

# CONTRO CITTÀ

dal 1976

Notiziario  
su sanità  
e assistenza

Spedizione in abbonamento postale art. 2, comma 20/ C legge 662/1996, Filiale di Torino, N. 3, 2024

MAGGIO  
GIUGNO 2024

## SPECIALE REGIONE PIEMONTE 2024-2029

**MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

*Esigenze e diritti sanitari, socio-sanitari  
e previdenziali. Le istanze della Fondazione  
promozione sociale e del Csa*

**Risorse - Come trovare i soldi  
per garantire i diritti sanitari, previdenziali  
e assistenziali dei piemontesi più deboli**

ALAZZO DELLA REGIONE PIEMONTE

# MAGGIO GIUGNO 2024

**2** Una sanità giusta  
per i malati  
non autosufficienti

**10** Esigenze e diritti sanitari  
e socio-sanitari dei malati cronici  
non autosufficienti

**20** Garantire le risorse  
economiche  
per le prestazioni Lea

**24** Il nodo Isee,  
undici anni  
di violazioni

Registrazione n. 2639  
Tribunale di Torino  
del 25.11.1976

**Editore**

Unione per la promozione  
sociale OdV

**Redazione**

Andrea Ciattaglia  
(Direttore responsabile),  
V. Bozza, M.G. Breda,  
G. D'Angelo

via Artisti, 36 - Torino  
Tel. 011.8124469

**Abbonamento annuale**

ordinario € 20  
sostenitore € 50

- C.c.p. n. 25454109  
intestato a: Unione per la  
promozione sociale,  
via Artisti, 36 – 10124

- Bonifico Bancario Iban:  
IT39Y0200801058  
000002228088  
intestato a: Unione per la  
promozione sociale

Singola copia € 5.  
Riproduzioni sono auto-  
rizzate citando la fonte.

Chiuso in tipografia:  
20 giugno 2024

# *Rimuovere gli ostacoli alla sanità giusta*

---

Tra i principi della Costituzione («la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», articolo 32) e le effettive cure sanitarie e socio-sanitarie ai malati non autosufficienti, si pone l'ostacolo delle Regioni: sempre più spesso istituzioni-barriera che impediscono l'accesso alle cure.

Il giurista Francesco Pallante ha scritto: «Le Regioni non possono limitarsi ad assegnare al Servizio sanitario regionale risorse adeguate, ma devono allocarle e utilizzarle in modo che siano effettivamente erogate le prestazioni necessarie all'attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto», cioè l'effettiva tutela della salute di tutti gli individui. In Piemonte non è così, specialmente per le cure di lunga durata: 15mila malati cronici non autosufficienti non ricevono la quota sanitaria cui avrebbero diritto in Rsa, altri 10mila, almeno, sono abbandonati a casa alle cure dei loro cari, affaticati, disperati, traditi. Logiche simili sono in atto per le persone con disabilità grave, con autismo alle quali dedicheremo il prossimo speciale di ControCittà (luglio-agosto).

Per invertire la tendenza c'è necessità di «volare più alto», a partire dalla politica; questo numero speciale di ControCittà vuole dare un contributo. Viene consegnato a tutti gli eletti del nuovo Consiglio regionale e alla Giunta regionale, con l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che impediscono la sanità giusta, quella che impone la nostra Costituzione.

# Una sanità giusta per i malati non autosufficienti

*Necessario risalire dal trend calante delle tutele pubbliche sanitarie regionali. Qui si propone come invertire la rotta, a partire da quali priorità, con quali risorse e con che gerarchia degli interventi*

Nelle pagine che seguono pubblichiamo i punti salienti della Piattaforma di promozione e difesa dei diritti dei malati cronici non autosufficienti che la Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza (Csa) consegnano ai neoeletti in Consiglio e alla Giunta della Regione Piemonte. Nelle prossime settimane seguirà consegna – e pubblicazione sulle pagine di questo notiziario – di un’analoga piattaforma dedicata alla disabilità intellettiva e all’autismo, altri campi di attività della Fondazione e del Coordinamento.

L’intento delle «Piattaforme» di Fondazione e Csa è fare il punto sulla situazione attuale delle esigenze e del riconoscimento dei diritti dei non autosufficienti, in questo caso degli anziani (ma non solo) malati cronici che per le loro patologie sono in condizione di non autosufficienza, cioè di incapacità di provvedere alle esigenze quotidiane della vita. In particolare, si tratta di esigenze e diritti sanitari, previdenziali e, per coloro che sommano a questi anche l’impossibilità economica, assistenziali. I contenuti della «Piattaforma» emergono dal confronto tra associazioni,

utenti, operatori dei servizi; si condividono con i rappresentanti politici e amministratori delle istituzioni, convinti della necessità di affrontare insieme i temi che i più deboli (possiamo essere noi, da un momento all'altro) ci pongono. Sulle ingiustizie, si chiede un'inversione di rotta. Su ciò che c'è di valido, specialmente in Piemonte, occorre ancora puntare, salvando pratiche e percorsi di cura, di presa in carico e di attenzione ai più deboli dalla minaccia di arretramenti sui diritti.

**Risalire dal calando.** La cronologia di queste pagine introduttive (2019-2024), degli atti regionali, dei fatti di maggior interesse nell'ambito delle tutele dei malati non autosufficienti, segna un valore «meno» alla voce «tutela dei diritti dei malati». Nel 2019 il Piemonte usciva da un sanguinoso piano di rientro della Sanità (spolpata da altri settori regionali e in deficit per spese non a favore delle cure dei

cittadini piemontesi, ma questo è un altro discorso). Si attendeva un rilancio delle prestazioni, delle prese in carico dei malati non autosufficienti, un miglioramento della continuità delle cure e un recupero del model-

lo di prestazioni a domicilio (delibere regionali e legge 10/2010, modello dell'assegno di cura) che poteva fare scuola a livello nazionale, affossato per caparbia insistenza delle giunte di ogni colore politico a non

difendere e valorizzare – davanti ai tecnici delle finanze romane – i pregi delle cure di lunga durata piemontesi, persino sul fronte del miglior utilizzo possibile delle risorse pubbliche. Nessun rilancio è stato. Certo, il Covid, che ha mietuto il maggior numero di vittime – in che condizioni di morte, molto spesso soli, lontani da parenti e affetti! – proprio tra i malati non autosufficienti. Non adeguatamente protetti dal servizio pubblico sanitario; addirittura messi a repentaglio con la sciagurata misura dei trasferimenti

