

REGIONE PIEMONTE: I TRENTAMILA MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DIMENTICATI DALLA CAMPAGNA ELETTORALE

All'alba delle elezioni regionali del 26 maggio, in Piemonte sono 30mila gli adulti e anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con la malattia di Alzheimer o altre analoghe forme di demenza confinati in crudeli e illegittime «liste di attesa» (al di là del termine, ormai ritrito, si tratta di persone che non ricevono le cure 24 ore su 24 di cui hanno indifferibile bisogno e diritto) nonostante la presa in carico delle loro esigenze socio-sanitarie sia mai legittimamente rimandabile. Il Piano di rientro in sanità della Regione Piemonte, causato dall'illegale trasferimento dalla Sanità ad altri settori di ben 4,3 miliardi di euro, è stato utilizzato per negare o ritardare ancor più le prestazioni domiciliari, l'inserimento nei centri diurni, il ricovero convenzionato in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali.

La questione della sottrazione di risorse alla sanità regionale per finanziare altri capitoli di spesa è stata segnalata dalla Corte dei Conti e riconosciuta, per le precedenti legislature, dall'Assessore al bilancio della Regione, Aldo Reschigna. Tuttavia, nessun candidato in campagna elettorale sembra curarsene: il *mantra* per chi ha amministrato negli ultimi cinque anni la Regione è l'uscita dal piano di rientro (senza metterne minimamente in discussione l'origine e la legittimità); per chi è stato in minoranza la preoccupazione sembra essere quella di interstarsi il punto di avvio del presunto risanamento economico stesso. Si fornisce così l'immagine di una Sanità spendacciona e disorganizzata (in passato creatrice di deficit di bilancio) che sono bastati cinque anni di «buon governo» a risanare. Il quadro così composto non solo è falsamente rassicurante (il debito regionale è stato spalmato su anni, decenni a venire, non è scomparso), ma restituisce l'idea di una Sanità dalla quale è possibile tagliare risorse senza problemi. Non è così. Mentre il sindacato dei Medici Anaa ha affermato in più occasioni che i dati del Parlamento mai hanno fotografato il rosso della sanità piemontese (semmai della Regione *tout court*), è evidente che il Piano di rientro è stato pagato in larghissima parte dai malati non autosufficienti e dalle persone con

disabilità e limitata o nulla autonomia alle quali sono state negate le dovute prestazioni, essenziali per la loro vita. Hanno sopperito le famiglie, impoverendosi. Per i mancati interventi del Servizio sanitario, in Italia, «1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della **povertà a seguito di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria**: ne sono più coinvolte le persone a basso reddito (19%), i non autosufficienti (7,8%)» con la precisazione che «nell'area degli impoveriti della Salute ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio» (1).

Ma anche di questo la campagna elettorale è stata restia, per non dire reticente, a parlare.

Urgentissime iniziative regionali

A fronte di questo allarmante panorama di mancato riconoscimento dei diritti fondamentali ai cittadini più deboli, la Fondazione promozione sociale onlus e il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base hanno sollecitato tutti i candidati alle elezioni regionali piemontesi ad azioni urgenti per:

1. Riconoscere concretamente la priorità delle cure domiciliari ogni volta che vi sia la volontaria disponibilità di familiari idonei ad assumere il ruolo di accuditori direttamente o con l'aiuto di terze persone e non vi siano controindicazioni per il malato cronico/persona con disabilità non autosufficiente. Ciò attraverso alcune tempestive azioni:

- approvare il Regolamento della legge della Regione Piemonte 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti";
- sviluppare l'assistenza domiciliare integrata e programmata e della medicina di gruppo dei Medici di medicina generale;
- riconoscere un contributo forfettario dell'Asl ai familiari (almeno 700-800 euro al mese, contro i 1.300-1.500 euro versati dall'Asl per il ricovero in una Rsa), che direttamente o con l'aiuto di privati assicurano 24 ore su 24, assumendosi

(1) Rapporto Rbm Assicurazione Salute-Censis, 7 giugno 2017.

le relative responsabilità civili e penali, le cure socio-sanitarie ad un parente malato, non autosufficiente e/o con Alzheimer o altre forme di demenza;

