

MALATI NON AUTOSUFFICIENTI, TRA DIRITTI SANCITI E LEGGI VIOLATE. FACCIAMO IL PUNTO PER RIPARTIRE CON PARLAMENTO, GOVERNO E REGIONI

Negli ultimi quarant'anni nel settore dei malati acuti non vi sono state sostanziali modifiche ai basilari principi della legge 833/1978: universalità del diritto alle cure e alla tutela della salute, divieto di vincolare l'accesso alle cure a condizioni patrimoniali/reddituali e sociali in genere, gratuità degli interventi salvo il pagamento di ticket il cui importo è irrisorio rispetto al costo complessivo della prestazione sostenuto dal Servizio sanitario nazionale.

Al contrario, numerosi e sempre più lontani dai diritti dei malati, sanciti dalla stessa legge 833/1978, sono stati i provvedimenti legislativi, e soprattutto quelli amministrativi, che gradualmente ma implacabilmente hanno creato il settore socio-sanitario, per molti e fondamentali aspetti separato dal Servizio sanitario nazionale universalistico, caratterizzato da un'impostazione privatistica (che vede il malato come cliente e non come utente e nel quale i rapporti tra paziente e struttura curante si regolano con contratti privati) da vincoli all'accesso (sulla base di valutazioni sociali/economiche in assoluto contrasto con la norma del 1978) e dalla compartecipazione ai costi della prestazione, in molti casi anche nella misura di più del 50 per cento del totale.

Oltre a rappresentare una trasformazione epocale a danno delle tutele dei malati – in particolare dei più deboli fra di essi – senza un dibattito politico e parlamentare, né l'approvazione di una legge, l'istituzione di un settore socio-sanitario con minori tutele è fondato sulla falsa argomentazione che i malati cronici non autosufficienti sono «*particolari categorie di soggetti i cui bisogni intercettano forme di assistenza riconducibili tanto all'area sanitaria che a quella propria dei servizi sociali, soggette in astratto (...) a regimi differenziati e, rispetto alle quali, in presenza di determinati presupposti, è stata del tutto condivisibilmente prevista un'erogazione congiunta*» (1). Tale impostazione ha di

fatto annullato l'esigibilità del diritto (tipica del settore sanitario) facendola slittare nella discrezionalità d'intervento dell'assistenza (vincolata a parametri socio-economici dell'utente).

Tuttavia, la classificazione dei non autosufficienti come non-malati è falsificata dalla realtà dei fatti. I malati cronici non autosufficienti sono malati che hanno esigenze sanitarie indifferibili (cioè, la cui risposta terapeutica non può mai essere rinviata) e, in un grande numero di casi, anche necessitanti di prestazioni prevalentemente sanitarie, che possono essere assicurate solo direttamente o sotto la stretta supervisione di personale medico, infermieristico, in generale clinico. Si tratta in questi casi di malati che necessitano di prestazioni assimilabili – in certi casi anche superiori – a quelle che i malati acuti ricevono in ospedale, quindi totalmente a carico del Servizio sanitario.

Quanto alle «*forme di assistenza riconducibili prestazioni sociali*», ammesso che qualcuno – e finora non è stato così – riesca a definire in concreto tali fantomatiche *forme* e le relative *prestazioni*, va operata una distinzione, che i teorici del settore socio-sanitario e dell'integrazione socio-sanitaria non a caso non riconoscono.

La parola "assistenza" individua con precisione una competenza dello Stato sancita dalla Costituzione all'articolo 38, che deve essere attivata in presenza di ogni cittadino «*inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere*» che «*ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*». La platea dei beneficiari è quindi «*selezionata*» in base a criteri economici e di condizione personale/famigliare. Nulla a che vedere con l'universalismo del Servizio sanitario (articolo 32 della Costituzione «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*»).

Il "sociale" è invece, se declinato e inteso come criterio per l'attuazione di iniziative umanizzanti, relazionali e comunitarie, da adattare

(1) Si tratta di un passo della sentenza del Consiglio di Stato 1858/2019 che ha confermato le disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (cosiddetti Nuovi Lea), istitutivi di un settore socio-sanitario di fatto scorporato dal Servizio sanitario nazionale. Cfr. "Un'altra devastante e

anticostituzionale sentenza del Consiglio di Stato: confinati nei "cronicari" i malati giovani, adulti e anziani non autosufficienti. Occorrono iniziative forti e urgenti per contrastare questa crudele prassi di eugenetica sociale", Prospettive assistenziali 206, 2019.

alle particolari situazioni personali e famigliari degli utenti, e definisce un approccio di fondamentale importanza per tutti i cittadini, nonché componente indispensabile ed utilissima non solo per il settore sanitario, ma anche per le funzioni di interesse collettivo (scuola, casa, trasporti, formazione professionale, attività dirette all'inserimento lavorativo, cultura, sport, tempo libero, ecc.)

Diritti violati. Le violazioni più significative del diritto alla cura hanno riguardato gli anziani malati cronici non autosufficienti: emblema ne è il decreto (amministrativo!) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, in base al quale tutte le persone (giovani, adulte o anziane) non autosufficienti sono confinati in una sanità di serie B, spesso con obbligo di compartecipazione economica e con pesanti vincoli extrasanitari (sociali, economici...) all'accesso.