---

**Necessaria  
un'inversione  
di rotta sulle ingiustizie.  
Puntare su quanto  
c'è di valido nelle tutele  
e nei percorsi di cura,  
contro gli arretramenti  
sui diritti**

---

di Covid positivi nelle Rsa. Ma l'alibi della pandemia è caduto negli anni successivi, quando le tutele sanitarie sono venute meno alla luce del sole. Resta intatto – per ora e con preoccupanti crepe – il quadro nazionale e costituzionale della tutela del diritto alle cure, ma a livello regionale e locale, le pratiche di negazione delle cure ai malati non autosufficienti sono quotidianità. Allo stesso modo, resta intatta l'efficacia dell'opposizione alle dimissioni di malati non autosufficienti per scon-

giurare l'abbandono dei malati da parte dei servizi, ma sempre più a rischio la continuità delle cure senza limiti di durata (com'è stabilito dalla legge fondativa del Servizio sanitario, la 833 del 1978).

A partire dall'ingiustizia palese delle Unità di valutazione geriatriche - Uvg, ormai scoperti strumenti di selezione all'ingresso delle cure sanitarie (il 50% Asl dei ricoveri in Rsa, per esempio) in base a criteri arbitrarie, vincoli di risorse, valutazioni arbitraria di condizioni socio-econo-

## CRONOLOGIA ESSENZIALE

### 1° LUGLIO 2019

La Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza (Csa) inviano ai neoeletti consiglieri della Regione e alla Giunta la Piattaforma con le istanze sui diritti esigibili degli anziani malati cronici non autosufficienti.

### 22 FEBBRAIO 2020

È confermato il primo caso Covid in Piemonte. Scattano le restrizioni alle visite parenti nelle Rsa, ma non le necessarie azioni di tutela delle Asl, che abbandonano migliaia di non autosufficienti.

### 20 MARZO 2020

La Giunta regionale approva la delibera n. 4 con la quale dequalifica gli operatori delle Rsa; possono essere assunti, tra l'altro, senza qualifica Oss o se hanno fatto 6 mesi da "badanti".

### 20 MARZO-10 APRILE 2020

Viene comunicata alle Asl il 20 marzo, ma pubblicata con modifiche solo il 10 aprile, la delibera per il trasferimento di casi Covid positivi in Rsa da ospedale. Per le associazioni è causa di morti.

### 11 APRILE 2020

La Procura di Torino accerta in due Rsa torinesi l'incrocio negli stessi ambienti di 60 degenti Covid positivi con altri negativi. Seguono decessi; la Procura archivia con l'attivazione dello scudo penale.

### 25 APRILE 2020

L'assessore alla sanità Luigi Icardi dice in un'intervista a proposito delle Rsa, normate dai Lea: «Le Rsa sono strutture che hanno una gestione autonoma. Non fanno parte del sistema sanitario».

miche dei malati e delle loro famiglie. Il modello «americano» del «se hai la carta di credito ti curi, altrimenti no» è realtà per gli oltre 15mila malati non autosufficienti piemontesi che, senza alcuna prestazione da parte delle Asl, si pagano privatamente ricoveri da 3000 - 3.500 euro al mese.

La Fondazione promozione sociale registra ad ogni bilancio sociale annuale oltre mille nuove consulenze (che spesso si prolungano per mesi, a volte anni) a famigliari di persone escluse dalle cure, per le quali occorre lottare perchè sia riconosciuto

il diritto a qualche intervento domiciliare, alla quota sanitaria in Rsa, al Piano terapeutico corretto, all'indennità di accompagnamento. È il segno di un grande bisogno, ma anche il significato della nostra presenza (notiziario ControCittà compreso, come veicolo di informazione e strumento contro l'emarginazione sociale).

È necessario risalire dal calando. Al di là dei proclami elettorali di questi ultimi mesi e dai presunti successi dell'amministrazione uscente. Che non sono tali. Sulla tutela dei malati non autosufficienti, la Regione ha

### **18 GIUGNO 2020**

La Fondazione promozione sociale anima in piazza Castello a Torino la manifestazione a ricordo dei morti della prima ondata Covid nelle Rsa. Si va costituendo il Comitato vittime nelle Rsa.

### **9 NOVEMBRE 2020**

La Fondazione promozione sociale è invitata al tavolo regionale sulle Rsa, dove pone le questioni di potenziamento delle strutture e garanzia della tutela sanitaria. Gli inviti cessano dopo poche sedute.

### **27 NOVEMBRE 2020**

Comunicato della Città metropolitana per l'assenza

dell'assessore regionale alla sanità alle sedute della «Cabina di regia»; Fondazione promozione sociale parteciperà per i successivi due anni.

### **21 DICEMBRE 2020**

La Fondazione promozione sociale pubblica la lettera aperta al presidente Alberto Cirio sul disegno di legge che prevede di stanziare aiuti ai gestori Rsa con i soldi delle quote sanitarie Lea.

### **26 GENNAIO 2021**

La Regione approva la legge 3/2021 con cui, contro le istanze delle associazioni di tutela dei malati non autosufficienti, destina 30

milioni di euro di quote sanitarie Lea ai ristori per i gestori.

### **1° MARZO 2021**

La Fondazione promozione sociale deposita un esposto alla Procura della Corte dei Conti per l'illegittimo utilizzo di risorse Lea per i ricoveri Rsa, trasformate in ristori per i gestori.

### **18 MAGGIO 2021**

Campagna «Riapriamo le Rsa» con iniziative pubbliche, affissioni di manifesti e facsimili per istanze di visita e continuità affettiva per i tanti malati non autosufficienti ancora chiusi nelle Rsa.

negato in questi cinque anni cure, attenzioni, risorse... in una parola, diritti. Qui si prova a proporre come invertire la rotta, a partire da quali priorità, con quali risorse e con che gerarchia degli interventi.

**Da dove partiamo.** Una premessa è obbligatoria: la fotografia dell'esistente almeno per le cure domiciliari, le Rsa e la misura regionale «Scelta sociale».

