

ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI O COLPITI DA DEMENZA SENILE: PROFESSIONISTI E ASSOCIAZIONI A CONFRONTO SUL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Si è svolto il 23 ottobre 2015 nell'aula magna dell'ospedale Molinette di Torino il convegno "Anziani malati non autosufficienti e con demenza" (1) organizzato dalla Città della salute e della scienza - Ospedale Molinette e dalla Fondazione promozione sociale onlus (2). Il partecipato appuntamento, oltre 450 iscritti e presenti alla giornata di studio, ha riunito rappresentanti di diverse professioni (medici, infermieri, assistenti sociali che lavorano in ospedale, sul territorio e nei distretti delle Asl), organizzazioni ed associazioni degli utenti. Come primo

(1) Di seguito l'elenco dei relatori del convegno (in ordine di intervento). Le relazioni e la registrazione degli interventi sono disponibili sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it. Giancarlo Isaia, Direttore Struttura complessa Geriatria e malattie metaboliche dell'osso; Francesco Pallante, Ricercatore di diritto costituzionale, Università di Torino; Giulio Fornero, Direttore della qualità e del rischio clinico, Città della salute e della scienza di Torino; Guido Giustetto, Medico di medicina generale e Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino; Daniela Corsi, Responsabile Struttura complessa Servizio integrazione territoriale (Nocc); Franco Aprà, Presidente Simeu (Società italiana medicina d'emergenza-urgenza), Piemonte e Valle d'Aosta; Gianfranco Fonte, Geriatra, Città della salute e della scienza di Torino; Enza Paola Contuzzi, Dirigente medico, Ssd Cure domiciliari e geriatria territoriale AslTo1; Andrea Ciattaglia, Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base); Antonio Saitta, Assessore alla sanità con delega ai Lea; Senatrice Nerina Dirindin, Commissione Igiene e sanità del Senato; Pier Luigi Dovis, Direttore Caritas Diocesi di Torino; Elide Tisi, Vicepresidente Federsanità Anci Piemonte; Maria Luisa Tezza, Avvocato, Patrocinante presso la Corte di Cassazione; Maria Grazia Breda, Fondazione promozione sociale onlus; Mauro Laus, Presidente del Consiglio regionale del Piemonte; Barbara Chiapusso, Vicepresidente Collegio Ipasvi (Infermieri professionali Assistenti sanitari Vigilatrici d'infanzia); Pietro Landra, Geriatra, Direttore sanitario Rsa "Il Trifoglio"; Anna Monetti, Fisioterapista, Città della salute e della scienza di Torino; Laura Caravelli, Scrrf AslTo5; Ellade Peller, Coordinamento Enti gestori servizi socio-assistenziali piemontesi; Barbara Rosina, Ordine degli Assistenti sociali Regione Piemonte; Roberto Venesia, Segretario regionale Fimmg Piemonte (Federazione italiana medici di medicina generale); Paola Fasano, Direttore distretto Asl To3; Silvio Magliano, Vicepresidente Consiglio comunale di Torino; Paola Garbella, Presidente Ansdipp-Aria Piemonte; Michele Assandri, Presidente Anaste, gestori strutture residenziali Rsa.

(2) Il convegno è stato patrocinato da AGE (Associazione geriatri extra-ospedalieri) Piemonte – Valle d'Aosta; Federsanità Anci, nazionale e regionale Piemonte; Fimmg (Federazione italiana

e fondamentale proposito, il convegno dichiarava l'intenzione di evidenziare le esigenze, indifferibili, di cure sanitarie e sociosanitarie dei malati anziani cronici non autosufficienti e del loro inviolabile diritto alla continuità terapeutica. «La partecipazione al convegno e la folta rappresentanza dei servizi sia ospedalieri, sia territoriali dimostra – ha affermato in apertura la Presidente della Fondazione promozione sociale onlus, Maria Grazia Breda – che la questione del diritto alle prestazioni socio-sanitarie per gli anziani malati cronici non autosufficienti è centrale per il sistema sanitario e socio-sanitario. A fronte delle liste d'attesa, 32 mila malati cronici non autosufficienti non presi in carico dal Servizio sanitario regionale in Piemonte, almeno 200 mila in tutta Italia, e della negazione del diritto alle cure, c'è l'interesse a risolvere questa situazione, mettendo in condizione i malati di essere curati e gli operatori di svolgere al meglio il proprio lavoro».