Le principali discriminazioni subite dai malati cronici non autosufficienti sono: accesso alle prestazioni sanitarie bloccate anche per lunghi periodi (a volte più anni) dai punteggi delle Unità valutative che, oltre ad essere discrezionali, non tengono mai conto delle loro indifferibili esigenze e che assegnano (cfr. le delibere della Regione Piemonte in materia di prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali) il 50% dei punteggi alle condizioni socio-economiche nonostante sia vietato dalle norme vigenti che assicurano l'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario indipendentemente dalla situazione economica e sociale del paziente; dimissioni al termine degli eventi acuti, senza alcuna assicurazione di continuità terapeutica e cioè di ottenere dall'Asl prestazioni domiciliari quando praticabili oppure il ricovero in una struttura residenziale convenzionata; l'obbligo della sottoscrizione da parte dei congiunti di contratti di cosiddetta "ospitalità" per l'accesso alle Rsa – Residenze sanitarie assistenziali contenenti spesso condizioni vessatorie (ad esempio il versamento della cauzione anche da parte di infermi indigenti, obbligo dell'accettazione delle dimissioni su istanza insindacabile del gestore della struttura, pagamento del 50% della retta non solo sulla base delle risorse dell'infermo ma, nel caso di sua impossibilità, anche a spese del coniuge e dei figli conviventi e di quelli non conviventi anche se residenti all'estero, ecc.).

Le principali violazioni delle norme vigenti in materia di prestazioni sanitarie per i malati cronici non autosufficienti, fenomeno diffuso in tutto il Paese, sono il risultato concreto di una selezione tra i malati crudele e illegittima, perché contro le leggi vigenti e i principi ispiratori del Servizio sanitario. Vera e propria eugenetica sociale che separa coloro che sono degni di essere curati da coloro che non lo sono, tale impostazione – gravissima dal punto della violazione della legge, inumana da quello sociale – è contraria alle norme che tutelano, a partire dalla Costituzione, i malati cronici non autosufficienti, con particolare riguardo alla popolazione anziana, compresi i malati di Alzheimer o colpiti da altre forme di demenza.

Pertanto, nel portare alla luce le diffusissime violazioni di legge a danno dei malati non autosufficienti, nonché dei principi fondanti del Servizio sanitario universalistico che invece li tutela, si ritiene qui opportuno indicare proposte concrete che, nel rispetto delle leggi vigenti, potrebbero essere assunte dal Ministero della Sanità per ripristinare il diritto alle cure e garantire l'effettiva assicurazione, anche ai malati non autosufficienti, delle tutele e delle prestazioni del Servizio sanitario senza limiti di durata.

PRINCIPI DA CUI RIPARTIRE

Il malato cronico non autosufficiente è una persona malata. Primo passo per affrontare la questione è quello di inquadrare correttamente i malati non autosufficienti come persone affette da patologie che hanno determinato la perdita della loro autonomia (spesso anche della capacità di manifestare la propria volontà) e che hanno necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili. Ricordiamo che il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia ha confermato: «*Gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*» (2) e per tali ragioni, com'è stato riconosciuto dalle società di geriatria pie-

(2) Definizione dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino, documento del 6 luglio 2015.

montesi, hanno «una elevata necessità di: prestazioni sanitarie (farmaci, esami, ricoveri in ospedale) per la presenza di problematiche cliniche che spesso producono scompensi a cascata, e che necessitano di ricoveri ospedalieri ripetuti» e di «prestazioni socio-sanitarie, quali contributi economici alle famiglie per la gestione a domicilio, il ricovero in Rsa o l'accesso ai centri diurni, prestazioni che sono parte integrante del processo di cura e che necessitano di risorse economiche dedicate» (3).

È incontestabile che tutti i malati non autosufficienti sono persone destinate, senza alcuna eccezione, a morire nel giro di 5-6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di ottenere le prestazioni occorrenti per la massima riduzione possibile delle sofferenze, per prevenire malattie e ulteriori disabilità, per acquisire o conservare la maggiore autonomia possibile, di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali e indifferibili esigenze.

I congiunti non hanno obblighi di cura. L'obbligo del Servizio sanitario di assicurare concretamente le prestazioni di tutela della salute e cura della patologia al malato non autosufficiente è, come abbiamo visto e vedremo, definito dalla legge. Da tale obbligo giuridico sono invece completamente svincolati i familiari del malato poiché mai il Parlamento ha approvato norme che trasferiscono a carico dei congiunti gli obblighi spettanti per legge al Servizio

(3) Documento del 17 aprile 2018 inviato alla Giunta regionale del Piemonte in relazione al Piano per la cronicità dal gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Giancarlo Isaia (Direttore Struttura Complessa geriatria, Città della salute e della scienza di Torino) e sottoscritto dai presidenti regionali della Sigg, dell'Aip, della Sigot e dell'Age.

sanitario nazionale: l'articolo 23 della Costituzione stabilisce perentoriamente che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge». Ne consegue che è falso affermare che i familiari devono farsi carico di un loro familiare malato e non autosufficiente. Altra cosa è il sostegno morale e materiale che essi possono volontariamente garantire compatibilmente con i loro impegni familiari e di lavoro, una questione privata sulla quale dev'essere conservata la massima libertà del singolo senza intromissioni (spesso vessazioni) delle istituzioni.

Le norme vigenti sono chiare ed efficaci.