Le **Cure domiciliari** di lunga durata (non Assistenza domiciliare integra-

ta – Adi) ai malati non autosufficienti si riducono oggi in Piemonte a soli interventi socio-assistenziali, regolati dai Comuni, erogati quasi sempre da cooperative o altri privati, con budget ridotti (nell'ordine di qualche centinaio di euro al mese), in discussione ogni anno e una selezione dei richiedenti in base a Isee. Questa polverizzazione degli interventi rende difficile stimare quanti li hanno richiesti e non ottenuti. Secondo alcuni dati, ricavati da interpellanze dell'ultima legislatura regionale, i malati non autosufficienti piemontesi che non ri-

### **1° OTTOBRE 2021**

La Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza (Csa) pubblicano la Piattaforma sui malati cronici non autosufficienti per il Comune di Torino (che va a elezioni).

### **15 DICEMBRE 2021**

Grazie al contributo della Fondazione Crt, si realizza l'aggiornamento editoriale e grafico della rivista "Prospettive assistenziali", che diventa, in continuità delle pubblicazioni, "Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali".

### **18 GENNAIO 2022**

Documento dell'Accademia di Medicina dell'Università di Torino: «La cura dei malati cronici non autosufficienti»: viene ribadito che è un tema sanitario e le prestazioni indifferibili.

### **25 FEBBRAIO 2022**

Lettera aperta della Fondazione promozione sociale alla Giunta Cirio sui malati non autosufficienti: convenzioni Rsa bloccate, cure a domicilio negate, continuità ospedale-territorio assente.

### **28 GIUGNO - 29 LUGLIO 2022**

La Giunta regionale approva le delibere 1 e 10 per trasferire i malati cronici non autosufficienti dagli ospedali in Rsa. Non è assicurata la continuità delle cure dopo due mesi di degenza.

### **7 SETTEMBRE 2022**

La Giunta regionale approva gli aumenti delle tariffe Rsa. I rincari – a fronte di servizi immutati – colpiscono le famiglie dei ricoverati con aumenti che oscillano tra i 650 e 2000 euro all'anno.

### **30 SETTEMBRE 2022**

Fondazione promozione sociale, Alzheimer



cevano cure domiciliari pur avendole richieste sono oltre 10mila.

Il modello dell'assegno di cura, cioè della quota sanitaria sul modello Rsa anche a domicilio è di fatto tramontato. Affossato per la maggior parte dalla giunta Chiamparino – che ne ha difeso lo smantellamento al Tar del Piemonte e poi al Consiglio di Stato, a seguito delle cause di Comuni, Enti gestori e associazioni.

Occorre porre attenzione al fatto che il Piano nazionale di ripresa e

resilienza (Pnrr) limita le cure domiciliari all'Adi, cioè a interventi spot (la media nazionale è di 18 ore all'anno per paziente preso in carico), eseguiti da professionisti e riguardanti solo le prestazioni professionali (cura piaghe, cambio catetere, monitoraggio del medico...), non le attività di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico, cioè quelle della quotidianità.

Con questa precisazione, è chiaro che il dato dei 119mila ultrasessantacinquenni presi in carico in «cure

Piemonte e Amici Parkinsoniani Piemonte ricorrono al Tar contro le delibere (cfr. 28 giugno 2022) che negano le cure (giudizio tutt'ora pendente)

### **30 SETTEMBRE 2022**

Smentita la crisi delle Rsa. Unioncamere Piemonte certifica l'aumento delle strutture residenziali per non autosufficienti, anziani fragili e persone con disabilità: 547 nel 2019, 640 nel 2022.

### **25 NOVEMBRE 2022**

Commemorazione di Francesco Santanera, mancato a giugno, fondatore dell'Associazione

nazionale famiglie adottive e affidatarie (Anfaa) e della Fondazione promozione sociale.

### **22 DICEMBRE 2022**

«Scelta sociale»: contributo assistenziale regionale agli esclusi dalle Asl al diritto alla quota Rsa o cure domiciliari. Ad aprile 2024: residenzialità 2867 (domande 5211); casa 2392 (domande 6136).

### **29 DICEMBRE 2022**

La Giunta regionale approva la delibera 23/2022 con le linee guida Isee per i Consorzi in merito all'integrazione economica socio-sanitaria. Casa,

indennità e pensione degli utenti a rischio!

### **15 FEBBRAIO 2023**

Grazie al contributo della Fondazione Crt, ControCittà, il notiziario bimestrale delle associazioni del Csa, viene aggiornato. Nuova grafica e nuova linea editoriale, centrata sul Piemonte.

### **22 FEBBRAIO 2023**

Le associazioni Utim e Ulces del Coordinamento sanità e assistenza (Csa) ricorrono al Tar contro la delibera 23/2022 della Regione, che cede alle modifiche. (Cfr. 5 giugno 2023)

domiciliari» nel 2023, mentre erano 58.200 nel 2019, non ha particolare impatto sulle cure di lunga durata per i malati non autosufficienti (e andrebbe specificato sotto il profilo della durata del singolo intervento e del continuum delle cure, cioè di quel che c'è prima e dopo per il malato).

Le strutture socio-sanitarie residenziali **Rsa** autorizzate dalla Regione hanno continuato a crescere nell'ultimo quinquennio. Oggi i posti letto accreditati Rsa sono 32.700 (con previsione di aumento a 35mila).

Non hanno seguito lo stesso iter le convenzioni, cioè i posti coperti al 50% dalla sanità piemontese, come previsto dai Livelli essenziali delle prestazioni - Lea.

In mancanza di dati certi, anche prendendo il dato delle più benevolenti dichiarazioni pre-elettorali nei confronti dell'amministrazione regionale, 300 milioni di euro all'anno come spesa per le convenzioni, si raggiungono i 16.500 posti letto convenzionati. Che vuol dire (32.700 meno 16.500) 16.200 posti letto fuori

### **1° MARZO 2023**

Isee, il Tribunale condanna il Comune di Torino per la mancata integrazione della retta alberghiera di una malata seguita dalla Fondazione promozione sociale. Ricorso in appello della Città.

### **10 MARZO 2023**

Comunicato stampa Alzheimer Piemonte, Anffas, Fish e Fondazione promozione sociale sulla bozza di Piano regionale sulla non autosufficienza: «Senza la sanità, accordo impossibile».

### **14 APRILE 2023**

La Fondazione promozione sociale è tra i promotori del «Comitato per il diritto alla tutela della salute e alle cure», coordinamento di sindacati, associazioni di sanitari, degli utenti.

### **15 MAGGIO 2023**

La Regione approva il Piano della non autosufficienza. Buona consultazione e coordinamento tra gli uffici regionali e le associazioni, ma manca la volontà politica di integrare le prestazioni sanitarie.

