

ABOLITI IN PIEMONTE I CONTRATTI DI OSPITALITÀ PER IL RICOVERO PRESSO LE RSA SOSTITUITI DA UN REGOLAMENTO REGIONALE

MARIA GRAZIA BREDA

Nel caso di ricovero in una struttura socio-sanitaria gli utenti, per i quali l'Asl versa la quota sanitaria in base alle norme vigenti, non dovranno più sottoscrivere alcun contratto di ospitalità, né verrà richiesto di farlo ai loro familiari (1), salvo che per prestazioni extra, non comprese nella retta di ricovero stabilita dall'ente pubblico, che in ogni caso – come vedremo – non sono obbligatorie.

Con la Dgr (Delibera della giunta della Regione Piemonte) 44/2009 la Giunta regionale del Piemonte ha approvato «*lo schema contrattuale tipo regionale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture accreditate*» (2), ovvero tra l'Asl e l'Ente gestore delle funzioni assistenziali da un lato e il responsabile della struttura privata dall'altro.

Il provvedimento stabilisce la piena responsabilità delle Asl e degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali nei confronti degli utenti affetti da patologie croniche invalidanti e da non autosufficienza (anziani, persone con handicap, minori), anche nel caso in cui le istituzioni pubbliche scelgano di avvalersi di presidi privati per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie (ad esempio centri diurni, comunità alloggio e Rsa, Residenze sanitarie assistenziali).

Per gli utenti, invece, i riferimenti sono i succitati enti pubblici ed è ad essi che devono rivolgersi (e non al presidio privato) per le prestazioni a cui hanno diritto. A questo riguardo nello schema contrattuale, vengono inserite ulteriori norme a garanzia di una maggior tutela degli utenti, in particolare degli anziani cronici non autosufficienti, «*riguardanti il sistema tariffario e i pagamenti (...) al fine di consentire (...) una corretta informazione ed una irrinunciabile trasparenza*».

Nello schema contrattuale, per regolare i rapporti tra gli utenti e le strutture di ricovero, il responsabile

(1) Gli utenti interessati dalla Dgr 44/2009 sono rispettivamente valutati dalle commissioni Uvg (Unità di valutazione geriatrica), dalle Uvh (Unità di valutazione handicap), Uvm (Unità di valutazione minori). Con la Dgr 26/2010 sono state istituite le unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (Umvd), la cui entrata in vigore è condizionata dall'approvazione dei provvedimenti previsti dalla stessa delibera.

(2) I requisiti e le procedure per ottenere l'accreditamento della Regione Piemonte per le strutture socio-sanitarie sono contenuti nella delibera della Dgr 25/2009. La stessa aveva demandato ad un successivo provvedimento l'approvazione di uno schema contrattuale tipo per la definizione di rapporti tra Asl/Enti gestori pubblici e soggetti privati.

del presidio privato si impegna ad adottare «*il regolamento conforme al modello regionale*». Quest'ultimo è stato definito al tavolo di concertazione regionale (3) ed è riportato nell'allegato B, che è parte integrante della Dgr 64/2010 (4). In essa si precisa che «*il Regolamento di struttura (...) costituisce lo strumento fondamentale per definire e rendere trasparenti i rapporti ed i reciproci diritti/doveri fra le strutture residenziali socio-sanitarie e gli utenti, i loro familiari e/o chi li rappresenta*».

Precisiamo però, a scanso di equivoci, che il regolamento non è un contratto, ma la presa d'atto dell'utente (o di chi lo rappresenta) dei suoi diritti/doveri nei riguardi della struttura, ivi compreso l'impegno al pagamento della retta di ricovero secondo quanto stabilito dalla normativa vigente.

Le strutture di ricovero accreditate dovranno quindi annullare i contratti di ospitalità e sostituirli con il regolamento, redatto secondo le modalità fissate dalla deliberazione succitata. Più avanti ne riportiamo le parti più significative.

Possiamo quindi affermare che, sul piano normativo, la Regione Piemonte, con le deliberazioni citate, prosegue il percorso avviato per la piena affermazione del diritto delle persone malate croniche non autosufficienti ad essere curate dal Servizio sanitario nazionale e a beneficiare della partecipazione economica dei Comuni, se le loro risorse non

