



Torino, 12 gennaio 2021

Oggetto: **DDL “RISTORO” RSA - RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI, E ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI - Osservazioni e proposte a completamento dell'intervento presentato nell'audizione dell'11 gennaio 2021 all'audizione promossa dalla IV Commissione del Consiglio regionale**

**Almeno 15mila gli anziani malati e non autosufficienti in attesa della convenzione a cui hanno diritto in base alle norme vigenti. Per questo non si devono distogliere risorse della sanità destinate alle prestazioni residenziali socio-sanitarie, che rientrano nelle spese obbligatorie.**

La IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte ha audito l'11 gennaio 2021 la Fondazione promozione sociale onlus e il Comitato vittime nelle Rsa in merito alla bozza di Ddl “Decreto ristoro Rsa” (1)

Il provvedimento, licenziato dalla Giunta della Regione Piemonte guidata dal Presidente Alberto Cirio ed ora all'esame del Consiglio regionale, prevede di erogare 41 milioni di euro (30 dei quali dall'Assessorato alla sanità) ai gestori delle strutture residenziali del Piemonte per i malati non autosufficienti e le persone con grave disabilità, senza discriminare alcuno: nemmeno il comportamento e la gestione delle strutture durante la pandemia, nelle quali, nel complesso si sono registrati almeno 4.000 morti.

La Fondazione e il Comitato hanno comunicato ai Consiglieri regionali che «*non è accettabile che la Regione paghi i costi di gestione ordinari delle Rsa con la formula dei ‘ristori’, distogliendo risorse della sanità destinate alle convenzioni, cioè alle spese obbligatorie.*

**Le prestazioni residenziali socio-sanitarie sono diritti esigibili in quanto rientrano nei Lea** (legge 833/1978, decreto leg.vo 502/1992, dpcm 14 febbraio 2001 reso cogente dall'art. 54 della legge 289/2002, aggiornato con art. 30, dpcm 12 gennaio 2017). Lo ha confermato la Corte Costituzionale di cui si richiamano le sentenze n. 62 e 157 del 2020 (2).

---

1 Disegno di legge “Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche”, presentato dalla Giunta regionale in data 18 dicembre 2020.

2 Nella sentenza n. 157/2020 la Corte costituzionale ha evidenziato che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)*», nonché della sopra citata sentenza n. 509/2000.

Sono infatti risorse che le Asl hanno “risparmiato”, perché non hanno autorizzato la convenzione a migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti, che ne avevano diritto, in lista d’attesa anche da anni.

Secondo i Gestori privati, le minori spese delle Asl ammontano proprio a 40 milioni di euro sul totale di 265 milioni preventivati nell’ambito della spesa storica delle convenzioni autorizzate, ma non del fabbisogno reale: erano oltre 25mila i cittadini non autosufficienti in lista d’attesa nel 2016, ma mancavano informazioni sia sui servizi residenziali relativamente alla Asl di Vercelli, sia sulla residenzialità in generale per gli anni 2017 e 2018 e sulla domiciliarità in generale per l’anno 2018 (Cfr. Francesco Pallante, *Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute, “Il Piemonte delle autonomie”, n. 1/2019*).

Inoltre, **non sono state autorizzate nuove convenzioni** (e quindi il pagamento della quota sanitaria che corrisponde a metà della retta di ricovero) **a copertura dei 4.000 posti vuoti**, di cui si sapeva già a giugno, a causa delle migliaia di decessi avvenuti, ma anche dei rientri a casa di anziani malati non autosufficienti per i quali i familiari, che hanno perso nel frattempo il lavoro, non erano più in grado di sostenere i costi del ricovero che, com’è noto, va dai 3.000 ai 4.000 euro al mese.

Ai Vescovi e alla diaconia Valdese, che sono intervenuti per chiedere risorse per le strutture appartenenti alla loro sfera di influenza, abbiamo ricordato che non basta denunciare la povertà, se poi non si interviene per garantire il diritto alle convenzioni, che sta creando impoverimento ai nuclei familiari che devono sostenere in tutto i costi della retta privata.

**La Regione non può intervenire con ristori a “pioggia”.**

**Non dimentichiamo che la strage degli anziani nelle Rsa ha nomi e cognomi**

- **È mancato il piano di prevenzione della pandemia:** non è stato aggiornato il piano pandemico nazionale, fermo al 2006, mentre la legge 208/2015 all’articolo 1, lettera b, prevede che le Regioni attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;
- **non sono stati rispettati gli obblighi previsti dalla legge 24/2017** “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” (articoli 1,2 3), anche questi ignorati;
- **sono emerse le gravissime carenze dovute alla disorganizzazione delle cure sanitarie nelle Rsa, dove sono ricoverati anziani malati con pluripatologie croniche** dalle quali deriva anche la non autosufficienza, nella maggioranza dei casi affetti altresì da Alzheimer o altre forme di demenza.