### **20 GIUGNO 2023**

La Fondazione promozione sociale è parte civile nel processo per maltrattamenti di tre ricoverati in una Rsa torinese; la costituzione di parte civile è importante per far emergere le responsabilità Asl.

### **27 MAGGIO 2023**

La Fondazione promozione sociale partecipa alla «Marcia per la tutela della salute» del Comitato (cfr. 14 aprile 2023): 10mila sotto la sede della Regione Piemonte a difesa della sanità pubblica.

convenzione, con clienti che pagano rette completamente private.

Si è già detto su questo notiziario come «**Scelta sociale**» sia una misura controversa, perché destina Fondi europei di politiche sociali come sostitutivi di convenzioni per il ricovero in Rsa o cure domiciliari non erogate dalla sanità. Va notato, tra l'altro, che la sostituzione è in piccolissima parte: è molto rilevante il divario tra una convenzione Rsa (1.500 euro al mese, a vita) e il beneficio di «Scelta sociale» (600 euro

mensili per due anni, dopo selezione Isee e altri parametri socio-economici, entro il vincolo delle risorse totali a disposizione).

I dati ufficiali della Regione Piemonte aggiornati al 24 maggio 2024 dicono che nelle cinque tranches di bando hanno presentato richiesta per «Scelta sociale residenziale» 5.211 persone, ammesse al finanziamento 3.256, effettivamente erogati 2.867. «Scelta sociale domiciliare» è stata richiesta da 6.136 casi, ammessi 3.105, finanziati 2.392.

### **5 GIUGNO 2023**

La Giunta regionale approva – come emendamento della precedente delibera del 29 dicembre 2022 – linee guida per l'integrazione economica socio-sanitaria, in linea con l'Isee nazionale.

### **4 LUGLIO 2023**

Il Comune di Torino e l'Asl Città di Torino siglano un accordo per un nuovo modello di cure domiciliari, meno tutelanti per i malati non autosufficienti torinesi perché meno coinvolta la sanità.

### **5 GENNAIO 2024**

Appello alla Regione per la situazione disastrosa dei Pronti soccorso: «Giorni di attesa in barella, minaccia delle dimissioni, parenti maltrattati e cure negate».

### **12 FEBBRAIO 2024**

Suicidio assistito, audizione della Fondazione promozione in Regione: «Con l'attuale, diffusa carenza di cure, rischio scelta di disperazione, non di libertà».

### **3 GIUGNO 2024**

Con la delibera 38, 18 milioni di euro di fondi sanitari (1000 conven-

zioni) vengono dirottati da quote sanitarie Rsa di utenti in attesa ad un nuovo aumento delle tariffe per i gestori.

### **LUGLIO 2024**

Dopo le elezioni dell'8 e 9 giugno, la Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base consegnano ai Consiglieri eletti e alla Giunta regionale le istanze sul diritto alle cure dei malati non autosufficienti, pubblicate in questo numero di ControCittà.

## **ESIGENZE E DIRITTI SANITARI E SOCIO-SANITARI DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

**Chi sono i non autosufficienti?** L'Accademia di Medicina dell'Università di Torino ha confermato che gli «anziani malati cronici non autosufficienti sono soggetti colpiti da gravi patologie» per cui si «rendono indispensabili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili» (documento “La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte”, gennaio 2022).

Le società di geriatria del Piemonte e della Valle d'Aosta, a loro volta hanno precisato che «non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un 'paziente' e diventa un 'problema socio-assistenziale', a qualsiasi età» e, indipendentemente dall'età, «le limitazioni funzionali che conseguono all'insorgenza, al perpetuarsi e all'aggravarsi delle condizioni morbose sono la risultante delle malattie stesse».

Perciò, «si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute», in questo caso «oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione (compreso, se occorre, l'imboccamento), le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze».

Inquadrare «chi sono» e «di cosa hanno bisogno» i malati non autosufficienti è utile per dare loro lo status che meritano di malati con esigenze indifferibili e per collocarli nel comparto sanitario. Nel concreto: tenuto conto che la condizione di malattia cronica irreversibile o il suo esito, sono la causa della condizione di non autosufficienza, è

---

l'assessorato regionale alla sanità l'ente obbligato a garantire il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e a tutti gli interventi indifferibili per il soddisfacimento delle funzioni vitali.

L'assessorato alla sanità ha anche l'obbligo di coordinarsi con gli altri settori sociali e, anche ma non solo, con quello dell'assistenza (legge 833/1978, articolo 1, lettera g) al quale è spesso stata delegata l'intera materia della non autosufficienza, con la «ritirata» della sanità e con il pretesto dell'integrazione socio-sanitaria. Dalla quale sempre sfugge la sanità.

**Il nuovo Piano socio-sanitario.** L'annunciato Piano socio-sanitario regionale non sarà efficace per dare risposta ai bisogni dei malati se non verrà scritto insieme ai rappresentanti degli operatori sanitari e socio-sanitari, ai sindacati, ai gestori dei servizi, ai rappresentanti degli utenti e delle associazioni di tutela dei loro diritti. Per fare questo, occorre da parte dell'assessorato alla Sanità della Regione l'avvio urgente di un tavolo per l'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Il tavolo deve avere la regia e l'organizzazione dei lavori in capo all'assessorato alla sanità regionale ed elaborare il nuovo piano socio-sanitario avendo come riferimento il principio costituzionale di universalismo delle tutele sanitarie (Ssn) e previdenziali connesse (Inps), i capisaldi del Servizio sanitario nazionale pubblico di cui alla legge di riforma sanitaria 833 del 1978 (e sue successive integrazioni) e il Dpcm 12 gennaio 2017, che ha definito gli attuali Lea.

Si tratterebbe della riedizione della fortunata formula del tavolo Regione-Territorio che recepì i precedenti Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea, 2001) e collocò per anni il Piemonte al vertice della programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale, con provvedimenti che facevano scuola in tutto il Paese. Quella spinta propulsiva è finita (anzi, abbiamo vissuto la stagione del riflusso). È tempo di una nuova programmazione, che affronti con metodo, condivisione e risposte concrete i bisogni dei piemontesi.

