



I casi seguiti dalla Fondazione promozione sociale
in difesa del diritto alla tutela della salute

Cure socio-sanitarie: la VOCE degli esclusi

Andrea Ciattaglia

Politica sorda, Asl (e Comuni) che scaricano sulle famiglie insostenibili oneri economici. La sofferenza di migliaia di malati non autosufficienti, ingiustamente lasciati senza prestazioni pubbliche a casa o in Rsa

Migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati in Residenza sanitaria assistenziale - Rsa non ricevono dall'Asl la quota sanitaria che spetta loro secondo legge nazionale e che coprirebbe la metà dell'ingente retta che sono chiamati a pagare per il loro ricovero privato: dai 3 a i 4mila euro al mese. Il fenomeno, nei racconti che riportiamo in queste pagine grazie alla collaborazione con la Fondazione promozione sociale, onlus e ente del Terzo settore che dà consulenza ai singoli casi di diritto negato, riguarda il Piemonte, ma il fenomeno è presente in tutta Italia, con modalità diverse a seconda del "filtro" d'accesso alle cure posto in essere da Aziende sanitarie e Regioni.

Il meccanismo di esclusione è simile in tutta Italia: la quota sanitaria del ricovero in Rsa (il 50% della retta in base ai Livelli essenziali di assistenza fissati per decreto – Dpcm 12 gennaio 2017), per esempio, viene negata a fronte di valutazioni discrezionali, non sanitarie. Il possesso di una casa, o un minimo deposito in banca costituiscono spesso criteri di penalizzazione all'accesso. Pur essendo criteri socio-economici, che non potrebbero legittimamente condizionare l'erogazione di cure sanitarie. Identico in tutta Italia l'effetto di questa «selezione» dei malati tra «degni» e «non degni» di ricevere le cure, con tutte le negative ed evocative implicazioni che rimandano ad anni buissimi della nostra storia europea: negare a malati cronici non autosufficienti le cure sanitarie di lungo periodo di cui hanno bisogno indifferibile. E

precipitare spesso le loro famiglie in condizioni di disperazione, affanno per il grande carico di cura ed emotivo, non di rado anche in povertà, per l'insostenibilità delle spese private affrontate.

La Fondazione promozione sociale dà consulenza gratuita a migliaia di casi di diritto negato in tutta Italia: le leggi che garantiscono le cure ci sono, bisogna saperle attivare

LA MORSA DELLE RSA, RETTE ALLE STELLE E INGIUNZIONI

Marco ha portato il papà Silvano, novantenne, in Pronto Soccorso ad inizio 2023. «Erano i giorni delle feste di inizio anno, il primo senza mamma: ci ha lasciati a metà 2022 dopo tanti anni di Alzheimer nei quali l'ho accudito a casa, fino agli ultimi disperati mesi di ricovero». Dopo alcuni giorni nel reparto di emergenza delle Molinette, Silvano è stato trasferito in una Rsa nel quartiere Filadelfia. Trenta giorni a carico del Servizio sanitario, i successivi trenta metà pagati dall'Asl e metà dal paziente. Dal 60esimo giorno tutto a carico del malato: oltre 3mila euro al mese. «Mi è crollato il mondo addosso – ricorda Marco –. Papà non camminava più, il decadimento cognitivo avanzava... impossibile portarlo di nuovo a casa. Io ho da tempo perso il lavoro, vivevamo nella casa popolare riscattata con la sua pensione e l'indennità di accompagnamento». Marco ha richiesto all'Asl la convenzione sanitaria (il 50% della retta totale), ottenuta la quale potrebbe anche chiedere al Comune l'integrazione economica per la restante quota alberghiera; ma dopo oltre un anno l'Asl Città di Torino continua a non concederla. Nel frattempo il gestore della Rsa ha inviato un'ingiunzione di pagamento e segnalato la vicenda al Tribunale per la nomina di un amministratore esterno.