2. Garantire il vigente diritto alla continuità terapeutica dei malati non autosufficienti mediante:

- l'emanazione di una circolare che richiami le strutture sanitarie e le case di cura private convenzionate al rispetto delle norme vigenti (legge 833/1978, articolo 54 legge 289/2002 e decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017) secondo le quali compete all'Asl di residenza del paziente e non ai parenti la prosecuzione senza limiti di durata delle cure;

- l'inserimento tempestivo in Rsa i malati anziani non autosufficienti che non hanno bisogno di riabilitazione (costo medio per la sanità 40/45 euro al giorno) al posto dell'invio in Case di cura (costo della degenza 270-160 euro/giorno);

- la revisione delle procedure delle Unità valutarie in modo che le prestazioni socio-sanitarie non siano condizionate dalla presentazione dell'Isee. L'Ordine dei Medici di Torino ha precisato nel 2016: *«Il Servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg, il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti clinici, ma non può negare le cure»*.

3. Approvare provvedimenti che stabiliscano standard adeguati e verificabili del personale delle case di cura convenzionate e delle altre strutture sanitarie preposte al ricovero di persone malate e non autosufficienti, attualmente del tutto assente.

Le negazioni del diritto alla salute delle ultime due Giunte (Cota e Chiamparino)

Per meglio comprendere la lesione diffusissima al diritto alla salute per i malati non autosufficienti portato dalle istituzioni regionali (e l'impegno per riscrivere regole meno tutelanti per tutti i soggetti malati non autosufficienti o colpiti da disabilità e limitata o nulla autonomia)

sembra utile ripercorrere alcuni provvedimenti fondamentali. Uno dei primi della Giunta della Regione Piemonte 2014-2019 fu quello di difendere davanti al Consiglio di Stato le deliberazioni della Giunta Cota che hanno **annullato le prestazioni domiciliari per i malati non autosufficienti**. Erano prestazioni che riconoscevano concretamente, senza vincoli, per TUTTI i malati, le attività di cura prestate da famigliari, parenti e altre persone. Dopo l'intervento della Giunta della Regione Piemonte, i contributi domiciliari vengono erogati in misura molto minore, per una platea residuale di casi, selezionati in base all'Isee.

Da anni, peraltro, le Asl del Piemonte realizzano avanzi di gestione (sono in utile!) ma **niente di quell'utile è stato destinato alla presa in carico dei malati non autosufficienti**; tra i vari obiettivi dei Direttori generali delle Asl stabiliti dalla Regione Piemonte – obiettivi cui è legato fino al 40% del loro stipendio – **nemmeno uno riguarda iniziative per eliminare o almeno ridurre liste di attesa** per le persone malate croniche non autosufficienti; le “liste d'attesa” su cui la Regione (e il Governo) dicono di essere intervenuti non sono quelle che riguardano le persone malate non autosufficienti – **ingresso in Rsa in convenzione o cure domiciliari** – che dipendono in tutto e per tutto dalla verifica quotidiana delle loro condizioni di salute e dalla terapia effettuata, ma sono quelle sulla prenotazione degli esami e delle visite.

Nel 2016 la Giunta della Regione Piemonte, nonostante il divieto inserito nella legge 833/1978, ha inserito il parametro dell'Isee per cui le condizioni socio-economiche del paziente e del suo nucleo familiare sono una **discriminante per l'accesso** alle convenzioni in Rsa e alle prestazioni domiciliari per tutti i malati non autosufficienti. Non basta. La Giunta della Regione Piemonte ha predisposto una bozza di legge per legalizzare **l'esclusione dei malati dalle prestazioni sanitarie in base al reddito** e alle condizioni sociali, creando un settore staccato da quello sanitario e un sistema di finanziamento delle prestazioni non obbligatorio, riducibile fino a zero. Contro l'ipotesi di questo provvedimento si sono pronunciati con atto ufficiale 11 Consigli comunali: Candiolo, Gassino T.se, Leinì, Nichelino, None, San Mauro, Trana, Vinovo, Dronero (Cn), Bra (Cn), Trino vercellese (Vc).