In materia di tutele e prestazioni per i malati cronici non autosufficienti, il lavoro del tavolo deve contemplare una prima fase di assoluta emergenza (**A**) per l'abbattimento del

---

---

numero di malati non autosufficienti esclusi dalle cure residenziali e domiciliari. Di pari passo, ma con più profonda visione **(B)**, occorre ri-programmare e ri-definire i percorsi delle cure di lunga durata, affrontando i temi fondamentali **(indicati con numeri da 1 a 6 nelle pagine che seguono)** della valutazione e dell'accesso alle prestazioni, della continuità ospedale-territorio (ospedalizzazione a domicilio compresa), delle prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, degli standard delle Rsa e dei Centri diurni, delle tariffe dei servizi.

**(A) Programma d'urgenza per le convenzioni Rsa e le cure domiciliari.** In una Regione in cui almeno 15mila persone pagano di tasca propria cure socio-sanitarie residenziali a oltre 3mila euro al mese e in cui sono migliaia i malati a casa senza interventi socio-sanitari di lunga durata, occorre un intervento shock, prima dell'urgente riforma delle regole per la quale molti malati e molte famiglie non possono aspettare.

**È necessario** lo stanziamento immediato di risorse finalizzate al riconoscimento della convenzione (50% della retta) agli anziani malati cronici non autosufficienti a cui è stata negata la prestazione e sono «in lista d'attesa» (chiamata così anche se a differenza di quelle per gli esami, qui non c'è una data di ottenimento della prestazione, anche se lontanissima).

**Il Tavolo Regione-Territorio deve accordarsi sull'attivazione di nuove convenzioni (a erosione delle liste di attesa) con due fondamentali priorità, inserendo il riconoscimento delle convenzioni tra le voci che determinano, a seconda dei risultati, gli incentivi economici per i direttori generali delle Asl.**

La prima priorità: l'inserimento immediato in convenzione di tutti i malati cronici non autosufficienti che sono stati valutati **«urgenti»** dalle Unità di valutazione geriatriche (ai sensi della delibera regionale 14/2013). La seconda priorità: il riconoscimento della convenzione a chi è in ricovero privato **da oltre un anno**, indipendentemente dall'intensità assistenziale individuata dall'Uvg.

Il cronoprogramma per l'erosione delle liste di attesa per la residenzialità deve essere

---

---

trasparente e deve costituire un impegno per l'amministrazione regionale. Per pagare le convenzioni per tutti i posti letto Rsa regionali servono 300 milioni di euro da destinare a questo scopo nel bilancio annuale regionale (che per la Sanità ammonta complessivamente a 10 miliardi, quindi parliamo del 3%).

È un obiettivo politico e tecnico raggiungibile nell'arco del quinquennio di legislatura. Nel frattempo, però, per chi rimane senza convezione residenziale deve essere garantita almeno la presa in carico nei Centri Diurni o a casa, per le cure di lunga durata (non Adi) da parte delle Asl e non dei Comuni/Consorzi, che si sono rivelati fallimentari nel dare risposte.

**(B) Programma strutturale per le cure sanitarie e socio-sanitarie ai malati non autosufficienti.** Di seguito, i punti del Tavolo Regione-Territorio per la tutela del diritto alla salute dei malati non autosufficienti e l'organizzazione dei percorsi di cura.

**1) Riformare la valutazione multidimensionale (Uvg).** Quando furono importate dall'estero, negli anni Novanta del secolo scorso (Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", 1992), le Unità di Valutazione geriatrica dovevano assumere il compito, tecnico e non finanziario, di valutare complessivamente l'anziano malato cronico non autosufficiente, di elaborare e poi di valutare costantemente il piano ufficiale di cure, che prevedesse l'intervento congiunto di più professioni e anche di attività informali (parenti, assistenti personali...) per soddisfare le esigenze di tutela della salute del beneficiario degli interventi pubblici, in prima battuta attraverso la presa in carico sanitaria.

Il ruolo delle Uvg è stato via via corrotto e le commissioni sono diventate oggi assemblee il cui compito centrale è negare o meno l'accesso a prestazioni Lea, sancite dalla normativa come di Livello essenziale, quindi assolutamente non negabili, men che meno per presunti vincoli finanziari e carenze di bilancio. Le Unità di valutazione geriatrica (Uvg) considerano oggi rilevanti per l'accesso alla quota sanitaria – cioè, a una prestazione dell'Asl – la condizione sociale ed economica dell'utente e della sua famiglia. Si usa la valutazione discrezionale (condizione familiare, abitativa...) e il «test dei mezzi» (I'Isce) per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie Lea. È illegittimo.

---

Il malato cronico non autosufficiente o la persona con disabilità in situazione di gravità viene di fatto declassato a “caso sociale” e il diritto soggettivo ed esigibile alla prestazione socio-sanitaria (Lea) è rinviato sine die, ovvero senza una data certa di presa in carico. Quindi, sia la quota sanitaria, prevista dai Lea per il ricovero in convenzione, sia il contributo per sostenere i costi di una prestazione domiciliare, sono erogati con criteri assistenziali, senza considerare la rilevanza della condizione di malati (e malati molto gravi).

In concreto, l'ammontare delle convenzioni in Rsa in un determinato distretto dell'Asl è oggi deciso – violando la legge nazionale – sulla base del budget predeterminato e non in base alla domanda di cure, come avviene in altri contesti del Servizio sanitario (per esempio per l'acuzie). Alle Uvg è assegnato il “lavoro sporco” di tenere alla porta i richiedenti e motivare il non riconoscimento della quota sanitaria con valutazioni socio-assistenziali.

**Il Tavolo Regione-Territorio deve concordare una riforma delle Unità valutative, in modo che tornino ad essere esclusivamente commissioni tecniche di valutazione del fabbisogno e poi predisposizione e monitoraggio della risposta. Le risorse stanziare dalle Asl piemontesi per le convenzioni in Rsa devono essere parametrare al fabbisogno e non a vincoli di bilancio, illegittimi per prestazioni Lea come queste. Se necessario, il Tavolo Regione-Territorio raccoglie dati ed elementi per l'emersione del fabbisogno, che l'amministrazione regionale può utilizzare in sede di conferenza unificata e nei rapporti con Parlamento e Governo per ottenere più risorse.**

**2) Abrogare la delibera sull'interruzione della continuità delle cure.** La delibera regionale 10-5445 del 29 luglio 2022, prevede che dopo la fase acuta (molto spesso dichiarata esaurita e risolta in Pronto Soccorso, anche a fronte di permanenza di bisogni sanitari molto elevati) l'ospedale possa trasferire tempestivamente gli anziani malati non autosufficienti (e malati in condizioni simili) nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) accreditate.