Quali sono allora le leggi che tutelano la salute anche dei malati non autosufficienti e obbligano il Servizio sanitario a dare risposte al loro indifferibile bisogno di cure? Come più volte ricordato su questa rivista, secondo l'articolo 2 della legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e, in base all'articolo 1 della medesima legge, deve operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio». Si tratta di norme fondamentali che discendono dall'articolo 32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (4).

AZIONI DA INTRAPRENDERE

Rilanciare la priorità delle prestazioni domiciliari. Nonostante i numerosi ripetuti tentativi, fra i quali la predisposizione di una Petizione popolare nazionale sottoscritta da oltre 24mila cittadini elettori (5), finora, come ricordato, il nostro Parlamento non ha approvato norme dirette al riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari nei casi in cui i congiunti o terze persone siano **volontariamente** disponibili a garantire una presenza attiva alle

(4) Per una esaustiva trattazione del diritto costituzionale alla salute per tutti i cittadini, si veda l'allegato A a questo articolo del prof. Francesco Pallante – Università degli Studi di Torino.

(5) Cfr. «Una petizione popolare nazionale per l'effettivo riconoscimento del diritto prioritario delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari», *Prospettive assistenziali*, 181, 2013.

persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie gravemente invalidanti, nonché ai cittadini colpiti da disabilità e con autonomia limitatissima o nulla.

Le prestazioni domiciliari dovrebbero essere considerate prioritarie dal Servizio sanitario qualora esse possano essere assicurate dal medico di medicina generale dell'infermo e dall'accuditore domiciliare (parente o amico dell'infermo, in prima persona o tramite terzi) del quale il medico stesso abbia riconosciuto la validità e l'assenza di controindicazioni. Tale accuditore domiciliare (termine che preferiamo all'inglese *caregiver*) si impegna direttamente o tramite altre persone di sua scelta a garantire 24 ore su 24 una presenza attiva volta ad assicurare all'infermo gli interventi necessari, nonché provvedere alle eventuali emergenze, richiedendo se occorre l'intervento di relativi servizi delle Asl. All'infermo non autosufficiente o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, l'Asl di competenza in base alla residenza dell'infermo dovrebbe erogare un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche.

Intervenire per contrastare le preoccupanti conseguenze dei nuovi Lea: colpiti tutti i malati cronici, di ogni età, che diventano non autosufficienti. L'attuale allarmante situazione, che colpisce i sopra citati nostri concittadini non autosufficienti, gli ultimi degli ultimi in quanto impossibilitati ad autodifendersi a causa dell'estrema gravità delle loro condizioni di salute, è destinata ad aggravarsi ulteriormente a seguito dei nuovi Lea, definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che – incredibile ma vero – pur essendo un atto meramente amministrativo, modifica sostanzialmente l'articolo 54 della vigente legge 289/2002 che aveva reso cogenti i primi Livelli essenziali (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001). Infatti, come già asserito, i nuovi Lea estendono a tutti gli infermi non autosufficienti (e addirittura anche ai minorenni) i sopra citati vincoli per l'accesso alle prestazioni e, in numerosi casi, anche l'articolazione relativa alla contribuzione degli utenti e dei

congiunti alle prestazioni. La Fondazione promozione sociale onlus segue sempre (con esito positivo, contrastando minacce e paventate lesioni del diritto alla cura) numerose situazioni che riguardano pazienti adulti, per esempio R.O. investita con il marito in provincia di Bergamo, che dopo alcuni giorni di ospedale (anche in terapia intensiva) veniva trasferita in una Casa di cura (degenza pagata interamente dall'Azienda sanitaria locale) e poi, una volta trascorsi sessanta giorni minacciata di essere dimessa per «*fine del percorso sanitario*», nonostante avesse ancora esigenze di alto livello e non fosse in ogni caso autosufficiente (6).

È assai allarmante che anche i nuovi Lea contengano norme di estrema importanza per gli infermi non autosufficienti che sono nettamente contrastanti con le valide disposizioni della legge 833/1978, in particolare per i sopra citati articoli 1 e 2. In particolare preoccupa che:

a) nonostante l'indifferibilità delle vitali esigenze sanitarie, l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie è consentito esclusivamente dopo il lungo percorso imposto per la certificazione delle Unità valutative: dichiarazione del proprio medico di famiglia, presentazione dell'istanza, visita collegiale in genere dopo 60-90 giorni, nessuna precisazione circa la data di inizio della degenza (a volte trascorre anche più di un anno), valutazione (v. Piemonte) delle condizioni sanitarie nella misura del 50% del punteggio complessivo e del 50% per le condizioni socio-economiche anche se vietate dal citato articolo 1 della legge 833/1978 (7).

(6) Oltre alle leggi sopra citate, la pressione per le dimissioni è illegittima anche alla luce della sentenza n. 1858/2019 nella quale il Consiglio di Stato ha precisato che: «*la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni*» dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza" riguardanti la cura e il recupero funzionale delle persone non autosufficienti «*non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione "di norma", dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito [rectius, dell'infermo] e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale*» con la precisazione che «*ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale*».