Il nucleo centrale del convegno è stato illustrato dal Prof. Giancarlo Isaia, Direttore della Struttura complessa di Geriatria e malattie metaboliche dell'osso dell'ospedale Molinette e referente scientifico dell'evento: «Le persone con patologie croniche (siano essi anziani, giovani, autosufficienti o meno) sono malate come quelle con patologie acute. Hanno diritto alle cure e all'assistenza sanitaria, nella struttura più idonea per curarle. Insomma, se un cittadino è malato va considerato come tale, a prescindere dalla patologie manifestate, attraverso l'intervento del Servizio sanitario». Oltre alla diagnosi immediata (come avviene per tutti gli altri malati), per gli anziani malati cronici non autosufficienti occorre che subito vengano individuate le terapie in primo luogo quelle per lenire o ridurre il dolore, nonché le altre prestazioni socio-sani-

medici di famiglia) Sezione provinciale di Torino; Ipasvi (Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia) Collegio provinciale di Torino; Ordine degli Assistenti sociali Regione Piemonte; Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli odontoiatri di Torino; Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria) Piemonte - Valle d'Aosta; Sigot (Società italiana di geriatria ospedale e territorio); Simeu (Società italiana di medicina di emergenza urgenza) Piemonte - Valle d'Aosta e Siommms (Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro).

tarie altrettanto fondamentali per la sua sopravvivenza. Non siamo in presenza di «*nonni a cui fare compagnia o che hanno solo bisogno di qualcuno che prepari i pasti perché non sanno cucinare*», come dichiarato negli obiettivi del convegno (3), ma di pazienti con bisogni che non possono essere rinviati nel tempo: sono malati che devono essere seguiti 24 ore su 24 perché, sovente, sono doppiamente incontinenti, spesso con catetere, da mobilitare e/o imboccare, da seguire nell'assunzione delle terapie e che vanno costantemente monitorati sul piano sanitario.

Nell'ottica della continuità terapeutica, che dev'essere garantita da ospedale e territorio per tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti (persone inguaribili, ma sempre curabili), il ruolo di organizzazione del percorso post ospedaliero è svolto dal Nucleo ospedaliero di continuità delle cure (Nocc), una struttura formata da medici, infermieri e assistenti sociali con il compito di programmare la continuità terapeutica del paziente, in collaborazione con i servizi territoriali dell'Asl. L'interesse dell'ospedale – e del Servizio sanitario nel suo complesso – all'efficiente funzionamento di questi percorsi è anche economico, come hanno dimostrato i dati della relazione di Giulio Fornero, Direttore della qualità e del rischio clinico della Città della salute e della scienza: «*I bisogni sanitari e socio-sanitari dei malati non autosufficienti sono indifferibili. I pazienti con tali bisogni necessitano di adeguata e tempestiva risposta da parte delle cure domiciliari e residenziali nella medicina di comunità per una questione di appropriatezza e di costo. Infatti, un ricovero in struttura di riabilitazione di II livello costa al Servizio sanitario nazionale da 202 a 272 euro al giorno, uno in lungodegenza 154 euro, il ricovero in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) complessivamente da 71,56 a 104,44 euro (di cui il 50% quota sanitaria e quindi a carico dell'Asl, mentre il restante è a carico dell'utente/Comune), mentre l'assistenza domiciliare costa tra 26 e 52,8 euro (anche in questo caso solo per il 50% come quota sanitaria e quindi a carico dell'Asl). È quindi necessario convertire la pro-*

(3) Cfr. la terza di copertina "Convegno anziani malati non autosufficienti e/o con demenza. Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliere", *Prospettive assistenziali*, 191, 2015.

duzione inappropriata in prestazioni necessarie per ridurre le liste d'attesa e il sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza». È stato quindi dimostrato che la mancata continuità terapeutica produce maggiori costi per il paziente e per il sistema sanitario nonché, in generale, trattamenti meno efficaci, anche sotto il profilo clinico, per il paziente stesso; si verificano degenze evitabili, si ricorre impropriamente a servizi quali il Pronto Soccorso o prestazioni ambulatoriali con i malati non autosufficienti che passano da un servizio all'altro per poi ritornare a volte a quello iniziale; vi è ridondanza delle procedure diagnostiche a cui viene sottoposto il paziente in assenza di una presa in carico unitaria e continuativa. E vi è il rischio, per i pazienti, di finire in strutture residenziali non idonee, come periodicamente denunciano i Nuclei anti sofisticazione dei Carabinieri (Nas).

Nel suo intervento al convegno l'Assessore alla sanità della Regione Piemonte, Antonio Saitta aveva annunciato la probabile conclusione dal piano di rientro dal deficit sanitario per la Regione con la fine dell'anno 2015: «*Abbiamo adempiuto al 90% delle richieste di riallineamento sui conti, nel 2016 recupereremo la nostra autonomia*». E sul tema delle prestazioni domiciliari di «*assistenza tutelare alla persona*», considerate dalla Regione Piemonte prestazioni extra-Lea, come dimostrato dalle memorie del ricorso presentato al Consiglio di Stato contro l'ottima sentenza del Tar del Piemonte n. 156/2015, ha affermato: «*Per quanto riguarda il 2015 il settore sanitario ne garantirà il pagamento; nel 2016, raggiungendo l'autonomia dal piano di rientro noi potremo utilizzare il Fondo sanitario per coprire queste spese*». Nonostante questo, la Regione ha mantenuto una posizione di negazione delle esigenze sanitarie e socio-sanitarie, che ha portato alla pessima sentenza del Consiglio di Stato 5538/2015, commentata nell'editoriale di questo numero della rivista, che ha escluso dal diritto esigibile proprio le prestazioni di «*assistenza tutelare alla persona*».