---

La dgr 10/2022 ha dichiaratamente l'obiettivo del rientro a domicilio e quindi stabilisce che dopo l'ospedale 30 giorni di ricovero sono a totale carico del Servizio sanitario regionale; altri 30 sono a carico del Ssn per il 50% della retta. Ma, se il ricovero deve proseguire perché non vi sono le condizioni per il domicilio, l'anziano malato cronico non autosufficiente deve pagare tutto privatamente!

L'obiettivo è quello di liberare i reparti ospedalieri, ma a danno dei malati non autosufficienti e dei loro congiunti. Nella sola Asl Città di Torino, (fonte: Regione Piemonte/Asl Città di Torino) i dati riferiti al 2022 e al primo semestre 2023 hanno confermato che nel 25% dei casi, i malati trasferiti nelle Rsa (impossibilitate a garantire cure estensive) muoiono entro pochi giorni oppure rientrano in ospedale in urgenza (magari un altro ospedale rispetto a quello di invio). Il 25% al termine dei 60 giorni è dimesso a casa, ma senza alcuna presa in carico dell'Asl o del Medico di medicina generale.

Il 50% di chi è ricoverato con la dgr 10 in Rsa è costretto a sottoscrivere contratti privati allo scadere del 60° giorno di ricovero. Molti vengono trasferiti dai familiari che cercano soluzioni più economiche, a volte distanti anche 100 chilometri dal luogo di residenza, con gravi ripercussioni per gli anziani malati non autosufficienti, specie se affetti da demenza o Alzheimer. Per molti altri vi è il rischio concreto di finire in strutture abusive, perché meno costose. I malati e le loro famiglie sono messe in una condizione capestro: o firmano il contratto o vengono letteralmente «buttati fuori» dalla Rsa, previa intimazioni dei legali. La Giunta Cirio ha letteralmente scaricato i malati non autosufficienti e le loro famiglie alla mercè dei gestori privati, spesso multinazionali che non esistano a ricorrere ai loro avvocati.

**Il Tavolo Regione-Territorio deve portare all'abrogazione della delibera 10/2022 e alla predisposizione di una delibera che rispetti il diritto alla tutela della salute e alle cure sanitarie e socio-sanitarie senza limiti di durata sancite dalla legge 833/1978 e confermate dai Lea (articolo 30 del dpcm del 12 gennaio 2017).**

---

**3) Reparti ospedalieri post acuzie.** La sanità ospedaliera “arroccata” su prestazioni di altissima complessità, senza una cura di lunga durata per i malati non autosufficienti ha dimostrato di non dare risposte ad una platea di malati – in aumento – che hanno necessità sanitarie elevate, che si sommano e determinano condizioni di non autosufficienza.

Un ripensamento in questo senso pare arrivare dalle società di geriatria (in particolare dalla Società italiana di geriatria e gerontologia – Sigg) che hanno confermato l’esigenza di rendere più a misura di anziano malato cronico non autosufficiente i servizi di Pronto soccorso, confermando peraltro che l’ospedale non è certo a priori un luogo inappropriato ai non autosufficienti perché giudicati incurabili e quindi casi senza speranza, che “rubano letti” ad altri eventuali malati.

Inoltre, è utile per assicurare al personale ospedaliero una formazione permanente sull’evoluzione della malattia cronica ed evitare nella più ampia misura possibile i rientri al Pronto Soccorso dopo dimissioni frettolose o da case di cura di pazienti non autosufficienti, specie se con demenza.

**Il Tavolo Regione-Territorio deve considerare il vantaggio sistemico di prevedere la predisposizione – negli ospedali esistenti e in quelli in progettazione – di uno-due reparti ospedalieri (40 posti letto), in base alla dimensione dell’ospedale e al suo bacino, per garantire la continuità diagnostica e terapeutica ai malati cronici non autosufficienti. Per la loro insufficiente dotazione di medici, gli Ospedali di Comunità del Pnrr non appaiono sufficienti, a meno che non siano fisicamente all’interno di strutture ospedaliere e integrati con il lavoro e le equipe dei reparti.**

**Inoltre, il Tavolo deve fissare impegni precisi di ripubblicizzazione e di gestione diretta da parte delle Asl di alcuni presidi di lungodegenza (Casa di cura) e Residenza sanitaria assistenziale (Rsa), per disporre di tutti gli elementi necessari per predisporre convenzioni e accreditamenti con enti privati da una posizione di competenza sulla materia (necessità e attività per i pazienti,**

---

**costo delle forniture e del personale, gestione del personale stesso...).**

#### **4) Cure domiciliari (Ospedalizzazione a domicilio, Adi, Cure di lunga durata).**

L'offerta di cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari è estremamente carente. Riducendo la questione all'osso, **l'ospedalizzazione a domicilio** è rimasta una sperimentazione (da quasi 40 anni) del reparto di geriatria dell'ospedale Molinette di Torino; **l'Assistenza domiciliare integrata - Adi è prestazione** Asl attivata dal Medico di medicina generale, ha una media di 17 ore all'anno per paziente, prevede solo figure professionali (medico, infermiere, altri operatori) e non risponde alle esigenze continuative e quotidiane dei malati non autosufficienti. Le **cure domiciliari di lunga durata** per i malati non autosufficienti sono oggi erroneamente confinate nell'ambito degli interventi socio-assistenziali (dei Comuni). Mentre, invece, tutte le prestazioni che consentono di monitorare la condizione di salute di un malato non

#### **Il Tavolo Regione-Territorio deve:**

- prevedere **l'estensione in ogni ospedale del servizio di ospedalizzazione a domicilio (OAD)**, attivo dal 1985 presso il reparto di Geriatria dell'Ospedale Molinette e regolamentato l'ultima volta dalla Regione Piemonte con la Dgr. 85/2010;
- prevedere **l'aumento delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata (Adi)**, compresa la riabilitazione e le cure palliative e di contrasto al dolore e la puntuale verifica – anche qualitativa, non solo quantitativa – degli obiettivi del Pnrr in questo senso;
- prevedere, agganciate all'Adi o come percorso di cura autonomo, **prestazioni socio-sanitarie domiciliari di lunga durata con quota a carico Asl, senza lsee**. Il riferimento normativo è l'articolo 5 della legge regionale 10/2010 e la Dgr. 22-5599 del 12 settembre 2022, che richiama l'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017 (Lea).