MARTA, 80MILA EURO IL PREZZO DELLA MANCATA CONVENZIONE

Con il mese di giugno, ha raggiunto la cifra monstre di 80 mila euro la spesa per gli ultimi due anni di ricovero della signora Marta, anziana malata cronica non autosufficiente, degente di una delle più grandi Rsa di Borgo San Paolo. Malata grave, colpita da anni da deterioramento cognitivo, nel 2021 l'Inps l'ha riconosciuta dipendente totale dall'aiuto di terzi per le funzioni della vita quotidiana. Nonostante ciò, le ripetute istanze dei famigliari all'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) dell'Asl Città di Torino non hanno ottenuto il riconoscimento della quota sanitaria del ricovero, che coprirebbe almeno metà della cifra mensile di 4mila euro, oggi pagata con l'intera pensione e una consistente aggiunta dei figli. La valutazione Asl ha accertato un forte aggravamento della condizione clinica: il punteggio sanitario è di 11 (su 14), ma l'esito rimane «non urgente», che secondo le regole regionali – in contrasto con il diritto nazionale – prevederebbe l'erogazione della convenzione dopo un anno. Ne sono passati quasi due. Da gennaio, la retta base del ricovero è aumentata di 20 euro al giorno: 7.300 euro all'anno in più del 2023, oltre eventuali spese extra.

LUCIANO, L'ASL NEGA LE CURE SENZA LIMITI DI TEMPO

È «una ingiustizia e una presa in giro che fa soffrire» quella di cui si sente vittima Anna, moglie di Luciano, coppia di anziani molto conosciuti nel quartiere di Santa Rita, dove da oltre un anno lui si trova ricoverato in Rsa (retta: 3.900 euro al mese) in condizioni sempre più gravi. Non lascia scampo il decadimento cognitivo degenerativo: dall'estate 2023 Luciano viene riconosciuto non autosufficiente con il 100% di invalidità e incapace di svolgere autonomamente le attività quotidiane, a inizio 2024 insorge anche la disfagia, che rende difficile parlare e deglutire. L'Asl, informata dalla famiglia degli aggravamenti, ha confermato la negazione della convenzione sanitaria del febbraio 2023. Caso «non urgente», cioè «con tempo di risposta entro un anno». Parole della contestata delibera regionale sulle liste di attesa che sembrano scritte sull'acqua. A pochi giorni dalla scadenza per l'erogazione del 50% della retta, la famiglia di Luciano ha ricevuto dall'Uvg il messaggio «l'erogazione della somma prevista non è attualmente programmabile». Rinvia senza termine, in un'attesa indefinita che sta inghiottendo i risparmi di una vita.

CARLA, DOPPIO "NO": L'ASL NEGA LE CURE A CASA E LA RETTA IN RSA

«Dopo anni di accudimento e cura domiciliare, l'ulteriore aggravarsi della condizione sanitaria della mamma ci ha costretti al passo del ricovero in Rsa». Inizia così il racconto di Daniela, figlia di Carla, 86 anni e un decadimento cognitivo sempre più accelerato. Dopo la richiesta all'Asl e al Comune di prestazioni di aiuto domiciliare mai arrivato (assegno di cura che la aiutasse a gestire la mamma con l'assunzione di un'assistente personale), la nuova richiesta – ri-partendo da zero! – per il ricovero in convenzione in Rsa. Carla è finita nel buco nero della negazione delle cure: dalla valutazione per un «progetto domiciliare» mai realizzato, l'Asl è passata ad un progetto residenziale, che rimane... irrealizzato anch'esso. Dopo alcuni mesi a retta intera, la figlia prosegue con regolarità il pagamento delle quote alberghiere della mamma (50% della retta), rifiutando di pagare la quota sanitaria (l'altro 50%), di pertinenza dell'Asl. «Una situazione scomoda, che genera sofferenza e preoccupazione – spiega Daniela – ma non potendo permetterci la retta intera, reagiamo così al diritto negato».

I dati dell'Asl Città di Torino al 29 febbraio di quest'anno certificano ufficialmente 1.725 utenti in lista di attesa per le convenzioni residenziali. Ma è la sproporzione tra quanti fanno domanda di un contributo e le effettive erogazioni a dare la dimensione del problema. Nel 2023 le Unità di valutazione geriatria dell'Asl torinese hanno valutato 7.118 persone. Nello stesso periodo, l'Asl dichiara di aver attivato 1.468 convenzioni residenziali definitive, in buona parte riferite a richieste degli anni precedenti. In totale, le convenzioni attive per gli utenti torinesi sono 4.229, ampiamente al di sotto del fabbisogno.