Sul progetto del Parco della Salute (abbandono del polo ospedaliero più grande d'Europa per la costruzione ex novo di una struttura molto più piccola, destinata all'acuzie e alla ricerca), l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino è intervenuto con un documento ufficiale sulla evidenziando le **enormi criticità dell'opera**. Partnership pubblico privata (già fallimentare in tutte le altre esperienze italiane ed europee) sbilanciata a favore del privato (3 a 1), che in cambio delle risorse impiegate per la costruzione, vorrà gestire servizi remunerativi dell'ospedale (ambulatori e pronto soccorso?); drastica diminuzione (dimezzamento!) dei posti letto, senza alternative credibili sul territorio; espulsione dal nuovo Parco (e quindi anche dalle discipline di studio dei nuovi medici) di tutto quanto riguarda la cronicità e la non autosufficienza.

Infine va rilevato che la Regione Piemonte ha autorizzato la costruzione di **nuovi Istituti** (ad esempio a Moncalieri, 30 persone con disabilità nello stesso stabile), in violazione delle più elementari condizioni di dignità delle persone con disabilità e della legge 112/2016, nonostante le negative esperienze delle strutture residenziali aventi più di 8-10 posti.

Recuperare risorse

La Giunta della Regione mai ha assunto iniziative per ottenere il rimborso delle spese vive sostenute per le prestazioni di emergenza e curative di persone rese inferme per colpa grave accertata dal Giudice di enti (vedi Thyssen ed Eternit) e di persone, inoltre non risultano controlli sulla qualità delle prestazioni delle case di cura private, che ricevono ogni anno milioni di euro.

Le rette delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, pagate dalla Regione Piemonte anche per 50 infermi, sono superiori anche del 20% agli importi versati alle stese strutture dal privato per un solo posto letto.

La relazione del Difensore Civico

A conferma della situazione piemontese di negazione dei diritti fondamentali, in particolar modo del diritto alle cure sanitarie e alla tutela della salute, nei confronti di malati non autosufficienti e persone con disabilità con limitata o nulla autonomia, riportiamo ampi stralci della "Relazione annuale del Difensore Civico della

Regione Piemonte", che ha dedicato buona parte del documento alla questione (2). «Per quanto concerne lo scorso anno 2018, occorre evidenziare, in continuità con quanto rappresentato nelle precedenti Relazioni annuali, la persistente rilevanza di specifiche questioni in materia sanitaria e socio-sanitaria, desumibili dalle segnalazioni pervenute al Difensore civico da cittadini, Associazioni e Comitati.

In specie, sono pervenute a questo Ufficio un numero considerevole di richieste di intervento relative a situazioni conflittuali nei rapporti tra cittadini ed Amministrazioni di strutture sanitarie e socio-sanitarie, in relazione a lettere di "opposizioni alle dimissioni" dalle predette strutture, formulate per lo più da familiari di pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizioni di "non autosufficienza", ivi ricoverati a fini di assistenza sanitaria ospedaliera, di riabilitazione, lungodegenza o continuità assistenziale a valenza sanitaria. A tali questioni, connesse ad "opposizioni alle dimissioni" presentate in ragione di persistenti o aggravate condizioni di "non autosufficienza" di pazienti anziani, ha fatto seguito un incremento di casi prospettati al Difensore civico, relativi a richieste di pagamento di rette di ricovero formulate da Amministrazioni di Case di cura private accreditate nei confronti di tali tipologie di pazienti. Richieste di pagamento motivate in relazione al decorso (a seguito della vicenda oppositiva) del valore soglia di durata previsto per ricoveri post acuzie a totale carico del Servizio Sanitario. Tali problematiche, che, come sopra precisato, hanno formato oggetto della maggior quota delle richieste d'intervento pervenute a questo Ufficio nell'anno 2018, costituiscono peraltro solamente uno, seppur rilevante, dei nodi critici evidenziati dai cittadini e relativi alla "presa in carico" di persone in condizione di "non autosufficienza", in specie anziane o affette da disabilità, da parte delle strutture pubbliche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali). Sono, infatti, altresì pervenute specifiche segnalazioni e reclami che hanno, tra l'altro, evidenziato:

- la carente informazione in ordine a compiti, modi e tempi di attivazione delle previste Commissioni multidisciplinari (Uvg, Uva, Umvd) per quanto attiene alla valutazione, ovvero riva-

(2) Cfr. anche l'articolo "Comunicazione del Difensore Civico Regionale del Piemonte: rilievi critici sulla normativa regionale", *Prospettive assistenziali*, 204, 2019.

lutazione delle condizioni di “non autosufficienza” di anziani e disabili (peraltro indirettamente confermata da riscontri pervenuti dalle competenti Asl in ordine a lettere di “opposizione alle dimissioni”);

- la progressiva dilatazione dei tempi necessari per l'attivazione di prestazioni domiciliari o semi-residenziali, residenziali a favore di anziani non autosufficienti ovvero disabili, con conseguenti liste di attesa;

- le richieste formulate da gestori di strutture residenziali nei confronti di parenti, congiunti, tutori, amministratori di sostegno di anziani “non autosufficienti” ivi ricoverati, di sottoscrivere “contratti di ospitalità”, comunque denominati».