Da tempo si stava chiedendo la revisione dei provvedimenti regionali e la pandemia ha fatto strage anche per le gravi carenze già presenti: il Direttore sanitario ha esclusivamente funzioni di coordinamento del lavoro e non ha alcuna competenza sull’attività clinica; le Rsa con meno di 40 infermi non hanno l’obbligo della presenza di un Direttore sanitario; negli altri casi vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale anche per più Rsa. I medici delle Rsa sono esclusivamente i medici di medicina generale dei ricoverati, normalmente presenti “a chiamata” o per orari ridottissimi. In questa situazione di Covid spesso essi sono assolutamente assenti dalle strutture e, in ogni caso, intervengono a livello individuale nei confronti dei degenti (non più di 20) e non hanno alcun compito di operare secondo i fondamentali metodi del lavoro di gruppo/lavoro in *equipe* e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario.

**In questa situazione si è inserita l’aggravante della Dgr 14/2020.**

**L’abrogazione della delibera e l’approvazione della Dgr 2-2254/2020, non cancella la gravità di quanto accaduto, anche se riconosciamo che adesso sono indicate strutture appositamente**

**dedicate** per la degenza dei pazienti Covid-19 positivi ma deospedalizzabili, al di fuori dalle Rsa che già hanno pazienti degenti.

Tuttavia la Dgr della Regione Piemonte n. 14-1150 del 20 marzo 2020 (pubblicata sul B.U. Regione Piemonte n. 15, suppl. ord. 5 del 10 aprile 2020), è stata la causa delle **morti presso la Rsa D’Azeglio Chiabrera** di Torino, con il trasferimento di 60 pazienti Covid-19 positivi dall’ospedale alla Rsa (delibera: 268/A.08/2020 del 02/04/2020 dell’Asl Città di Torino); la Procura della Repubblica ha iscritto nel registro degli indagati i responsabili e tre membri della commissione di vigilanza dell’Asl Città di Torino che ha autorizzato senza verificare se erano applicati (e non lo erano) i requisiti previsti dalle disposizioni del Ministero della salute.

**Le responsabilità che Nas e Procure stanno individuando evidenziano che la pandemia ha fatto una strage di anziani per gravi omissioni: ristoriamo anche i Gestori inadempienti e che hanno favorito la diffusione del contagio e dei decessi? Nessun rispetto per i sentimenti dei familiari e delle vittime di prima e di adesso?**

**Le ispezioni dei Nas attivate dalla Procura, a seguito degli esposti presentati dai familiari delle vittime e dal personale, hanno riscontrato ancora nell’ultimo mese:**

- episodi di maltrattamento e di abbandono di persone impossibilitate ad accudirsi autonomamente
- carenze strutturali ed igieniche dei locali
- strutture totalmente abusive
- inadeguato livello di prestazioni fornito ai ricoverati
- operatori privi di qualifica professionale e in numero insufficiente
- manza di programmi riabilitativi e di mantenimento motorio
- sovraffollamento di anziani rispetto ai posti previsti e persona presente inadeguato
- carenze nella somministrazione dei pasti e dei farmaci mal conservati e/o scaduti di validità
- mancata applicazione delle disposizioni di contenimento alla diffusione del Covid-19
- mancato uso di dispositivi di protezione da parte degli operatori
- mancata formazione del personale
- mancata individuazione di percorsi e aree dedicati
- mancata programmazione delle fasi di pulizia e sanificazione.

**Risulta che in molte strutture non vi era personale presente in quantità e per le professionalità richieste alle condizioni sanitarie dei ricoverati e alle loro esigenze:** i controlli e le verifiche delle Asl sui requisiti delle Rsa risultano totalmente inadeguati.

Le ipotesi di reato sono per epidemia e/o omicidio colposo con l’accertamento delle misure di sicurezza adottate e delle tempistiche dei trasferimenti in ospedale e delle procedure di separazione dei percorsi tra i ricoverati.