Alle parole dell'Assessore Saitta hanno replicato le associazioni di difesa dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base (alcune delle quali avevano presentato i ricorsi al Tar del Piemonte contro le deliberazioni sulle prestazioni domiciliari): «*Le liste*

di abbandono, così vanno chiamate e non col termine rassicurante di liste di attesa, sono situazioni inaccettabili di fronte ad un diritto forte, che assicura ai malati cronici non autosufficienti le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie codificate e garantiscono quindi percorsi terapeutici che devono essere attuati (senza pretesti di scarsità di risorse o di inesistenti obblighi familiari a curare i malati e posizioni che anzi non tengono in conto le disponibilità delle famiglie che l'intervento del Servizio sanitario nazionale può attivare in modo proficuo)». Al riguardo è stato evidenziato che: «la sentenza del Tar del Piemonte che confermava il diritto esigibile delle prestazioni sociosanitarie domiciliari era stata chiarissima: 'le prestazioni fornite da persone prive di un attestato professionale (e quindi diverse dall'operatore socio-sanitario: ad esempio assistente familiare, badante, familiari medesimi)' sono Lea e il loro costo, nella misura del 50%, 'deve essere posto a carico del Servizio sanitario e non certo accollato al comparto assistenziale'. La scelta, politica e non tecnica, della Regione Piemonte, Giunta Chiamparino, è stata quella di fare ricorso contro queste parole, cioè di considerarle illegittime, sbagliate».

Le motivazioni, che meglio sarebbe chiamare pretesti, per la negazione dei diritti esigibili alle cure socio-sanitarie sono molto spesso di natura economica. La scarsità di risorse, anche in sede giudiziaria, è utilizzata frequentemente – e purtroppo mai accertata o criticamente messa in discussione – come alibi per il mancato adempimento da parte delle istituzioni agli obblighi che la legge impone. Ridurre sprechi e utilizzare in modo più appropriato i percorsi di cura è importante, ma è indispensabile che la politica torni a governare, per stabilire le priorità a cui

destinare tutte le risorse disponibili. Nel suo intervento di apertura il giurista Francesco Pallante, Docente di diritto costituzionale all'Università degli Studi di Torino, ha affermato: «Oggi mi sembra che ci troviamo di fronte a molti indizi per i quali le esigenze finanziarie sono un vincolo non bilanciabile, qualcosa di cui bisogna prendere atto, riducendo le pretese sui diritti. Un esempio deleterio di ciò è il Patto per la salute 2014-2016 nel quale è previsto che tutte le attività dell'area socio sanitaria siano realizzate nel quadro delle risorse messe a disposizione. Che vuol dire: i soldi vengono stabiliti a monte, le prestazioni, quindi i diritti, si adeguano a quella dotazione economica. Idem per la delibera 18/2015 (4) della Regione Piemonte che istituisce un quadro di limitazione delle risorse cui le prestazioni si devono piegare». Come invalidare questa impostazione che, in ultima istanza, mette a rischio tutti i diritti esigibili, senza esclusione? «Dimostrando – sostiene Pallante – che essa è incompatibile con lo stesso dettato costituzionale. In presenza di due principi che entrano in contrasto, nel nostro caso tutela della salute e esigenze di equilibrio di bilancio, ogni principio non può essere schiacciato oltre il suo contenuto minimo essenziale, ovvero non può essere ridotto sotto il contenuto dei Livelli essenziali delle prestazioni, nel nostro caso socio-sanitarie. Se la politica schiaccia oltre quel contenuto minimo le prestazioni che sono diritti esigibili, compie un'operazione non solo illegittima, ma anche contro la Costituzione, rendendo le sue parole un guscio vuoto, lettera morta».

(4) Cfr. l'editoriale "Sulle prossime importantissime decisioni giudiziarie: saranno rispettate le esigenze e i diritti delle persone non autosufficienti o prevarrà l'eugenetica sociale?", *Prospettive assistenziali*, 190, 2015.

IVA: NEL NOSTRO PAESE SONO STATI EVASI 47,5 MILIARDI NEL 2013

Dei 167,6 miliardi di euro di Iva evasa in Europa nel 2013, 47,5 miliardi (cioè il 28%) sono stati evasi in Italia. È inclemente con il nostro Paese lo studio internazionale sull'evasione dell'Imposta del valore aggiunto diffuso dalla Commissione europea. Con un tasso di evasione salito nel 2013 (anno di riferimento dell'analisi) dal 32 al 33,6% l'Italia occupa il poco onorevole quinto posto nella classifica dei maggiori evasori, dietro Romania, Lituania, Slovacchia e Grecia. Gli altri "grandi" d'Europa, i Paesi coi quali siamo abituati a confrontarci da pari a pari, appaiono di un altro pianeta: solo 8,9% il tasso di evasione dell'Iva in Francia, 9,8% quello del Regno Unito, 11,2% in Germania.