Si tratta di introdurre un modello sperimentale del «Budget di salute» che, valorizzando le precedenti esperienze positive già realizzate in Piemonte ottenga una «quota sanitaria» del Budget (analogamente a quanto previsto per i ricoveri in convenzione in Rsa)

---

che costituisca il 50% dell'importo totale.

La legge nazionale 3/2018 riconosce la possibilità, mediante appositi accordi in Conferenza unificata Stato Regioni, di riconoscere come figura socio-sanitaria professionale l'assistente familiare formata, che la Regione Piemonte ha provveduto a implementare attraverso molteplici corsi di formazione mirati.

**5) Centri diurni.** Il Centro diurno è un sostegno importante – e molto carente nell'offerta delle Asl – alla permanenza del malato cronico non autosufficiente al domicilio; soluzione che spesso la famiglia preferirebbe ad un ricovero residenziale definitivo. Tuttavia, collocazione, numero minimo per territori, standard e funzionamento dei Centri vanno ridefiniti, se necessario anche con pressioni nazionali sul tema.

**Il Tavolo Regione-Territorio deve assumere lo strumento dei Centri diurni come una delle fondamentali risposte di presa in carico sanitaria e socio-sanitaria per i malati non autosufficienti, intervenendo con proposte deliberative sul tema in materia di collocazione, numero minimo per territori, standard e funzionamento dei Centri.**

**6) Nuove regole per la residenzialità sanitaria di lunga durata (Rsa).** La pandemia Covid 19 ha fatto emergere che i ricoverati nelle Rsa sono malati così gravi da aver perso la loro autosufficienza e, spesso, anche la capacità di manifestare le loro più elementari esigenze. Però, le Rsa di oggi – dopo la strage nelle strutture e i difficilissimi anni di limitazione agli accessi – sono più deboli come personale e percorsi di presa in carico attivati di quelle che già non hanno retto alla pandemia.

In larghissima parte, i malati ricoverati non sono «ospiti» di alberghi, ma degenti; per questo non è applicabile alle Rsa la conversione prospettata dal Pnrr in convivenze, gruppi appartamento, comunità familiari. Proposte valide e applicabili agli autosufficienti, non a chi ha esigenze sanitarie elevate.

Le Rsa sono già strutture accreditate dal Servizio sanitario e rientrano pertanto nei

---

---

Lea, articolo 30 del dpcm 12 gennaio 2017, ma vanno riorganizzate radicalmente per inserirle a pieno titolo nella filiera delle strutture residenziali sanitarie.

**Il Tavolo Regione-Territorio deve operare per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati. Contestualmente, il Tavolo deve predisporre bozze di norme per la Giunta e il Consiglio regionale per rendere obbligatorie prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale e di funzionamento delle strutture.**

**In particolare, il Tavolo deve intervenire almeno su:**

- **modifica del criterio del «minutaggio»**, attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa);
- **riorganizzazione del personale delle strutture**, nella quale è necessario importare la logica del lavoro in équipe ospedaliero, superando le frammentare competenze odierne tra direttori sanitari che non decidono del percorso terapeutico e operatori sanitari (infermieri e oss) che dovrebbero attenersi alle indicazioni del medico di medicina generale del malato (che spesso non lo vede da anni);
- la **limitazione dei posti letto per singola struttura**;
- requisiti strutturali per **ambienti confortevoli** che richiamino l'ambiente domestico e altre dotazioni;
- la qualificazione delle strutture come fornitrici di **prestazioni riabilitative** indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- l'**esclusione dal ricovero** nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- la previsione di **Comitati di partecipazione** dei rappresentanti degli utenti ricoverati;
- percorsi di presa in carico che aumentino dal **50 al 70%** la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e il riconoscimento del **100% sanitario** per i malati di Alzheimer o con prestazioni socio-sanitarie ad elevate integrazione, come riconosciuto da molteplici sentenze.

# Garantire le risorse economiche per le prestazioni Lea

*Le prestazioni di livello essenziale come le cure del Servizio sanitario godono dello status di prioritarie, comprese quelle di lunga durata per i malati non autosufficienti. Le risorse vanno trovate e non destinate a prestazioni discrezionali*

«Non ci sono i soldi». È la risposta tipica di molti servizi pubblici alle richieste di cure a casa o in struttura dei malati cronici non autosufficienti. Talmente tipica che è entrata nel sentire comune e sono gli stessi cittadini a sostenerlo: «Non ci sono soldi». Talmente tipica che è uno shock culturale scoprire che non è così e che per legge ci sono prestazioni che devono essere garantite, per le quali non è legittimo per le istituzioni appellarsi alla carenza (presunta) di risorse.

**I diritti prima delle risorse.** Per affrontare il tema c'è bisogno di ricalibra-

re la bussola con qualche riferimento normativo e di giurisprudenza. La **sentenza n. 509/2000** ha evidenziato che «secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l’altro,

deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto».

Nella **sentenza n. 275/2016** la **Corte costituzionale** ha precisato che «il diritto all’istruzione del disabile è consacrato nell’articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall’articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa

esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel “rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati” (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l’effettività del medesimo diritto». La sentenza n. 275/2016 sancisce inoltre che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

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 [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fis-

sata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)».

Lo stesso **Consiglio di Stato**, con **sentenza n. 1/2020**, dopo aver precisato che il diritto alla salute è «un diritto soggettivo pieno ed incondizionato», ha evidenziato che «l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazione delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)» e che, pertanto, «l'Ente pubblico dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie».

Quelle sopra elencati sono una serie di pronunce delle massime corti dello Stato, che confermano la preminenza dei diritti sui vincoli di bilancio nel-

le materie normate dai Lea, come le cure sanitarie e socio-sanitarie per i malati non autosufficienti. Si tratta di un ambito dove non è legittimo affermare «non ci sono i soldi»; a chi lo sostiene, va risposto «è obbligatorio trovarli».

**Le risorse.** Tolta una serie di spese tecniche rigide (obbligatorie, non comprimibili...) la spesa regionale da destinare agli ambiti di intervento dell'ente è (dati 2023) di circa 13 miliardi e 600 milioni di euro. La «missione» dalla tutela della salute assorbe il 72,03 delle spese disponibili ed è pari a poco più di 10 miliardi di euro. Tutti gli altri comparti regionali si «battagliano» il rimanente: 22 «missioni istituzionali» per 3 miliardi e 600 milioni. Anche da queste cifre è chiaro come «conviene stare in sanità» ai malati cronici non autosufficienti, tanto più che hanno tutti i titoli per starci.