(...) Il Consiglio regionale del Piemonte con la recente legge 17 dicembre 2018 n.19 (articolo 153, comma 1) ha affidato al Difensore civico “la funzione di Garante per il diritto alla salute”.

Con tale disposizione, specificando testualmente che, nell'esercizio di tale funzione, il Difensore civico “è chiamato a verificare che venga soddisfatto dall'Amministrazione l'interesse alla qualità, all'efficienza e al buon funzionamento dei servizi apprestati dal sistema sanitario regionale, ivi compresi quelli erogati da privati in regime di convenzione. Il Difensore civico può altresì intervenire, con le modalità e i poteri disciplinati dalla legge, a tutela dei diritti, di aspettative o di interessi legittimi in materia sanitaria o socio-sanitaria qualora un atto o un provvedimento dell'Amministrazione neghi o limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria o socio sanitaria”.

Ora, alla luce di tali rinnovati compiti attribuiti a questo Ufficio e tenuto conto della ingravescente rilevanza di specifiche questioni in materia sanitaria e socio-sanitaria riguardanti pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizione di accertata o affermata “non autosufficienza”, quali sopra evidenziate, lo scrivente Difensore civico in data 19 dicembre 2018 ha inviato una Relazione straordinaria (ex articolo 8, comma 3 della legge regionale 50/1981) ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale del Piemonte, all'Assessore regionale alla Sanità ed ai Direttori generali delle Asl piemontesi.

In tal modo, intendendo dare nuovo impulso all'attività da lungo tempo svolta dalla Difesa civica regionale in ordine a tale ambito di problematicità, allo scopo di ottenere concrete e significative risposte da tutti gli attori del sistema

sanitario regionale, nel segno di un fattivo approccio volto alla risoluzione delle predette annose questioni.

Concretamente, la Relazione ha riguardato i seguenti punti, dei quali si riporta lo sviluppo dei relativi approfondimenti:

- le criticità nella presa in carico degli anziani non autosufficienti connesse ai profili problematici riguardanti la coerenza delle vigenti normative regionali con la normativa nazionale sui Lea;

- le omesse decisioni da parte dei Direttori generali delle Asl sulla dimissibilità dei pazienti, a fronte dei ricorsi gerarchici formulati mediante lettere di “opposizioni alle dimissioni” riferite a pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizioni di “non autosufficienza”, ricoverati in strutture sanitarie e socio-sanitarie; le conseguenze del superamento del valore soglia di durata per il ricovero in Case di cura private convenzionate ai fini di continuità assistenziale post acuzie conseguente ad “opposizioni alle dimissioni”.

(...)

Il Difensore Civico ricorda che nel contesto dei Livelli essenziali di assistenza – Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (3), reso cogente dall'articolo 54 della legge 289/2002) «la Regione Piemonte aveva delineato, con la DGR. 20 dicembre 2004 n.72-14420, un “Percorso di Continuità per anziani ultrasessantacinquenni o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente” che prevedeva, al termine di un periodo di ricovero della durata prefissata di 60 giorni (con spese a totale carico del S.S.R.), “ove necessari” una possibile continuità dello stesso, “attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali:

- Cure Domiciliari in Lungoassistenza
- Interventi economici a sostegno della domiciliarità
- Semiresidenzialità
- Residenzialità”.

Quanto sopra, espressamente affermando che “il percorso deve essere appropriato rispetto ai bisogni identificati, prevedendo il ricorso ad uno o più tipi di intervento nel tempo, fra loro

(3) Il Presidente del Consiglio dei Ministri ha emanato in materia il nuovo decreto del 12 gennaio 2017.

articolati, nell'ottica di ottenere il massimo del recupero possibile dopo la perdita funzionale derivante da malattia acuta, rallentare il peggioramento della disabilità e della progressione della malattia cronica, mantenere significative relazioni interpersonali per evitare isolamento ed emarginazione”.