(3) I testi delle Dgr 44/2009 e 64/2010 sono stati discussi – prima di essere approvati – al tavolo congiunto Regione-Territorio per l'applicazione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) dell'area socio-sanitaria, al quale ero presente, in rappresentanza delle associazioni di volontariato che avevano promosso la prima petizione popolare per una corretta attuazione di detti livelli. Per approfondire il cammino ed i risultati ottenuti si vedano su *Prospettive assistenziali* gli altri miei articoli: "I livelli essenziali di assistenza sanitaria: i positivi risultati raggiunti dal volontariato dei diritti nella vertenza con la Regione Piemonte", n. 150, 2005; "Esempio di un possibile cammino comune tra associazioni di volontariato per ottenere diritti esigibili per le persone non autosufficienti", n. 163, 2008; "Petizione popolare: che cosa è stato fatto, che cosa si farà", n. 169, 2010. Le associazioni che fanno parte del comitato promotore della petizione popolare sono le seguenti: Associazione Alzheimer Piemonte; Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie; Avo Torino, Associazione volontari ospedalieri; Cpd, Consulta per le persone in difficoltà; Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base; Diapsi Piemonte, Difesa ammalati psichici; Gvv, Gruppi di volontariato vincenziano; Sea Italia, Servizio emergenza anziani; Società di San Vincenzo de Paoli; Utim, Unione per la tutela degli insufficienti mentali.

(4) L'allegato B della Dgr 64/2010 (Regolamento tipo) è riportato integralmente sul sito www.fondazionepromozionesociale.it.

sono sufficienti per coprire l'intero importo della retta alberghiera (5).

Ci auguriamo che sia un primo passo verso il superamento dei contratti di ospitalità ancora previsti nelle altre Regioni, nonché delle clausole vessatorie che sovente questi contratti contengono.

Motivi del superamento dei contratti di ospitalità

Come sanno i lettori di questa rivista, da tempo denunciavamo l'irregolarità dei contratti di ospitalità imposti dalle strutture private, benché convenzionate con l'Ente pubblico, agli utenti e ai loro familiari.

Questi ultimi sovente si trovano nella condizione di sottoscrivere impegni capestro in qualità di garanti, pur di ottenere il ricovero del proprio congiunto. Ad esempio nel regolamento della Rsa Fondazione Sant'Erasmo, anche per gli anziani cronici non autosufficienti, che beneficiano della quota sanitaria versata dall'Asl, sono contenute disposizioni non rispettose dei diritti degli utenti (6). Ne ricordiamo alcune:

- l'utente è definito "un ospite" e quindi non viene riconosciuto come una persona malata con il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie previste dalle leggi vigenti;

- sono «l'ospite e il garante che richiedono la prestazione del servizio» perché in tal modo si impone la premessa per la sottoscrizione privatistica del contratto di ospitalità e l'assunzione da parte del garante di impegni gravosi e non previsti da alcuna legge;

- è facoltà della struttura privata di «presentare disdetta con preavviso di almeno 15 giorni», arrogandosi quindi il diritto di porre termine al vigente diritto del malato di essere curato senza limiti di durata dal Servizio sanitario nazionale;

- l'utente (e/o il garante) sono obbligati a versare

(5) I Lea sono stati definiti con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 le cui norme sono state rese cogenti dall'articolo 54 della legge 289/2002. Per quanto riguarda i ricoveri autorizzati dalle Asl, le disposizioni nazionali sopra citate stabiliscono che l'importo della quota sanitaria è a carico dell'Asl nella misura minima del 50% della retta totale. La parte rimanente (retta alberghiera) deve essere corrisposta dall'utente ultrasessantacinquenne non autosufficiente o dalla persona con handicap in situazione di gravità, nell'ambito delle sue personali risorse economiche. L'eventuale differenza non coperta dall'utente è a carico dell'Ente gestore delle attività socio-assistenziali. Per quanto riguarda gli aspetti economici, le norme nazionali sono pienamente rispettate in Piemonte anche per il finanziamento assicurato dalla Regione agli enti gestori delle funzioni assistenziali con la Dgr 37/2007. In molti casi la quota sanitaria è superiore rispetto alla percentuale stabilita a livello nazionale. Ad esempio può giungere al 57,7% per il ricovero di alta intensità in una Rsa; copre il 70% del costo della tariffa giornaliera di una comunità alloggio socio-sanitaria o di un centro diurno per dementi senili.

(6) Cfr. l'articolo "Inaccettabile il contratto imposto dalla Rsa Fondazione Sant'Erasmo di Legnano agli anziani malati non autosufficienti", *Prospettive assistenziali*, n. 164, 2008.

un deposito cauzionale che «è infruttifero di interessi»;

- la struttura privata «si riserva di variare periodicamente l'importo della retta»;

- possono costituire «causa di dimissione dell'ospite e risoluzione contrattuale (...) i cambiamenti delle condizioni psicofisiche e sanitarie dell'ospite». In questi casi «la valutazione di sopravvenuta inadeguatezza o incompatibilità è di esclusiva pertinenza dello staff medico della Rsa» privata;

- da notare che in tutti i casi di dimissioni imposte unilateralmente dalla struttura privata è previsto che «il garante si farà carico dell'ospite assumendosi ogni relativa responsabilità di assistenza».