La spesa complessivamente destinata alla sanità è finanziata con tasse pagate da cittadini e imprese: più dell'89 per cento della spesa sanitaria arriva da lì. In particolare, dall'addizionale regionale dell'Imposta sul reddito delle persone fisiche (Irap) e



all' Imposta sulle attività produttive (Irap). Vale la pena di tenere a mente questi elementi, perché le prestazioni che spesso vengono negate ai malati non autosufficienti con la motivazione della carenza delle risorse, le hanno già pagate. E quindi, se le ripagano perché sono costretti alle cure private, le stanno pagando per intero una seconda volta!

Prendendo come valore di riferimento gli oltre 30mila posti letto Rsa accreditati attualmente dalla Regione Piemonte e un costo medio di 1.500 euro/mese per la quota sanitaria, la copertura dell'intero stock di posti con quote sanitarie cuberebbe sul bilancio regionale 540 milioni di euro, il doppio degli attuali. Pochi, molti? Il dato assoluto non significa alcunché, se non è messo in relazione con i dati generali economici regionali, secondo i quali 540 milioni di euro sono circa il 5% del bilancio sanitario annuale della Regione Piemonte.

Confrontando con altre voci delle entrate regionali – secondo i dati consolidati del bilancio 2019 – si tratta dei due terzi dell'addizionale Irpef Sanità pagata da tutti i contribuenti piemontesi.

Oppure un terzo della quota Irap destinata alla sanità piemontese. O, ancora, la decima parte della quota Iva destinata alla sanità regionale piemontese.

Insomma, la spesa per coprire l'intera residenzialità per la presa in carico dei malati non autosufficienti appare di fatto residuale rispetto al bilancio complessivo. Per un'esigenza che viene riconosciuta come «l'emergenza sanitaria e sociale del secolo che stiamo vivendo» (come se il vivere più a lungo fosse un problema, ma questo è un altro discorso) si tratta di appena un euro su venti di quelli che la sanità regionale ha a disposizione.

C'è poi la spesa per le prestazioni domiciliari, che oggi è demandata tutta ai Consorzi socio-assistenziali e che, invece, andrebbe ricondotta centralmente all'assessorato alla Sanità (assegnazione di cura sanitario, con quota del 50% non soggetta a Isee) e alle Asl. Poiché è un percorso da recuperare dal passato, si potrebbe iniziare con una sperimentazione, su un territorio definito. Anche in questo caso si tratterebbe di spese marginali per il bilancio regionale.

---

## IL NODO ISEE, UNDICI ANNI DI VIOLAZIONI

Sono scaduti il 30 giugno 2024 i termini – già prorogati più volte – per la consegna alla Regione Piemonte dei regolamenti dei 48 enti gestori (Comuni, Consorzi...) in materia di integrazione economica alle prestazioni socio-sanitarie. Cioè i calcoli per determinare, una volta che l'utente riceve la quota sanitaria dall'Asl, come definire quanto corrisponde per lui il Comune, se l'utente non è in grado di far fronte alla spesa della retta (alberghiera) a suo carico.

La delibera 10-6984/2023 della Regione, ha definito le linee guida di redazione dei regolamenti, nel rispetto dell'Isee nazionale (Dpcm 159/2013 e successive modifiche), che tuttavia sono, potremmo dire, superflui, perché l'Isee è definito a livello nazionale e quel testo i Comuni devono applicare e rispettare.

Vincenzo Bozza e Giuseppe D'Angelo, presidenti delle associazioni Utim e Ulces del Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base hanno osservato: «Da undici anni i Comuni del Piemonte hanno l'obbligo di applicare le regole dell'Isee, per le quali indennità di accompagnamento e pensione di invalidità non costituiscono reddito disponibile e quindi non possono essere chieste per la copertura della retta alberghiera».

L'Isee, essendo una norma nazionale che fissa un livello essenziale delle prestazioni (Lep), è sovraordinato rispetto alle delibere locali e andava applicato a partire dall'entrata in vigore del Dpcm 159/2013.

In merito al tema delle risorse, l'applicazione dell'Isee costerebbe circa 30 milioni all'anno secondo le stime non verificate dei gestori, i presidenti di Utim e Ulces osservano: «Si tratta di livelli essenziali, quindi obbligatori da garantire e non legittimamente soggetti a limitazione per presunta scarsità delle risorse. I Comuni hanno avuto 10 anni per adeguarsi. Secondo le loro stime, equivalgono a 30 milioni per 10 anni, cioè 300 milioni di euro corrisposti dai piemontesi più deboli, che non dovevano essere versati per le rette alberghiere».

Inoltre, dicono ancora i presidenti «diversi Enti gestori hanno chiuso i conti con avanzi di bilancio e risorse non spese e, in generale, le spese dei Comuni sono spesso destinate ad attività discrezionali, non di livello essenziale, che devono essere subordinate a quelle previste dai Lep».



# UTIM

*Unione per la tutela  
delle persone  
con disabilità  
intellettiva OdV*

## QUOTA SOCI

**35 euro**

Compreso l'abbonamento al Notiziario *ControCittà*.

Oppure sostieni l'attività dell'Ut看im con donazioni o contributi sul  
conto corrente postale n. 21980107 o con bonifico

bancario su IBAN: **IT 77 T076 0101 0000 0002 1980 107**

Donazioni e contributi sono deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

[www.utimdirittihandicap.it](http://www.utimdirittihandicap.it) – [utim@utimdirittihandicap.it](mailto:utim@utimdirittihandicap.it)



# 5X1000

## c.f. 97638290011

**cinqueper mille**

## **Anche quest'anno puoi destinare alla Fondazione promozione sociale il 5 per mille**

*dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi.*

### **PERCHÉ SOSTENERCI**

La Fondazione promozione sociale onlus/ets non riceve contributi da enti pubblici e il tuo 5x1000 contribuisce a permetterci di essere liberi di agire nei riguardi delle istituzioni (Regioni, Asl, Comuni...) quando non rispettano i diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente.

Con il tuo contributo ci aiuterai a portare avanti le iniziative per tutelare i diritti delle persone malate non autosufficienti e/o con gravi disabilità e per garantire il loro e il tuo diritto alla salute:

ciascuno di noi può diventare un malato cronico non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

Relazione attività su:  
[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

### **CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ**

Per ulteriori contributi (deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi):

**Fondazione promozione sociale onlus/ets**  
Iban: **IT 66L 02008 01058 000020079613**