(7) Ricordiamo che, in base alle leggi vigenti, è sempre praticabile per i malati non autosufficienti l'accesso alle cure sanitarie attraverso il pronto soccorso e, una volta ottenuto il ricovero, è possibile opporsi alle dimissioni e richiedere la continuità terapeutica fino ad ottenere dall'Asl di residenza le prestazioni domiciliari o residenziali di cui necessita l'infermo. Si veda il fac-simile della

b) suddivisione dei trattamenti sanitari (mai previsti per gli infermi acuti) come se le esigenze fossero standardizzabili. Ad esempio l'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 stabilisce che «*i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che pur presentando particolari criticità e sintomi complessi*» abbiano una durata «*di norma non superiore a sessanta giorni*» e siano a totale carico della Sanità, mentre i «*trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale*», la cui durata è indeterminata sono a carico del Servizio sanitario solamente nella misura del 50%. Di qui l'approvazione di provvedimenti da parte di Regioni (ad esempio l'Umbria) per trasferire gli infermi non autosufficienti dalle strutture con totali oneri a carico della Sanità al termine dei 60 giorni.

c) analoghe le norme dei Lea per le persone con disturbi mentali e per le persone con disabilità con limitata o nulla autonomia, mentre per gli altri infermi malati cronici acuti continua correttamente ad essere applicabile il già ricordato articolo 2 della legge 833/1978 secondo cui il Servizio sanitario deve assicurare «*la diagnosi e al cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*»!

d) i malati non autosufficienti ricoverati nelle Rsa devono sostenere in proprio, in base ai Lea, almeno il 50% del costo della retta di ricovero (a volte di molto superiore: vedi Regione Lombardia) benché, tutte le prestazioni socio-sanitarie fornite ai malati non autosufficienti ricoverati nelle Rsa, **nessuna esclusa**, siano identiche a quelle praticate anche negli ospedali e nelle case di cura. Finora nessuno è riuscito ad individuare una prestazione fornita dalle Rsa di natura socio-assistenziale non erogata anche dagli ospedali.

LE REGIONI E LE CONSEGUENZE DEL DIRITTO NEGATO

Anziani malati cronici non autosufficienti trattati come casi di assistenza sociale. In base a quanto emerge dall'attività di tutela dei

lettera di "Opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura convenzionate e richiesta della continuità terapeutica assicurata dalle leggi vigenti" disponibile sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

casi individuali della Fondazione promozione sociale onlus (circa un migliaio all'anno; almeno 10mila dall'avvio dell'attività di difesa) risulta che, nel nostro Paese, le Regioni:

- considerano gli anziani malati non autosufficienti persone che hanno solo necessità "assistenziali";

- conseguentemente hanno approvato leggi e delibere che si fondano sui criteri del settore socio-assistenziale;

- in alcuni casi hanno approvato leggi regionali per istituire il settore socio-sanitario separato dalla sanità (ad esempio la Regione Lombardia);

- al settore socio-assistenziale il cittadino (benché malato e non autosufficiente) accede sulla base di criteri socio-economici (Isee) e compatibilmente con le risorse disponibili dell'Ente locale;

- l'esclusione dal settore sanitario comporta che, al termine del percorso di cura ospedaliero e di post-acuzie sia scaricato sulla famiglia l'onere di farsi carico del congiunto anziano malato non autosufficiente e di provvedere alle sue esigenze, che sono indifferibili altrimenti muore, assumendo in proprio costi e responsabilità anche sul piano penale nel caso del domicilio.

La maggioranza dei malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer e altre forme di demenza, sono pertanto esclusi dal diritto esigibile alle cure socio-sanitarie e sono inseriti in liste d'attesa in cui sono spesso "dimenticati", anche per anni. Si vedano gli esempi delle Regioni Lombardia, Umbria e Veneto allegati. Il mancato riconoscimento dello *status* di malati, che li fa passare per "assistiti" e li esclude dal diritto all'accesso alla prestazione socio-sanitaria Lea in convenzione con il Servizio sanitario, ha ricadute pesantissime:

- per i malati cronici non autosufficienti, perché non ricevono in tempo reale le prestazioni indispensabili e hanno un'alta probabilità di finire in strutture che sono economiche ma con standard inadeguati (pensioni abusive);

- perché è tra le principali cause di impoverimento dei nuclei familiari che si fanno carico in proprio delle cure di un congiunto malato cronico non autosufficiente con ricadute sull'economia del Paese: una famiglia che deve sostenere privatamente 1.500-2.000 euro al mese per un'assistente familiare o 3.000-3.500 euro per il

ricovero in una Rsa riduce ovviamente i consumi e sovente è costretta a vendere l'abitazione oltre ad esaurire i risparmi compromettendo anche le generazioni future;

- perché l'accesso negato ai Servizi socio-sanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali induce ad un utilizzo non appropriato delle strutture sanitarie ospedaliere (a cui si ricorre attraverso il Pronto soccorso) con maggiori costi per la Sanità pubblica determinati da un aumento del ricovero nelle strutture sanitarie di lunga degenza.

Al momento non risultano iniziative assunte a livello nazionale per il monitoraggio delle liste d'attesa dei malati cronici non autosufficienti, che hanno chiesto e ottenuto il riconoscimento del diritto alle prestazioni domiciliari, al centro diurno o al ricovero in Rsa dalle unità di valutazione multidisciplinari delle Asl, premessa indispensabile per stabilire un crono programma per affrontare la situazione.

Per ripartire con il Parlamento, il Governo e le Regioni invitiamo i lettori a prendere visione del successivo allegato B.

Per tutelare i casi individuali e ottenere il diritto esigibile alla prosecuzione delle cure dopo il ricovero in ospedale o in una casa di cura di lungodegenza, si veda invece la storia della Signora D. che pubblichiamo in questo numero della rivista.