Clausole vessatorie analoghe sono state riscontrate in moltissimi altri contratti di ospitalità, che abbiamo avuto modo di conoscere attraverso l'attività di consulenza del Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti della Fondazione promozione sociale. Tuttavia, pur con i limiti che ancora ci sono, con la Dgr 44/2009 e l'approvazione del regolamento tipo, in Piemonte cambiano in modo sostanziale i rapporti tra gli utenti e le strutture accreditate di ricovero, con rilevanti vantaggi a favore del riconoscimento dei diritti dei primi.

Gli elementi positivi e le criticità contenute nello schema contrattuale

La nostra lettura è, ovviamente, dalla parte degli utenti non autosufficienti, le cui condizioni di vita dipendono dalla qualità e quantità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ricevute, differenti a seconda della tipologia dell'utenza interessata (anziani, persone con handicap in situazione di gravità, minori con problemi sanitari).

Le prestazioni che devono essere fornite

Per quanto riguarda gli standard organizzativi e gestionali, la Regione Piemonte demanda alle Asl e all'ente gestore dei servizi socio-assistenziali (Dgr 44/2009) l'obbligo di accertare che le strutture private siano in regola con le norme vigenti per l'accreditamento istituzionale. Prevede altresì che «il gestore del presidio, anche in caso di affidamento a soggetti terzi di parti del servizio, è pienamente responsabile per gli impegni assunti con il presente contratto».

La normativa regionale sull'accreditamento (Dgr 25/2009) non è tuttavia una sicura garanzia del rispetto delle esigenze degli utenti. Ad esempio, in merito alle strutture semiresidenziali e residenziali per le persone in situazione di handicap, la Regione Piemonte ha riconosciuto l'inadeguatezza delle norme che regolano gli standard attuali ed ha previsto la loro revisione, anche se non è ancora stato

avviato il tavolo di lavoro incaricato di predisporre i necessari adeguamenti. Infine, per i minori, è appena iniziato il confronto con le parti sociali per esaminare le criticità e proporre le occorrenti modifiche relative alle attuali deliberazioni.

Pertanto sono ancora numerosi i presidi accreditati, in regola sotto il profilo formale, ma inadeguati a soddisfare appieno i bisogni dei loro utenti. Ad esempio manca la definizione corretta dell'utenza ammissibile, per cui possono essere inseriti in uno stesso presidio minori con problematiche socio-assistenziali e minori con disturbi psichiatrici (7). Ricordiamo altresì che la mancata definizione delle caratteristiche dell'utenza ha determinato in alcuni casi anche l'uccisione di ricoverati da parte di altri degenti (8).

Altra questione è la definizione degli standard organizzativi delle strutture residenziali per le persone con handicap in situazione di gravità. Al momento possono essere ugualmente accreditate, per la stessa tipologia di utenza, sia strutture residenziali con 30, 40 e più posti letto, sovente situate in zone isolate (di fatto istituti ghetto), sia comunità alloggio di tipo familiare collocate in normali contesti abitativi.

Il personale e la questione (mai affrontata) del turnover

Come è noto la qualità delle prestazioni dipende dalla quantità e dalle capacità professionali degli operatori addetti.

A questo proposito l'articolo 3 dello schema contrattuale impegna i gestori privati dei presidi «a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando, per il personale preposto – ivi compreso il personale dipendente da soggetto terzo cui siano affidati, in tutto o in parte, l'esecuzione di servizi della struttura – numero, professionalità e regolare inquadramento contrattuale del rapporto di lavoro previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle parti datoriali e sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, in relazione agli standard e

(7) Ricordiamo che il Comune di Torino aveva rilasciato in data 18 novembre 1997 l'autorizzazione alla società a responsabilità limitata "Assiogen" di aprire a Torino, Corso Gabetti 18, due comunità alloggio socio-assistenziali. Nella prima erano accolti minori di età compresa fra 8 e 12 anni, nella seconda adolescenti. A seguito del ricovero nella seconda comunità anche di soggetti con disturbi psichiatrici vi sono stati adolescenti che hanno inflitto violenze, anche di natura sessuale, ai più piccoli. Altre informazioni sulla vicenda sono contenute nell'articolo "Tutelare i minori ricoverati nelle comunità alloggio perché non subiscano più abusi e maltrattamenti", *Prospettive assistenziali*, n. 143, 2003.

(8) Cfr. gli articoli "Perché nella casa di riposo 'Via Roma' di Bologna sono stati ricoverati anche malati di mente?", *Ibidem*, n. 122, 1998 e "Tragica conseguenza del trasferimento di pazienti psichiatrici dalla sanità all'assistenza", *Ibidem*, n. 138, 2002.

al modello gestionale definito a livello regionale per la tipologia di utenza accolta».

