

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA): POSTI CONVENZIONATI CON L'ASL, NUOVI STANDARD E STANZIAMENTI STRUTTURALI, NON UNA-TANTUM

L'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi, anche Coordinatore degli Assessori alla Sanità nella Conferenza Stato-Regioni, ha scritto in data 22 settembre u.s. una lettera al Ministro della Salute, Roberto Speranza, in cui, a seguito dei numerosi decessi in Rsa durante la massima diffusione del Covid-19 e la pressione di associazioni e organizzazioni sociali sulla necessità di una radicale riforma della presa in carico dei malati non autosufficienti nelle Rsa scrive:

«Le attività di riorganizzazione delle Rsa potranno richiedere investimenti ulteriori da parte delle strutture, anche sulla dotazione sanitaria e assistenziale (es. figure professionali quale il Direttore sanitario, maggior presenza di medici, infermieri...)».

Inoltre l'Assessore ha segnalato che *«tali misure oggi comporterebbero, in vigore degli attuali LEA, un aumento della quota sanitaria ed un pari aumento della quota a carico delle famiglie (...). Considerata la situazione straordinaria in cui operiamo Ti chiedo [al Ministro della Salute, ndr] di voler avviare le procedure per rivedere temporaneamente le percentuali di compartecipazione alla retta complessiva, prevedendo un maggiore carico sul Servizio sanitario ed un minore onere da parte delle famiglie. Tale procedimento di revisione temporanea delle compartecipazioni ai LEA, a favore delle famiglie, dovrà trovare una forma di copertura attraverso nuovi finanziamenti assegnati al Fondo sanitario nazionale».*

Standard delle Rsa e convenzioni Asl

La pandemia da Covid-19 ha messo in luce come nelle Rsa siano degenti pazienti con patologie gravi, in molti casi demenze, giunte a tale stadio da aver provocato la loro non autosufficienza. A fronte di tali condizioni, gli attuali standard di presa in carico delle Rsa piemontesi (così come nazionali) sono assolutamente inadeguati. Basti pensare che per un paziente con *«polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficien-*

za, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni; deficit cognitivo di grado variabile (anche di grado severo), associati o meno ad alterazioni comportamentali anche di grado elevato (...), decubiti fino al 3° stadio» (1) sono previsti 30 minuti sulle 24 ore di «assistenza infermieristica, riabilitazione/mantenimento psicofisico» e 120 minuti sulle 24 ore di «assistenza tutelare e animazione». Cosa ne è del paziente non autosufficiente con gravi e conclamate patologie per le restanti 21 ore e mezza della giornata?

Inoltre, va registrato che l'assistenza specialistica medica non è prevista per i pazienti in Rsa, se non inserita nel progetto individuale e comunque è sempre esterna alla struttura; la presenza/visita del medico di medicina generale è, per i pazienti privati *«a chiamata»* (ma pressoché sempre non effettuata dal medico stesso, anche quando tale chiamata viene effettuata dall'utente o da un suo rappresentante), per quelli in convenzione la presenza è invece disciplinata dall'Asl in poche ore di passaggio in struttura per molti pazienti (presenza 'saltata' durante la pandemia e molto spesso ancora oggi non riattivata).

I gestori delle Rsa segnalano con crescente preoccupazione la mancata attivazione, ormai da mesi, delle convenzioni Asl per il ricovero in Rsa dei pazienti non autosufficienti e la «distrazione» dalle risorse per la copertura delle quote sanitarie delle degenze verso altri capitoli di spesa regionali. Secondo i gestori, le minori spese ammontano a 40 milioni di euro sul totale di 265 milioni all'anno di spesa storica. Dall'altra parte ci sono sempre più di 25mila anziani malati in lista di attesa (2).

(1) Dgr 45-4248 della Regione Piemonte, Tabella 1 – livelli assistenziali [rectius, terapeutici] e tariffe

(2) Come risulta dall'articolo di Francesco Pallante, "Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute", *Il Piemonte delle autonomie*, n. 1/2019 «Dai dati comunicati dagli uffici regionali in occasione della stesura di questo articolo attestano un totale di 25.653 persone in lista d'attesa per ricevere servizi residenziali o servizi domiciliari: - per i servizi residenziali la suddivisione per Asl è la seguente (dati

Atti urgenti – Proposte

La richiesta al Ministro della salute avanzata dall'Assessore Icardi è giusta ma incompleta: non deve ridursi ad una «*revisione temporanea delle percentuali di compartecipazione alla retta complessiva*», ma ad una revisione strutturale degli standard della presa in carico sanitaria in Rsa che riconosca un maggiore intervento clinico a favore degli utenti e una articolazione del lavoro in *equipe* di tutto il personale (attualmente non ha compiti clinici, ma solo di organizzazione del personale della struttura!), medici (di Medicina generale, specialisti...), infermieri e operatori sanitari e socio-sanitari con un ruolo dirigenziale del Direttore sanitario, sul modello ospedaliero. L'obiettivo deve essere quello di riconversione delle Rsa in strutture sanitarie residenziali ovvero case di cura facenti parte del percorso di cura del Servizio sanitario regionale.