* * *

ALLEGATO A

APPUNTO SUL DIRITTO COSTITUZIONALE ALLA SALUTE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

FRANCESCO PALLANTE (1)

Il diritto alla salute è l'unico espressamente qualificato dalla Costituzione come «*fondamentale*» (articolo 32, comma 1). Se ne comprende facilmente la ragione: la salute è preconditione necessaria al godimento di tutti gli altri diritti costituzionali.

La legge n. 833 del 1978 affida al Servizio sanitario nazionale il compito di tutelare la salute (articolo 1, comma 1), stabilendo che tale compito:

a) sia da realizzarsi tramite la «*promozione*», il «*mantenimento*» e il «*recupero*» «*della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» (articolo 1, comma 3). A tal fine, è previsto che il Servizio sanitario nazionale si faccia carico, tra l'altro, della «*diagnosi e [...] cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2, comma 1, n. 3);

b) compete «*allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali*» (articolo 1, comma 3), che operano tramite diversi enti di gestione.

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale grava essenzialmente sulla fiscalità generale, che – al fine di realizzare i «*doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale*» sanciti dall'articolo 2 della Costituzione e di ottemperare al principio di uguaglianza in senso sostanziale sancito dall'articolo 3, comma 2 della Costituzione – è «*informat[a] a criteri di progressività*» (articolo 53, comma 2).

L'eventuale carenza di finanziamento non giustifica la mancata attuazione, anche parziale, del diritto alla salute, ma vincola il legislatore a redistribuire il complesso delle risorse pubbliche disponibili in modo tale da assicurare, quantomeno, l'attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto. Come si legge nella sentenza n. 1592 del 2018, pronunciata dal Tribunale di Torino, «*la vera questione non è la limitatezza delle risorse (innegabile e scontata) quanto piuttosto l'allocazione delle stesse, poiché è chiaro che le risorse disponibili sono suscettibili di diversa ripartizione che riflette le (legittime, purché rispettose del perimetro costituzionale) scelte politiche del legislatore*».

Due precisazioni paiono, in proposito, opportune.

La prima precisazione è la seguente: il contenuto minimo essenziale del diritto alla salute è concettualmente altro rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto alla salute (livelli sanciti dalla disciplina sui Lea). Il contenuto minimo essenziale è un riferimento, per così dire, oggettivo: è il livello minimo di attuazione del diritto alla salute andando al di sotto del quale il diritto stesso risulta violato. I livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto alla salute sono la misura di attuazione del diritto

(1) Professore associato di Diritto costituzionale dell'Università degli Studi di Torino.

alla salute, per così dire, soggettiva, fissata dal legislatore. Le due nozioni possono corrispondere, ma potrebbe anche accadere che i livelli fissati dal legislatore prevedano prestazioni ulteriori o inferiori rispetto al contenuto minimo. Nel primo caso – prestazioni ulteriori – si tratterebbe di una scelta discrezionale del legislatore. Nel secondo caso – prestazioni inferiori – si tratterebbe di una scelta illegittima del legislatore, lesiva del diritto alla salute. Il che significa, detto altrimenti, che gli atti normativi con cui sono stabiliti i livelli essenziali delle prestazioni inerenti al diritto alla salute sono sempre suscettibili di controllo giurisdizionale e annullabili se lesivi del contenuto minimo essenziale del diritto alla salute.

La seconda precisazione è la seguente: il diritto alla salute – al pari di tutti i diritti costituzionali – ha preminenza logico-giuridica sulle esigenze di bilancio. Come scritto nella sentenza n. 275 del 2016 della Corte costituzionale, «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». Tale posizione è ribadita nella successiva sentenza n. 169 del 2017, là dove si legge che «ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tali ipotesi verrebbero in essere situazioni priva di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto a ottenerle “non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto (sentenza n. 275 del 2016)”. La spesa per i diritti è, in definitiva, una spesa costituzionalmente necessaria, che spetta al legislatore soddisfare operando, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, sul piano della corretta allocazione delle risorse disponibili.

Applicato ai malati non autosufficienti, il discorso sin qui svolto porta a ritenere che, una volta che ne sia stata certificata la condizione di malattia, sia essa fisica e/o psichica, il Servizio sanitario nazionale ha il dovere costituzionale e legale di prestare loro tutte le cure necessarie per tutto il tempo che sia necessario. Sono cer-

tamente lesivi dell'articolo 32 della Costituzione atti normativi – di rango primario o secondario – e, a maggior ragione, atti amministrativi che, direttamente o indirettamente, comportino:

- il differimento temporale della presa in carico delle persone malate;
- la subordinazione della presa in carico all'esistenza di ulteriori requisiti privi di rilevanza sanitaria (come, per esempio: il disagio economico, la mancanza di familiari, l'isolamento sociale);
- l'iscrizione di prestazioni aventi natura sanitaria nell'ambito, legislativamente meno tutelato, delle prestazioni assistenziali e/o sociali (iscrizione, oltretutto, prodromica alla richiesta di partecipare alla spesa derivante da tali prestazioni);
- la predeterminazione della durata temporale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (quantomeno, senza che sia prevista una verifica sulle condizioni di salute del paziente che ne consenta la prosecuzione in caso di persistenza della malattia).