Si tratta di un passo in avanti che però non riguarda i problemi del turnover e dell'effettiva presenza del personale previsto dalle norme regionali.

Per esempio, non viene richiamato in modo esplicito l'obbligo di esposizione dei tabelloni (9) all'interno della struttura, con l'indicazione dell'organigramma del personale, le sue qualifiche (che dovrebbe apparire da appositi cartellini indossati personalmente) e l'orario di presenza. Su questo punto, grazie all'insistenza dell'azione svolta dalle associazioni di volontariato, l'obbligo dell'esposizione dei tabelloni è stato in seguito inserito nel regolamento, che deve essere consegnato agli utenti e alle commissioni di vigilanza.

Si tratta di un aspetto assai rilevante, in quanto permette alle Commissioni di vigilanza e agli stessi utenti (se sono in grado) oppure ai loro familiari, nonché ai volontari, di poter verificare se effettivamente viene messo a disposizione degli utenti tutto il personale concordato e il cui costo è posto a carico dell'Asl e dell'utente/Comune.

Anche gli enti pubblici hanno quindi interesse a vigilare e, infatti, nel testo si prevede che, fatto salvo l'esercizio della normale attività di vigilanza «l'Asl ed il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali possono accedere ai locali della struttura ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari, in ordine ai servizi e alle prestazioni che la struttura è tenuta a garantire ed erogare». Inoltre l'Asl ed il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali possono «accedere alla documentazione – e, qualora necessario, acquisirne copia – riguardante la corretta organizzazione e gestione delle prestazioni e dei servizi, al fine di verificare la correttezza degli impegni assunti».

È già un passo avanti, ma a nostro avviso sarebbe stato preferibile prevedere, fra le clausole del contratto, anche l'obbligo per il gestore privato di fornire mensilmente la fotocopia del libro unico del lavoro e dei versamenti contributivi effettuati e/o delle fatture emesse dai consulenti.

Per quanto riguarda il turnover del personale, specialmente quello a diretto contatto con gli utenti, non è stata accolta la richiesta delle associazioni di volontariato, che già per la delibera sull'accreditamento 25/2009 avevano proposto di inserire un premio per incentivare i gestori privati a mantenere una percentuale di ricambio del personale non superiore al 5-10%. È ovvio che la qualità delle prestazioni

(9) L'obbligo di esposizione dei tabelloni è stato inserito nella Dgr 17/2005, che norma l'organizzazione del personale e delle prestazioni socio-sanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti. Il rispetto delle disposizioni ivi contenute è condizione inderogabile per ottenere l'accreditamento istituzionale dall'entrata in vigore della Dgr 25/2009.

dipende anche dalla continuità della presenza del personale, che solo in parte viene realizzata con la garanzia del rispetto dei contratti di lavoro più rappresentativi.

Una debole apertura circa la possibilità del controllo da parte dell'utenza

Nella Dgr 44/2009 si stabilisce che «*possono accedere alla struttura nelle forme previste dal regolamento, i rappresentanti delle associazioni di tutela e i rappresentanti degli ospiti della struttura*». Finalmente sono state accolte le richieste avanzate da anni dalle associazioni di volontariato.

Sia l'ente pubblico che i gestori privati, se agiscono – come sempre sostengono – nell'interesse dell'utente, non dovrebbero temere la partecipazione dei rappresentanti degli utenti.

Oltre a verificare che la succitata norma diventi concretamente operativa, continuiamo a richiedere che alle forze sociali sia riconosciuto anche un ruolo attivo nelle attività di controllo dei servizi. In realtà, per adeguare le norme sulla vigilanza delle strutture di ricovero, sarebbe necessario trasferire la competenza alle Province (per evitare l'attuale situazione per cui le Asl ed i Comuni controllano il loro operato), inserendo rappresentanti degli enti locali, delle organizzazioni di volontariato e dei Sindacati nelle relative Commissioni di vigilanza (10).

Il Piano di assistenza individuale e le successive verifiche

Nella delibera 44/2009 è previsto quanto segue: «*Il presidio s'impegna ad effettuare tutte le procedure di accoglimento degli utenti secondo le modalità definite dalla normativa regionale e comunque ed in ogni caso a redigere per ogni utente inserito, il Piano di assistenza individuale (Pai) o il Piano educativo individuale (Pei), in attuazione del progetto definito dalla competente unità valutativa, ed aprire un fascicolo sanitario e sociale da aggiornare in base al rilevarsi delle esigenze*».

