico del S.s.n. per l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni a elevata integrazione nella fase estensiva, mentre invece 'nelle forme di lungo-assistenza semi-residenziali e residenziali', si prevede il 'criterio del 50% del costo complessivo a carico del S.s.n.' (con riferimento – viene precisato – ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionale, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e



TCC

alberghiera) e «il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale».

Quanto al d.p.c.m. 29 novembre 2001, il suo Allegato 1.C, 'Area integrazione socio-sanitaria', premette che «per le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie a rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.s.n.». Sempre tale tabella, per il macro-livello 9 'assistenza territoriale residenziale', micro-livello 'attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore degli anziani', prevede che per le prestazioni di 'cura e recupero funzionale dei soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva' i costi siano a carico integralmente del S.s.n., mentre per le prestazioni 'terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità pur non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo', si applichi il criterio di finanziamento con il 50% dei costi a carico dell'utente o del Comune».

A ciò si aggiunge – sempre per il Consiglio di Stato – che «la definizione delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria contenuta nel d.p.c.m. 14 febbraio 2001 mal si attaglia alle caratteristiche e al decorso della malattia di Alzheimer. Infatti, le prestazioni sanitarie a elevata integrazione sanitaria, ai sensi dell'art. 3, comma 3, sono 'caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria' e sono 'in particolare, attribuite alla fase post-acuta'; laddove la fase intensiva, si è già detto, ai sensi dell'art. 2, comma 4, lett. a), è "di elevata complessità e di durata breve e definita". La malattia di Alzheimer non ha una fase post-acuta, ma richiede lungo-assistenza; così da risultare riconducibile, piuttosto, agli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semi-residenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'art. 3, comma 2, lett. d), di durata non limitata e erogate nelle fasi estensive e di lungo degenza».

Non sussistono quindi, conclude il Consiglio di Stato, elementi normativi che depongano per la tesi che gli interventi in favore dei malati di Alzheimer siano o debbano essere totalmente a carico del S.s.r.

Sussistono invece inequivoci elementi normativi – desunti dal Consiglio di Stato dai due d.p.c.m. di riferimento e dalle tabelle che ne formano parte integrante e che ne integrano e specificano le previsioni generali – che depongono per la qualificazione delle prestazioni erogate ai pazienti affetti da Alzheimer come prestazioni sociali a rilevanza sanitaria i costi per le quali, in virtù delle tabelle allegate, fanno carico per il 50% al s.s.r., e per il 50% agli assistiti ovvero ai Comuni.