* * *

ALLEGATO B

PROPOSTE AL MINISTRO DELLA SALUTE PER LA PIENA ATTUAZIONE DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Al Ministro della salute si invia formale richiesta di **incaricare un Gruppo di lavoro** per:

1. acquisire i dati effettivi delle liste d'attesa dei malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer e altre forme di demenza, già valutati dalle commissioni di valutazione multidimensionale delle Asl, che riguardano le prestazioni domiciliari (compresa l'erogazione di contributi), centri diurni e di ricovero in strutture residenziali in convenzione (Rsa). Dovrebbero essere messe in evidenza per ciascuna prestazione le richieste, i tempi di erogazione, in quale misura rispetto al fabbisogno richiesto dall'interessato, se viene rispettata la percentuale a carico del Servizio sanitario nazionale prevista dal Dpcm 12 gennaio 2017 per ogni singola prestazione socio-sanitaria;

2. ottenere informazioni aggiornate, attraverso una ricognizione mirata, dello stato di attuazione:

a) delle prestazioni domiciliari in relazione alla domanda, sia per quanto riguarda le prestazioni rientranti nell'Adi, sia per quanto concerne l'erogazione di contributi finalizzati alle prestazioni *informali* assicurate da congiunti direttamente o mediante l'aiuto di terzi; dovrebbe essere individuato l'ente erogatore, i criteri di accesso, i tempi di attesa; l'importo erogato;

b) per conoscere l'esigenza di strutture residenziali socio-sanitarie, la cui carenza è diffusa in particolare nel Centro e nel Sud del Paese;

3. verificare se gli atti regionali che regolamentano i percorsi di riabilitazione e lungodegenza (de-ospedalizzazione protetta, post-ricovero, continuità assistenziale a valenza sanitaria, cure intermedie, ...) sono coerenti con le disposizioni di legge nazionali; ovvero se viene assicurato il diritto alla prosecuzione delle cure – senza interruzione fino alla presa in carico del paziente – dall'Asl di residenza (1);

4. verificare la coerenza con la normativa nazionale (sopra richiamata) degli atti legislativi e deliberativi regionali approvati per le prestazioni sopra citate.

Quanto sopra permetterebbe di acquisire le informazioni necessarie per la programmazione e la destinazione dei finanziamenti del Fondo sanitario nazionale. Si fa presente che ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 le stesse problematiche riguardano tutti i malati cronici non autosufficienti, di qualunque età.

Ciò premesso, sin d'ora potrebbe essere assunto dal Ministro della salute un **provvedimento (atto di indirizzo?)** rivolto alle Regioni (da recepire con apposite deliberazioni) per indicare **linee guida per i percorsi di conti-**

(1) Nella sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato ha precisato che: «La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni» dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza» «non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione 'di norma', dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito (rectius, dell'infermo) e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale» con la precisazione che «ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale».

nuità terapeutica e diagnostica dei malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer e altre demenze.

Il suddetto provvedimento dovrebbe:

- richiamare la normativa vigente in base alla quale gli anziani malati cronici non autosufficienti rientrano a pieno titolo nella competenza del Servizio sanitario nazionale sia per le prestazioni sanitarie sia per le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea e definiti dal Dpcm 12 gennaio 2017 (Costituzione, articoli 32 e 117 comma 2, lettera m) che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale in misura omogenea;

- riprecisare che in base alla normativa statale le Regioni sono tenute a garantire il vigente diritto alla continuità terapeutica agli anziani cronici non autosufficienti così come stabilito dall'articolo 2 della legge 833/1978 (2) e fornire linee guida per l'approvazione di percorsi di continuità terapeutica allo scopo di ottenere il rispetto del diritto alle cure e, contestualmente, un utilizzo appropriato delle risorse sanitarie (a titolo di esempio segnalo la Delibera della Giunta regionale del Piemonte 20 dicembre 2004, n. 72-14420 «Percorso di Continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente» - Bollettino Ufficiale n. 07 del 17/02/2005);

- ricondurre le Commissioni di valutazione geriatrica alle loro funzioni originarie, così come definite dal *Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani*, ovvero finalizzare la loro attività alla costruzione del percorso individualizzato di cura e al suo monitoraggio; pertanto dovrebbe essere:

a) esclusa la valutazione sociale/economica (Isee) per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie (3);

(2) In base ai dati forniti dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Torino nel documento del 16 luglio 2015 risulta che è di gran lunga più costoso la prosecuzione del ricovero in casa di cura di lungodegenza (160 euro al giorno), rispetto all'inserimento in una Rsa in convenzione (40/45 euro) o al domicilio (25/35 euro).

(3) Nella recente sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato ha precisato che non può essere «condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali (rectius, diagnostiche e terapeutiche, n.dr) criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari», per cui le strutture del Servizio sanita-

b) semplificata la procedura per riconoscere la non autosufficienza. La certificazione potrebbe essere rilasciata dal medico ospedaliero prima della dimissione per l'accesso alle prestazioni domiciliari e residenziali socio-sanitarie, oppure dai medici di medicina generale per i quali andrebbe prevista la possibilità di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg;

- introdurre criteri di valutazione dei Direttori generali delle Asl con maggior peso agli elementi che prendono in considerazione la durata dei ricoveri ospedalieri e la frequenza dei ricoveri nell'arco di un anno a causa della mancata erogazione della prestazione socio-sanitaria Lea (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) con penalità in caso di lista d'attesa senza tempi certi di risposta;

- valutare l'innalzamento dell'anzianità per portarla dalla soglia di 65 anni a quella di 75 anni, meglio rispondente alle attuali condizioni fisiche e mentali dell'uomo e della donna che vivono in paesi sviluppati economicamente e alla situazione demografica della popolazione italiana. Aspetto questo assai rilevante in relazione agli investimenti economici e alla programmazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari. È quanto è emerso al 63° Congresso nazionale della Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria) che si è tenuto a Roma alla fine del mese di novembre 2018.