Pertanto compete esclusivamente alla Commissione di valutazione dell'Asl la decisione circa l'ammissione/dimissione dell'utente, nonché la definizione

(10) La possibilità di controllo da parte delle organizzazioni dell'utenza, promossa dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), è stata riconosciuta con l'approvazione della delibera del Consiglio provinciale di Torino del 5 ottobre 1978. In seguito è stata varata anche dal Consiglio comunale di Torino con la deliberazione del 28 febbraio 1983. Il 21 novembre 2002 è stato approvato un provvedimento analogo dal Cisap (Consorzio intercomunale dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco). Si vedano inoltre gli articoli "Controllo dei servizi socio-assistenziali da parte dei movimenti di base: una valida delibera", *Prospettive assistenziali*, n. 141, 2003 e Maria Grazia Breda, "Come le associazioni di volontariato possono tutelare gli utenti dei servizi assistenziali", *Ibidem*, n. 140, 2002.

ne del progetto assistenziale individualizzato. Ne consegue che non può più accadere che un presidio privato possa a sua discrezione accettare o dimettere un malato non autosufficiente.

Nello schema contrattuale si pongono ulteriori responsabilità in capo all'Asl e al soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali, perché controllino che le prestazioni socio-sanitarie tengano conto degli effettivi bisogni degli utenti.

Ad esempio è previsto che «*le variazioni del grado di non autosufficienza dell'utente assistito devono essere tempestivamente comunicate all'Asl e al soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali e l'evento patologico o traumatico dovrà trovare corrispondenza nel fascicolo sanitario e sociale. L'Asl e il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali, attraverso la competente unità valutativa, s'impegnano a verificare e valutare la portata dell'evento ed in relazione a ciò la compatibilità della permanenza del soggetto interessato nella struttura entro i termini previsti dalla normativa regionale. In ogni caso al verificarsi dell'evento il presidio deve provvedere all'aggiornamento del Pai/Pei*».

Le tariffe sono trasparenti e fissate dalla Regione

L'articolo 5 dello schema contrattuale (Dgr 44/2009) definisce la tariffa complessiva delle prestazioni erogate e la loro ripartizione tra Asl/utente/soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali nel pieno rispetto della normativa regionale di riferimento che, come abbiamo già detto, recepisce (e in alcuni casi migliora) quella nazionale (11).

In particolare viene fissata per ogni tipologia di utenza:

- la tariffa complessiva del costo della prestazione socio-sanitaria;
- la quota sanitaria a carico dell'Asl (mai inferiore al 50% del costo complessivo);
- la retta a carico dell'utente/Comune che «*qualora ricorrano i presupposti previsti dalle disposizioni in materia potrà essere parzialmente integrata dal soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali*».

Anche le attività, i servizi e le prestazioni non incluse nella tariffa a totale carico dell'utente, devono essere quelle indicate nella normativa regionale. In ogni caso il loro costo «*deve essere preventivamente comunicato [dalla struttura di ricovero, n.d.r.] all'unità valutativa dell'Asl, alla Commissione di vigilanza e al soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali al fine di rendere edotto l'utente al momento della scelta del presidio*». È altresì precisato che «*nel caso la persona anziana decida di avvalersi di tutte o di singole attività, servizi o prestazioni extra-*

(11) Cfr. la nota 5.

tariffa, i costi dovranno essere mensilmente fatturati con indicazione analitica» e che «eventuali incrementi tariffari (...) saranno riconosciuti sulla base di specifico progetto individuale (...) previa validazione da parte dei soggetti contraenti» e cioè dall'Asl e dal soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali.

Altri chiarimenti sulle prestazioni sanitarie gratuite

Nonostante la Regione Piemonte abbia normato questa materia con la Dgr 17/ 2005, in questi anni sono state molteplici le segnalazioni riguardanti il pagamento di farmaci, ausili, trasporti in ambulanza, che le strutture di ricovero attribuivano agli utenti, benché compresi nella tariffa stabilita dalla Regione.

Nelle delibere in oggetto viene ribadito ancora una volta che si tratta di prestazioni sanitarie e, dunque, a totale copertura da parte dell'Asl.

Ad esempio viene riaffermato che **«l'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali è garantita dall'Asl secondo le necessità degli ospiti definite nel progetto individuale»**. Pertanto, qualunque farmaco, anche di fascia C, se ritenuto indispensabile dal medico di medicina generale che ha in cura il paziente, è a carico dell'Asl a condizione che sia da questi inserito nel Pai e convalidato dall'Uvg dell'Asl. Inoltre per la **fornitura di protesi, presidi tecnici, ausili e materiale sanitario** deve essere assicurato **«secondo la necessità degli ospiti definite nel progetto individuale e dettagliate nel Pai, i quali vengono costantemente rivalutati e aggiornati a fronte delle intervenute variazioni dei bisogni dell'utente»**.