La revisione strutturale dovrebbe comprendere:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto;

- la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale

2016): Torino 1: 1.956 persone; Torino 2: 1.048 persone; Collegno-Pinerolo: 1.387 persone; Chivasso: 1.402 persone; Chieri: 551 persone; Biella: 259 persone; Vercelli: dati mancanti; Novara: 600 persone; Omegna: 356 persone; Cuneo: 1.198 persone; Alba-Bra: 191 persone; Asti: 230 persone; Alessandria: 880 persone; - per i servizi domiciliari, la suddivisione per Asl è la seguente (dati 2017): Torino 1: 2.904 persone; Torino 2: 4.651 persone; Collegno-Pinerolo: 2.742 persone; Chivasso: 1.360 persone; Chieri: 577 persone; Biella: 580 persone; Vercelli: 583; Novara: 374 persone; Omegna: 156 persone; Cuneo: 549 persone; Alba-Bra: 230 persone; Asti: 321 persone; Alessandria: 567 persone. Si tratta di dati parziali, perché mancano informazioni sia sui servizi residenziali relativamente alla Asl di Vercelli, sia sulla residenzialità in generale per gli anni 2017 e 2018 e sulla domiciliarità in generale per l'anno 2018».

socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;

- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;

- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;

- l'esclusione del ricovero nelle Rsa di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative.

A tale necessaria diversa articolazione del servizio deve seguire una conseguente diversa articolazione delle quote della retta a carico del Servizio sanitario e dell'utente/Comune che, come evidenziato dalla comunicazione della Regione Piemonte, deve «*prevedere un maggiore carico sul Servizio Sanitario ed un minore onere da parte delle famiglie*».

Nei Lea è già definita, all'interno delle prestazioni socio-sanitarie (che prevedono la compartecipazione dell'utente), una diversa ripartizione dei costi rispetto a quella attuale delle Rsa (50% Servizio sanitario nazionale, 50% utente/Comune). Si tratta della ripartizione dei costi prevista per la residenzialità delle persone con grave disabilità, per la quale è prevista la copertura del 70% della retta totale a carico del Servizio sanitario nazionale e del 30% a carico dell'utente/Comune. Sarebbe pertanto opportuno, come misura strutturale, che anche per la degenza presso le Rsa fosse previsto quanto specificato all'articolo 34, comma 2 del Dpcm 12 gennaio 2017 per le ripartizioni di costi per le persone con disabilità «*in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare*».

Il decreto specifica che «*i trattamenti (...) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera*». Resta inteso che l'accesso a tale prestazione e tale ripartizione delle spese, in quanto rientrante nella disciplina della tutela della salute – articolo 32 della Costituzione, legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario

nazionale –, non può essere soggetta a vincoli di natura socio economica (3) e deve essere garantita in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, non potendo essere negata/compromessa/limitata né da ragioni di presunta carenza di bilancio (4), né da diverse disposizioni, necessariamente di rango minore a livello regionale o locale. Ne consegue che il Fondo sanitario nazionale e quello regionale devono obbligatoriamente prevedere nel loro bilancio il finanziamento delle prestazioni sulla base del fabbisogno reale.

Immediata attivazione delle quote sanitarie per i degenti ricoverati privatamente e i malati in lista di attesa

Sin d'ora è necessaria una iniezione di risorse immediata, per fronteggiare la lista d'attesa complessiva prima richiamata per la residenzialità socio-sanitaria è di 11.105 anziani malati cronici non autosufficienti nel 2019 (10.796 nel 2018, 10.389 nel 2017, dati rilevati dalla risposta alle interrogazioni presentate in

(3) L'articolo 1 della tutt'ora vigente legge 833/ 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, sancisce che: «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al 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».

(4) Sul tema della prevalenza del diritto alla tutela della salute e delle prestazioni ad esso connesse in confronto al dovere del pareggio di bilancio o alla disponibilità finanziaria delle Istituzioni, è da segnalare una ormai consistente giurisprudenza: sentenze della Corte Costituzionale 509/2000, 275/2016, 62/2020 e 157/2020 e della Corte di Cassazione 1873/2010.

Consiglio Regionale, che non comprendono i non pervenuti dati della Provincia di Vercelli) e delle migliaia di posti vuoti in Rsa per mancati ingressi in convenzione dall'inizio dell'epidemia Covid-19.

Occorre che la Regione stanzi immediatamente i 40 milioni di euro, denunciati dai gestori come importi non erogati nel periodo marzo-giugno, che consentirebbero di coprire la quota sanitaria di 1.500 euro al mese per circa 9.000 nuovi inserimenti in convenzione entro dicembre 2020. Occorrerebbe inoltre che la Regione finanziasse la copertura delle quote sanitarie di ulteriori migliaia di degenti già ricoverati, che da anni attendono la convenzione con l'Asl e che quindi da anni pagano 3.000 – 3.500 euro al mese di tasca propria o delle proprie famiglie.

Cure domiciliari

Resta ferma la necessità di dare piena attuazione alla legge regionale 10/2010, perché le prestazioni domiciliari sanitarie siano concretamente alternative al ricovero, quando sono praticabili, sull'interesse del malato non autosufficiente e del Servizio sanitario nazionale.

“La casa come primo luogo di cura”, cuore del piano per il Recovery Fund del Ministro Speranza, deve prevedere prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e un contributo economico a carico della sanità a sostegno delle prestazioni indifferibili di cui necessita una persona malata cronica non autosufficiente, assicurate volontariamente da congiunti o da persone di loro fiducia, all'interno del Pai predisposto dall'Asl e monitorato dal Medico di medicina generale.