Le ragioni della scelta di assicurare un Percorso di Continuità per anziani ultrasessantacinquenni apparivano pacificamente ascrivibili alla volontà di ottemperare alle previsioni del diritto sanitario nazionale, realizzando dunque un primo, pur se ancora incompleto, approccio ai principi della “long term care”, ispirata ad interventi di presa in carico parametrati non soltanto sulla malattia acuta ma altresì sulla progressione della malattia cronica e della disabilità.

L'evoluzione della normativa regionale in funzione dei principi della “long term care” modulati sugli effettivi bisogni di cura dei non autosufficienti e sulla loro progressione temporale, aveva poi trovato piena conferma con l'approvazione della Legge regionale 10/2010, intitolata Servizi domiciliari per persone non autosufficienti. Promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei non autosufficienti, prevenire l'aggravamento delle patologie, operare per evitare ricoveri impropri e privilegiare le cure domiciliari: queste le promesse e gli impegni assunti con quel valoroso provvedimento normativo, purtroppo disapplicato.

A contraddirle in radice, ponendosi, a parere di chi scrive, in contrasto con le indicazioni della normativa nazionale sui Lea fu, per prima, la delibera di Giunta regionale 45-4248 del 30 luglio 2012 formulata allo scopo di disegnare un nuovo modello di assistenza residenziale e semi residenziale per gli anziani non autosufficienti. In essa, infatti, si legittimava espressamente il ricorso alle liste di attesa nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal Progetto individualizzato del paziente non fossero immediatamente disponibili».

Il Difensore Civico osserva: «L'individuazione di “una griglia temporale per l'accesso appropriato alle prestazioni di assistenza residenziale, da fornire al cittadino a seguito della presa in carico nel rispetto di precise classi di priorità, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale” [contenuta nelle disposizioni regionali ancora oggi in vigore (4), ndr] realizzava infatti un artificio espressivo volto a velare

l'effettivo obiettivo perseguito dal provvedimento che era quello di confermare l'adozione del sistema delle liste di attesa nell'accesso alla residenzialità.

Non solo: il criterio di commisurazione delle priorità sulla scorta dell'attribuzione di una pari dignità valutativa agli indicatori clinici ed a quelli sociali ha, nei fatti, subordinato la fruizione della quota sanitaria riferita al ricovero dell'anziano non autosufficiente ad una situazione di “bisogno sociale” anziché ad una situazione di “bisogno sanitario” che è, invece, quella presa in considerazione dal Legislatore statale all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

Che a risultare decisiva sia situazione economica e familiare del paziente è ancor più evidente se ci si riferisce all'ipotesi della differibilità, espressione che, deprivata di ogni velo di ipocrisia, equivale a rifiuto della presa in carico».

In conclusione, al punto 3.1.1.4 della Relazione il Difensore civico raccomanda: «Sulla scorta della disamina fin qui esposta, il Difensore civico mediante la menzionata Relazione del 19 dicembre 2018 (5) ha formulato le seguenti Raccomandazioni:

1) alla Giunta regionale, di provvedere alla revisione della delibera di giunta regionale 25 giugno 2013, n.14- 5999 per adeguarla alle previsioni dei Lea, in un contesto di revisione sistemica della normativa regolamentare regionale in materia, attuativa della novellata disciplina delle prestazioni e dei servizi essenziali che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017);

2) ai Direttori Generali della Asl regionali che ricevano da pazienti ricoverati o da loro familiari ricorsi finalizzati ad opporsi alle dimissioni da luoghi di cura, di provvedere alla rivalutazione delle situazioni cliniche di costoro ed alla decisione in ordine alla dimissibilità;

3) infine alla Direzione Sanità della Regione Piemonte, di predisporre, nel rispetto delle indicazioni che si sono fornite nel presente elaborato, una nota indirizzata ai Responsabili delle Strutture sanitarie del Piemonte che illustri come, allorquando si sia omesso di eseguire il provvedimento di dimissioni, non sia configurabile alcun addebito a carico dei pazienti».

(4) Delibere di Giunta Regionale n. 45/2012, 14 e 85/2013.

(5) Cfr. nota 1.