Viene altresì chiarito che **«agli utenti che necessitano di visite o esami diagnostici da svolgersi all'esterno del presidio o di ricovero in strutture sanitarie, deve essere garantito il trasporto a carico della struttura e si rammenta che con altre disposizioni regionali è stato normato il trasporto da/per strutture sanitarie e socio-sanitarie, con oneri a carico del Servizio sanitario regionale»**.

Innovativa è la norma in base alla quale **«qualora l'utente necessiti di assistenza personale aggiuntiva in caso di ricovero in strutture sanitarie, richiesta dalla struttura sanitaria stessa in forma scritta ed il presidio socio-sanitario provveda a fornirla, l'Asl ed il soggetto gestore dei servizi socio-assistenziali, riconoscono al presidio una retta posta a loro carico non superiore al ...% di quanto stabilito come loro retta giornaliera»** (12). È un aspetto assai importante, soprattutto nel caso di persone affette da demenza oppure con handicap intellettuale in situazione di gravità o di minori.

(12) La percentuale viene definita dalle parti (Asl/enti gestori delle funzioni socio-assistenziali/gestori privati) al momento della stipula del contratto.

Il Regolamento: più trasparenti i rapporti fra strutture di ricovero e utenti

I diritti/doveri degli utenti e dei loro familiari sono contenuti nel "Regolamento" redatto dalla struttura sulla base dei contenuti stabiliti dalla Regione Piemonte con la Dgr 64/2010 e recepiti nel contratto stipulato con l'Asl e il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali (Dgr 44/2009). Il regolamento indica:

- la tipologia e finalità della struttura e la normativa di riferimento;
- il decalogo dei diritti degli ospiti;
- le modalità di ammissione e di dimissione;
- le prestazioni comprese nella quota sanitaria: assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, assistenza alla persona, animazione;
- le prestazioni a carico dell'Asl, purché inserite nel Pai: assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, ogni altra prestazione diagnostica e terapeutica, compresi i farmaci di fascia C e i pannoloni che sono **«forniti dal Servizio sanitario regionale nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente»**;
- i trasporti in ambulanza garantiti dall'Asl (trasferimento in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale);
- le prestazioni incluse nella retta alberghiera pagata dall'utente/Comune (lavaggio biancheria, imboccamento, pulizia, pedicure, taglio e lavaggi capelli, ecc.);
- le prestazioni non comprese (extra), che non sono obbligatorie. Esse **«possono essere erogate [ma] deve essere garantita in capo all'utente la libertà di scegliere se usufruirne o meno»**;
- le attività quotidiane;
- la modalità di assegnazione delle camere;
- l'organizzazione del personale. In particolare **«per quanto riguarda il personale di assistenza alla persona (Oss/Adest/Ota) il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni notturni e festivi e le prestazioni devono essere garantite nell'arco delle 24 ore in base ai livelli prestazionali»** stabiliti per quella tipologia di utenza dalla normativa regionale. Inoltre **«l'organigramma del personale e l'orario di servizio degli operatori devono essere portati a conoscenza degli utenti e familiari, attraverso l'esposizione, in locali comuni e accessibili al pubblico, di uno schema di presenza di ciascuna professionalità impegnata nella struttura»**;
- l'accesso dei familiari e dei visitatori, compreso **«eventuali avvalimenti di persone, estranee all'organizzazione della struttura, per compagnia dell'ospite»**;
- le associazioni di volontariato con orario di presenza dei volontari e delle attività svolte;

- le modalità di pagamento (ogni aumento della tariffa deve essere approvato preventivamente dall'Asl/soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali e comunicato all'utente e/o a chi lo rappresenta dalla struttura ospitante);

- la documentazione e relativa tutela della privacy;
- gli uffici con le relative modalità di accesso;

- le modalità riguardanti l'esposizione obbligatoria in un locale interno alla struttura, accessibile al pubblico, del contratto di servizio stipulato tra Asl/soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali e il responsabile della struttura;

- le condizioni relative alla cauzione, «*che non potrà superare l'importo mensile della retta a carico dell'utente. La cauzione è fruttifera e verrà restituita entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui viene lasciato il posto occupato. Per le persone con retta integrata da parte dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali non può essere richiesta cauzione*» (13).

Che cosa è stato fatto (e si può fare) per abolire il contratto di ospitalità

L'esperienza maturata con la difesa dei casi singoli è stata fondamentale per ottenere l'approvazione delle due delibere in oggetto, che aboliscono il contratto di ospitalità e introducono diritti e maggior trasparenza nei rapporti tra utenti e gestori privati (14).

Questo importante risultato è frutto di una vera e propria battaglia sostenuta dalle associazioni di volontariato, promotrici della petizione popolare, sia direttamente con gli Assessori alla sanità e assistenza, sia nel gruppo di lavoro regionale. Da notare che il primo testo proposto dall'Amministrazione regionale conteneva l'obbligo per i ricoverati (o chi li rappresenta) di sottoscrivere un contratto di ospitalità con la struttura di ricovero.