### **Dai Quotidiani**

- “Un solo infermiere per sessanta ospiti” (La Stampa, 13.11.2020)
- “Sette morti e 86 positivi nella Rsa San Giuseppe di Castelnuovo don Bosco: farmaci scaduti, sporcizia, contagiati non isolati “disidratati e senza assistenza” (TorinoCronacaQui, 16 novembre 2020)
- “Due Rsa chiuse per carenze igieniche e diffusione Covid ad Alessandria e nel cuneese; tutti i malati trasferiti in ospedale” (La Repubblica 8 gennaio 2021)

- “Revocati gli accrediti Asl dopo le ispezioni dei Nas a casa famiglia Raggio di Sole di Chivasso, Residence sr di Valchiusa, Alice Forno Canavese” (27 dicembre 2020)
- “Fondazione Opera Pia Divina Provvidenza di Borgomasino: accreditamento revocato se non si metterà a norma” (La Stampa, 27 dicembre 2020)
- “Villa dei Tigli a Cavour. La Procura di Torino ha aperto un fascicolo. Poche mascherine nella Rsa in cui erano morti 16 anziani e mancava l’aggiornamento del documento di valutazione dei rischi” (CronacaQui, 9 gennaio 2021)
- “Procedure anti-Covid sbagliate; nel mirino la casa di riposo Opera Pia Eugenio Clara di Chivasso” (La Stampa, 9 gennaio 2021)
- “Villa San Giuseppe a Grugliasco. Nella Rsa gestita da oltre mezzo secolo dalle Figlie della carità San Vincenzo de’ Paoli la pandemia è stata affrontata in ritardo e con numerose carenze” (La Stampa, 9 gennaio 2021).

**Qualunque “ristoro” non può essere assegnato senza verifica del rispetto dei requisiti previsti dall’accreditamento e dalle norme regionali in merito a standard del personale.**

Il ristoro con le risorse vincolate della sanità, per di più “a pioggia”, sarebbe un affronto intollerabile: perché incostituzionale e perché un insulto al dolore e alla sofferenza che c’è stata e che continua con le mille difficoltà che ci sono per le visite.

Premesso che ci risultano provvedimenti del Governo, già dalla prima fase della pandemia, finalizzati al ristoro dei gestori delle strutture residenziali socio-sanitarie, non si possono erogare risorse di ristoro, anche se da altri capitoli di spesa, senza neppure una verifica di come hanno agito le strutture a fronte di migliaia di decessi.

Alla Regione chiediamo di predisporre:

- una verifica sulle perdite effettivamente sostenute dalle strutture, perché in molti casi le perdite si sono ridotte, perchè si è ridotto in modo drastico il personale: o si è dimesso per un posto nel servizio sanitario e non è stato sostituito, o è stato messo in cassa integrazione o in malattia/infortunio a spese dello Stato;
- richiedere agli enti gestori delle Rsa di trasmettere, congiuntamente ai dati relativi ai ricoverati, copia dei pagamenti effettuati all’Inps e all’Inail per il personale dipendente, nonché copia delle fatture emesse dal personale non dipendente. Questa verifica, possibile anche per via esclusivamente digitale, consentirebbe di verificare il fabbisogno delle strutture, in relazione alle necessità dei degenti e l’effettiva presenza del personale.

**Sono stati stanziati fondi statali per ristori ai Gestori, già con il primo provvedimento del Governo e i Gestori si stanno ristorando da soli anche con altri sistemi.**

Per quanto riguarda le modalità di “ristoro” è da tempo che segnaliamo due situazioni non più tollerabili: rette di ricovero aumentate anche del 10% per i posti convenzionati (quindi con oneri maggiori a carico delle Asl) rispetto alle rette “calmierate” per gli utenti totalmente privati; fino a 150-200 euro al mese di somme aggiuntive per prestazioni extra a carico degli utenti; contributi una tantum di 500 euro richiesti per i costi per dispositivi di protezione.

**Un altro modo c’è per assicurare risorse ai Gestori e rispettare i diritti dei malati non autosufficienti**

Chiediamo alla Giunta regionale che le risorse del Fondo sanitario regionale, previste nel ddl per le Rsa, siano impiegate per autorizzare le Asl a stipulare le convenzioni per chi è già ricoverato (e sta

pagando tutta la retta da tempo) e per chi è a casa, con famiglie esauste e già impoverite o che si stanno impoverendo.

In questo modo le Rsa ricevono un "ristoro", l'investimento sarà strutturale e potrà incardinarsi in un programma di cambiamento, che dovrà essere urgente, se non vogliamo ritrovarci sempre in situazioni di emergenza.