Il Ministro potrebbe valutare di farsi promotore di un provvedimento per **la priorità delle prestazioni domiciliari** ogni volta che vi sia la volontaria disponibilità di familiari idonei ad assumere il ruolo di accuditori (*caregiver*), che dovrebbe prevedere la presa in carico dell'Asl e garantire con risorse del Servizio sanitario un contributo (anche forfettario) per le prestazioni assicurate 24 ore su 24, direttamente dai familiari o mediante l'aiuto di terzi nei confronti di un loro congiunto malato non autosufficiente (almeno il 70% della quota sanitaria che l'Asl

rio non possono né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare com'è stabilito dall'articolo 1 della legge n. 833/1978 secondo cui tutte le prestazioni devono essere fornite senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio sanitario nazionale.

verserebbe nel caso di ricovero in Rsa dello stesso paziente).

Allo scopo dovrebbe essere assunta ogni altra iniziativa volta ad ottenere che nelle prestazioni socio-sanitarie domiciliari definite nel Dpcm 12 gennaio 2017, agli articoli 21 e 22 (Nuovi Lea) sia posto a carico del Servizio sanitario nazionale anche il 50% del costo delle spese sostenute per garantire al malato cronico non autosufficiente le prestazioni *informali* altrettanto indispensabili e indifferibili per la sua sopravvivenza. Dai dati in nostro possesso che riguardano la Regione Piemonte (anno 2016) e l'Asl della Città di Torino (ottobre 2018) due famiglie su tre sono disponibili a farsi carico volontariamente di un loro congiunto malato o con disabilità non autosufficiente con un aiuto dell'Asl (assegno di cura). È noto che in tal modo oltre ai numerosi vantaggi per l'interessato, si ottiene un congruo risparmio delle risorse del Servizio sanitario, tenuto conto che è dimostrato che la presa in carico del Servizio sanitario territoriale al domicilio diminuisce il ricorso al ricovero. A titolo di esempio si segnala la legge della Regione Piemonte n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti".

* * *

ALLEGATO C

DOVE TROVARE RISORSE EVITANDO SPRECHI E ATTUANDO SEMPLICI POLITICHE

Sono estremamente positive alcune decisioni della Corte costituzionale che confermano l'illegittimità della compressione/totale negazione di diritti esigibili in materia di tutela della salute e cura delle patologie, anche a fronte di paventate carenze economiche degli enti preposti o di equilibri di bilancio. Nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale 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».

Risorse sottratte alla sanità. Come esempio estremamente significativo di sottrazione di risorse ai malati cronici non autosufficienti operata dalle stesse istituzioni che dovrebbero tutelarli, che la Regione Piemonte ha dirottato illegittimamente, ma finora impunemente, dal Fondo sanitario ad altri settori come risulta dall'articolo "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito", pubblicato sul n. 1/2017 di "Torino Medica" rivista dell'Ordine di Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino), in cui viene precisa-

to che «una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la Sanità sono stati negli anni utilizzati come cassa per spese extra-sanitarie, come ammesso dall'Assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della dotazione del Servizio sanitario nazionale destinati al Servizio sanitario regionale che sono stati utilizzati altrove».

I «saluteimpoveriti». Nel 3° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, «per l'anno 2017 la stima di sprechi e inefficienze è di 21,59 miliardi di euro (19% della spesa sanitaria) sul consuntivo di 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica, riportato nel corso dell'audizione sul Def 2018 della Corte dei Conti presso le Commissioni speciali della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica (...) sprechi e inefficienze possono dunque erodere tra 17,27 e 25,91 miliardi, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica».

Budget controproducenti. Nell'incontro di Torino dell'8 luglio 2019, promosso da "Motore Sanità" (Presidente Michele Vietti, già vicepresidente del Csm), Francesco Saverio Mennini, Professore di economica sanitaria, Università di Roma, Tor Vergata, nell'incontro di Torino ha ricordato che il finanziamento del nostro Servizio sanitario è diminuito di anno in anno negli ultimi dieci anni, pur essendo da sempre al di sotto dei livelli medi europei. Inoltre ha dichiarato che è sbagliato fissare un budget di spesa e che è necessario superare la logica del fabbisogno calcolato sulla base delle risorse disponibili, in quanto porta ad un utilizzo inappropriato e distorto dei servizi del sistema sanitario.

La sostenibilità del sistema. Già Luca Benci, nel libro "Tutela della salute. Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato" (Edizioni Imprimatur, 2017), aveva ricordato che la spesa sanitaria (113 miliardi di euro nel 2017) «è complessivamente inferiore del 32,5% rispetto a quello dell'Europa occidentale». Al riguardo Marco Geddes, nel testo "La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace" (Il Pensiero scientifico Edizioni, 2018) segnala che «la sanità ci costa, procapite, il 39% in meno della Germania e il 19% in meno dell'Inghilterra». Per

quanto concerne la percentuale della spesa pubblica 2016 in rapporto al Pil, i dati sono i seguenti: Italia 6,8; Austria 7,9; Francia 8,6; Germania 9,4; Spagna 6,3; Svizzera 7,9.