La trattativa nel gruppo di lavoro è stata molto dura. I gestori privati temevano che il mancato contratto privato potesse tradursi in un disimpegno da

(13) A nostro avviso non è corretto richiedere la cauzione neppure per gli utenti che pagano interamente la retta alberghiera con i propri mezzi economici, in quanto il loro ricovero è disposto dall'Ente pubblico perché hanno diritto in base ai Lea alle prestazioni socio-sanitarie. Se la cauzione è ritenuta necessaria, dovrebbe essere allora l'ente pubblico a versarla e non l'utente. Ci sembra in ogni caso che la formulazione prevista nel regolamento sia preferibile a quella riscontrata nei regolamenti in vigore, che come nel caso citato della Rsa Sant'Erasmus, chiedono il versamento di cauzioni con importi superiori alle risorse stesse del malato.

(14) Di rilevante importanza è stata l'istituzione del tavolo Regione/territorio per l'attuazione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria), composto da rappresentanti degli Assessorati alla sanità e assistenza, degli enti locali, delle Asl, delle organizzazioni sindacali, dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e dei gestori delle strutture private.

parte degli utenti e dei loro familiari al pagamento della retta. I soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali, invece, consapevoli del loro obbligo a integrare le rette in base alle norme vigenti (ribadite dalle delibere regionali), non volevano assumersi l'onere di attivare eventuali cause civili.

Le motivazioni sostenute dalla sottoscritta, in rappresentanza delle associazioni di volontariato, sono quelle più volte ribadite in questa rivista (15), che riassumo brevemente:

- l'Asl versa la quota sanitaria quando l'utente ha diritto alle prestazioni socio-sanitarie in base alle leggi vigenti. Dunque è l'Asl che ha la responsabilità della corretta erogazione all'utente delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da parte delle strutture di ricovero private;

- l'utente è una persona malata e non autosufficiente e non "un cliente", che sceglie una struttura alberghiera (come sostenuto soprattutto da alcuni gestori privati);

- l'utente non è parte attiva dell'accordo tra Asl/Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali e struttura privata e, quindi, non può né deve sottoscrivere accordi stipulati da altri;

- in base alle leggi vigenti (Lea) le prestazioni socio-sanitarie, non coperte dalla quota a carico del Servizio sanitario nazionale, devono essere sostenute dall'utente in base alla sua personale situazione economica (la cosiddetta quota alberghiera) ed eventualmente integrate dall'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali. In ogni caso nulla può essere richiesto ai suoi familiari;

- a sostegno della prassi illegale, purtroppo in uso, come più volte è stato dimostrato in questa rivista (16), di far firmare in qualità di garanti i familiari degli utenti, è stata distribuita a tutti i partecipanti del gruppo copia dell'ordinanza del Tar di Brescia n. 836/2008 del 26 novembre 2008, in cui viene rilevato che «*appare dubbia anche la prassi di far sottoscrivere ai familiari dell'assistito un impegno del pagamento dell'intera retta al momento dell'ammissione nella residenza sanitaria-assistenziale per disabili*»;

- per quanto riguarda i rapporti fra i ricoverati ed i

(15) Cfr. gli articoli di Mauro Perino pubblicati su *Prospettive assistenziali*: "Esempio di convenzione tra enti pubblici e soggetti privati: norme volte a garantire idonei standard qualitativi e quantitativi di personale", n. 158, 2007 e "Caratteristiche salienti dei contratti con privati relativi alle attività sanitarie e sociali svolte in strutture residenziali", n. 166, 2009.

(16) Cfr. gli articoli pubblicati su *Prospettive assistenziali*: "L'integrazione delle rette di ricovero assistenziale da parte degli enti pubblici: un altro imbroglio", n. 142, 2003; "Contratti vessatori: un'ordinanza del Tribunale di Torino molto negativa", n. 143, 2003; Francesco Santanera, "L'accreditamento delle strutture residenziali: una procedura utilizzabile anche per negare i diritti agli utenti", n. 148, 2004; "Come prevenire le violenze nelle strutture residenziali per minori, adulti e anziani", n. 149, 2005.

Comuni si è provveduto a diffondere anche la sentenza del Tar di Brescia n. 1102/2008 in quanto osserva che «i Comuni non possono esimersi dall'obbligo di pagamento della retta richiamando gli impegni assunti dai parenti o dal tutore dell'ospite verso le strutture ospitanti. In effetti i Comuni non possono essere considerati beneficiari di tali contratti di garanzia, che le strutture ospitanti predispongono nel proprio esclusivo interesse. Oltretutto si tratta di contratti di cui sarebbe necessario verificare in concreto la validità, da un lato perché sono motivati dalla necessità di assicurare il ricovero (e quindi sottoscritti in una situazione di debolezza o soggezione contrattuale) e dall'altro perché potrebbero comportare l'assunzione di obblighi che superano la quota di compartecipazione dei cittadini a questo tipo di spese»;

• infine è stata distribuita copia dell'articolo di Roberto Carapelle, in cui viene commentato la Sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 26863/08 del 6 giugno 2008, in base alla quale i familiari possono revocare l'impegno a corrispondere la quota alberghiera con oneri a loro carico.