Né verranno penalizzati ulteriormente i malati non autosufficienti e le loro famiglie in attesa, anche da anni, di una convenzione a cui hanno diritto in base ai Lea.

Nell'incontro del 17 dicembre u.s. è stata anticipata la volontà dell'Assessorato alla Sanità a **rivedere la normativa di riferimento** e la disponibilità ad accogliere contributi. Ebbene ricordiamo che con la nostra lettera del 9 giugno u.s. abbiamo già indicato il percorso:

a) sulla base delle norme costituzionali e delle leggi vigenti (articoli 3 e 32 della Costituzione, legge 833/1978, D.Lgs. 502/1992, 38/2010 e 24/2017) la Regione Piemonte ha ora il dovere etico e l'obbligo previsto dalle norme richiamate, di intervenire per ricondurre nell'ambito degli interventi di competenza del Servizio sanitario nazionale tutte le prestazioni sanitarie residenziali e domiciliari;

b) le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario regionale e in esse siano garantite:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;

- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;

- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;

- l'esclusione del ricovero nelle Rsa di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;

- la ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano siano imputate al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti, attraverso anche iniziative verso il Governo e il Parlamento.

### **Le risorse per prestazioni Lea devono rientrare nella programmazione sanitaria nazionale e regionale**

Si apra una trattativa in Conferenza Stato-Regioni (un primo passo era già stato fatto). Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle Rsa rientrano nei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

La Regione deve inserire la questione delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che devono essere garantite ai malati cronici/persona con disabilità non autosufficienti. E' questo il fabbisogno reale sulla base del quale vanno chiesti i finanziamenti statali.

A fine anno, come per le altre prestazioni Lea, la Regione, in caso di spese aggiuntive, potrà chiedere la copertura mancante, che lo Stato coprirà secondo il fabbisogno effettivo che si potrà certificare nella rendicontazione finale, come già accade per le prestazioni Lea sanitarie.

**Ci sono 30mila malati non autosufficienti in attesa anche da anni della compartecipazione della quota sanitaria; almeno 15.000 sono quelli che stanno pagando in proprio o con i loro familiari, rette che stanno portando a impoverimento certo i nuclei familiari e compromettono il futuro delle generazioni successive. Così non si fa girare l'economia, né si combatte la povertà, che è sempre all'attenzione della Chiesa, tranne quando riguarda le sue strutture residenziali.**

Si sollecitino i Parlamentari Piemontesi perché nel Recovery Fund ci siano risorse per le cure sanitarie e socio-sanitarie residenziali per i malati cronici/persona con disabilità non autosufficienti.

Oltre alle Rsa è indispensabile il **potenziamento delle cure domiciliari** di lungo termine con sostegni economici per chi ha necessità di prestazioni 24 ore su 24. I servizi territoriali sanitari sono una piccolissima parte della risposta.

Non dimentichiamo, infine, l'urgenza di rimuovere i provvedimenti che, con il pretesto del piano di rientro, hanno introdotto norme illegittime al solo scopo di impedire o ritardare con tempi infiniti l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie dei malati cronici non autosufficienti.

### **La scelta è politica**

Chiediamo alla Giunta regionale di trovare altre risorse per il ristoro dei dispositivi di sicurezza e di aprire, anche con il contributo del Consiglio regionale, una nuova politica sanitaria per le Rsa e gli anziani malati cronici non autosufficienti, perché la strage non sia stata inutile e soprattutto non si ripeta.

Per questo insistiamo nel chiedere:

- la soppressione del ddl in esame per la parte relativa alle risorse stanziare dal fondo sanitario regionale;
- la predisposizione di un atto di autorizzazione della spesa per il finanziamento di quote sanitarie per convenzioni in Rsa, secondo la normativa vigente, almeno per la copertura immediata dei 4000 posti vuoti già registrati dal mese di giugno 2020;
- l'avvio urgente della revisione dei provvedimenti che regolamentano le Rsa con la previsione della partecipazione delle organizzazioni che sono impegnate nella difesa dei diritti degli utenti;
- ristori sulla base di documentazione di spesa e verifica dei requisiti di accreditamento attingendo alle risorse statali e se necessario a quelle regionali, ottenute dal recupero di spese preventivate non obbligatorie.

Si ringrazia dell'attenzione e, nel restare a disposizione, si inviano cordiali saluti.

*Maria Grazia Breda e Andrea Ciattaglia*  
p. Fondazione promozione sociale-Comitato vittime Rsa

P.S. In merito al reperimento di risorse faremo seguire a breve un nostro contributo