Si rammenta infine che la XII Commissione permanente del Senato (Igiene sanità) nella Relazione del 10 giugno 2015 aveva concluso che «non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie?), la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? Quali cure il nostro sistema può riuscire a garantire nel modo migliore ai cittadini? Una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica».

Proposte concrete per il recupero di ingenti risorse

1. Promozione su tutto il territorio nazionale delle prestazioni domiciliari, nei casi in cui congiunti o terze persone sono volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva alle persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie gravemente invalidanti, nonché ai cittadini colpiti da disabilità e con autonomia limitatissima o nulla.

2. Recupero delle spese vive sostenute dal Servizio sanitario per interventi (trasporto, cure e riabilitazione di infermi) forniti dal Servizio sanitario a seguito di eventi di varia natura (infortuni sul lavoro e malattie professionali, incidenti, attività svolta in zone vietate, ecc.) per i quali la magistratura con sentenza definitiva ha attribuito la colpa ad aziende, enti o persone per violazioni di norme previste dalla legge o da altri provvedimenti pubblici. Al riguardo si unisce (Allegato 1) la proposta di legge presentata il 15 giugno 2010 al Consiglio regionale del Piemonte dalla Consigliera Eleonora Artesio (testo non approvato, senza alcun motivo) con il titolo "Recupero delle spese sostenute dal Servizio sanitario nei confronti dei terzi civilmente responsabili". È auspicabile che analoga proposta di legge venga presentata alla Camera e al Senato e venga sollecitamente approvata.

3. Non porre a carico del Servizio sanitario nazionale le spese sostenute per le prestazioni – come risulta dall'articolo "Sanità confusa tra urgenze e scelte impossibili" di Mario Pirani pubblicato su "La Repubblica" del 23 dicembre 2013 – attualmente fornite gratuitamente per i «traumi dell'infortunistica stradale, sportiva, sul lavoro e la responsabilità di terzi che non rientrano nel costituzionale "diritto alla salute"» le cui spese sono valutate nel citato articolo in «circa 30 miliardi annui».

4. Stabilire sulla base delle condizioni contrattuali (numero, qualifica di tutto il personale addetto, calcolato in relazione al numero degli infermi degenti e alle loro condizioni sanitarie) stipulate con case di cura e con Rsa, le opportune verifiche sulla presenza di tutto il personale previsto, sia mediante la trasmissione mensile dei versamenti effettuati all'Inps e all'Inail e della copia delle fatture emesse dagli operatori non dipendenti, sia mediante periodici controlli sulle condizioni di salute degli infermi dimessi, in modo da verificare la validità o meno delle prestazioni fornite.

5. Impegnare tutte le Regioni a stipulare convenzioni con le Rsa (ad esempio la Regione Lombardia non assolve a questo fondamentale compito) anche al fine dell'individuazione della quota del 50% a carico del Servizio sanitario e della segnalazione di detti importi sia agli infermi che ai Comuni tenuti all'integrazione della parte della retta non corrisposta dall'infermo. Questa iniziativa ha lo scopo di evitare l'attuale posizione dominante delle Rsa nei confronti dei singoli che sono costretti a stipulare contratti per l'inserimento dei loro congiunti non autosufficienti.

6. Assicurare i necessari interventi per porre fine alle procedure secondo cui l'importo totale delle rette di degenza delle Rsa che, come avviene impunemente in Piemonte, risulta superiore anche del 20% se corrisposto dalle Asl, ad esempio per 50 e più posti letto, rispetto al singolo utente privato.

7. Obbligare tutti i ricoverati nelle Rsa a richiedere l'indennità di accompagnamento (euro 517,84 al mese nel 2019) che l'utente è tenuto

(continua a pag. 43)

a versare per la copertura della quota alberghiera delle Rsa in cui è degente.

8. Nei casi di prolungamento della degenza presso le case di cura convenzionate determinato – a seguito dell’opposizione alle dimissioni di infermi non autosufficienti – dal mancato trasferimento da parte dell’Asl di residenza per malato in un Rsa, imporre agli utenti il pagamento all’Asl della quota alberghiera praticata dalle Rsa.

9. Eliminare tutti i ricoveri presso case di cura di infermi non necessitanti delle prestazioni erogate per patologia acute e/o per interventi riabilitativi fasulli.

10. Utilizzare l’istituto della concessione di pubblico servizio per la creazione dei posti letto mancanti per infermi non autosufficienti, nonché per le comunità alloggio destinate ai soggetti

con disabilità intellettiva grave. Infatti, in base a questo strumento, gli oneri per la creazione di strutture socio-sanitarie sono interamente assunti dal concessionario che diluisce i costi sostenuti inserendo nelle rette per il periodo temporale concordato. L’istituto della concessione di pubblico servizio può essere anche utilizzato per l’affidamento della gestione a privati da parte degli Enti pubblici proprietari di immobile. Al riguardo il Comune di Torino ha incassato per tre strutture (Casa Serena, Buon Riposo e Carlo Alberto) oltre 25 milioni di euro e rientrerà nel pieno possesso delle strutture al fine della concessione.

11. Eliminazione delle inutili spese clientelari, ad esempio per il Piemonte estinzione dell’Agenzia regionale mangiasoldi per le adozioni internazionali e della rivista patinata “Notizie”.