Le richieste da me presentate al tavolo Regione/territorio e nelle altre sedi sono state supportate:

• dal coinvolgimento degli Assessori regionali alla sanità e assistenza e del Difensore civico regionale mediante l'invio di segnalazioni scritte in merito ad abusi e irregolarità denunciate dai congiunti di ricoverati presso le Rsa;

• dalla pubblicazione e diffusione di articoli di denuncia su riviste di settore (oltre a *Prospettive assistenziali*) e sui quotidiani delle richieste illecite di pagamento avanzate dalle strutture di ricovero private nei confronti degli utenti e dei loro familiari.

Conclusioni

In sintesi si può affermare che la Regione Piemonte, con l'approvazione delle due deliberazioni in oggetto, ha confermato che le Asl ed i soggetti gestori dei servizi socio-sanitari piemontesi sono obbligati ad attuare i Lea, con il significativo risultato che non dovrebbero più essere scaricati sugli utenti e/o i loro familiari responsabilità di cura e relativi oneri finanziari. Uso il condizionale perché il rispetto di queste norme dipende da molti fattori, a partire dalla consapevolezza dei cittadini stessi dei loro diritti e delle loro capacità di denunciare inadempienze e richieste illecite.

“Caritas in veritate”: Benedetto XVI e la questione sociale (segue da pag. 10)

con il loro contributo un comune percorso lungo valori condivisi, occorre quanto meno sforzarsi di contestualizzare gli insegnamenti della religione di cui si è depositari con la dimensione storica della realtà, destrutturando i discorsi teologici in forme pratiche di azione da esercitare nella sfera temporale: per usare le parole del teologo domenicano Marie-Dominique Chenu, la visione cristiana deve «*incarnarsi nel mondo*», rapportando la speranza e la fede teologiche alle speranze e alle fedi terrene, e deve sostituire alla proclamazione del proprio apparato dottrinale la proposta di un messaggio che proietti sulle questioni sociali di questo tempo la luce del Vangelo (19). Ciò richiede la disponibilità a rinunciare all'imposizione autoreferenziale di una fede contrappositiva, di esclusiva derivazione autoritaria, per volgere con umiltà lo sguardo alla società civile cercandovi stimoli e alimento e accogliendone le eventuali suggestioni. Grazie a questa apertura le domande del presente – che non bisogna mai cessare di porsi e di tentare di risolvere – si affacciano

(19) Marie-Dominique Chenu, *La Parole de Dieu. La Foi dans l'intelligence*, Parigi, Éditions du Cerf, 1964, pp. 115 ss.; Id., *La dottrina sociale della Chiesa. Origine e sviluppo (1891-1971)*, Brescia, Queriniana, 1982, p. 40.

su di un più largo orizzonte, invitandoci al “realismo della speranza” (20). Se, invece, ci si rivolge al mondo continuando ad ammonirlo che «*senza Dio, l'uomo è inquieto e malato*» (n. 76), che «*l'uomo ha una natura ferita, incline al male*» e che in lui «*si manifestano gli effetti perniciosi del peccato*» (n. 34), si compie un passo all'indietro di oltre un secolo, per ritornare – dimentichi della tolleranza evangelica (21) – all'infausta dottrina secondo la quale non vi è salvezza all'infuori della Chiesa (“*extra Ecclesiam nulla salus*”) (22), e dalla “Chiesa dell'inverno” non potrà mai nascere la “nuova primavera” (23) da tanti agognata.

(20) Ancora una volta si prende a prestito una bellissima espressione contenuta nel citato “*Document de référence de l'Appel mondial à une nouvelle mobilisation pour l'Enfance*” del Bureau international catholique de l'enfance (n. 90).

(21) «*Guai a voi, che caricate gli uomini di pesi insopportabili!*» (Luca, 11,46).

(22) È con questa frase che viene solitamente indicata la condanna espressa, a corredo della sua enciclica *Quanta cura*, nel famoso “*Sillabo*” emanato l'8 dicembre 1864 da Papa Pio IX.

(23) Con questa immagine il teologo gesuita Karl Rahner (*Corso fondamentale sulla fede*, Roma, San Paolo Edizioni, 1990) descriveva, nel 1976, la svolta antropologica compiuta dalla teologia cattolica conciliare.