La Regione Piemonte applica per gli inserimenti in Rsa regole ulteriori rispetto alle tutele statali, penalizzanti per i malati non autosufficienti, perché negano il loro diritto alla quota sanitaria. Sono le delibere approvate tra il 2012 e il 2013 (Giunta Cota) che formalizzano criteri di sbarramento per concedere ai richiedenti il 50 per cento della retta: alla valutazione della condizione sanitaria

si affiancano vincoli socio-economici, per i quali le Asl si sentono legittimate ad escludere molti richiedenti dal diritto alla quota sanitaria. La delibera 14 del 2013 definisce tre

Impoverimento e insostenibile carico familiare. Sono gli effetti della «selezione» dei malati tra «degni» e «non degni» di ricevere le cure socio-sanitarie di lungo periodo

livelli di esclusione. I casi «urgenti» dovrebbero avere la convenzione entro tre mesi, quelli «non urgenti» entro l'anno, quelli «deferibili», senza termine. Ma il condizionale è d'obbligo, perché nemmeno i limiti imposti dalla delibera sono rispettati dall'Asl, come raccontano le storie pubblicate a corredo di questo servizio, i cui protagonisti hanno nomi di fantasia, che rispondono però a esperienze reali di estrema difficoltà a garantire le cure ai propri cari non autosufficienti,

senza alcun sostegno sanitario.

Tra 2013 e 2014, il meccanismo delle delibere venne contestato in tribunale da alcune organizzazioni di rappresentanza degli utenti, cui si aggiunsero il Comune di Torino e altri diciotto tra Comuni e Consorzi gestori dei servizi socio-assistenziali, lo Spi Cgil e altre organizzazioni. Ottennero ragione al Tar del Piemonte che confermò l'illegittimità del sistema di esclusione dalla quota sanitaria e il diritto pienamente esigibile alle prestazioni socio-sanitarie residenziali. La sentenza venne però impugnata al Consiglio di Stato che – a quel punto si era insediata la Giunta Chiamparino – ribaltò la sentenza del Tar, confermando le delibere regionali. I cui effetti si sentono sempre più duramente sulle tasche dei malati piemontesi e delle loro famiglie.

Rsa, le cifre. Sul fronte dell'offerta delle cure socio-sanitarie residenziali (qui trattiamo soprattutto di queste, meno di quelle a domicilio che richiederebbero un precedente intervento sulla normativa Lea), le strutture che aprono sono sempre di più e sempre più grandi, ma con meno posti convenzionati con le Aziende sanitarie del Piemonte e un'offerta di personale e percorsi di cura che fatica a tenere testa all'aggravamento dei malati cronici non autosufficienti. La

Residenze sanitarie assistenziali sempre più grandi, ma inadeguate ai bisogni dei ricoverati: gli operatori internazionali hanno individuato il settore socio-sanitario come redditizio

fotografia, per elementi essenziali, dei posti letto Rsa – Residenze sanitarie assistenziali – del Piemonte, rivela che nell'ultimo anno i posti sono cresciuti di 662 unità (447 a Torino), sfondando quota 32.700 totali. Un business redditizio per i gestori, la cui crescita e capillarità procede lineare negli ultimi anni: a giugno 2021 i posti letto Rsa in Piemonte erano 30.123. Oggi sono il 9% in più, con un aumento, da allora, di 2.622 posti.

Nemmeno il Covid ha fermato la concessio-

ne di nuovi permessi regionali, per lo più ad operatori privati accreditati: Unioncamere non registrò negli anni dell'emergenza pandemica alcuna flessione nel numero nelle società registrate in Piemonte nell'ambito della residenzialità socio-sanitaria. Anzi, il settore negli ultimi anni attrae grandi gruppi multinazionali, che si affiancano a quelli italiani (Gheron, Kos Debenedetti, Sereni Orizzonti) e fanno competizione alle piccole e medie realtà. Nel 2021 il Gruppo Santa Croce della famiglia Vietti cedette la maggioranza delle sue quote alla francese Korian, mentre la multinazionale d'oltrapiù Orpea, oggi Emeis – oggetto in patria di una inchiesta che portò alla luce maltrattamenti sui ricoverati, il crollo del titolo in borsa e un'inchiesta del Parlamento francese –, possiede tredici strutture in Piemonte.

La scarsità di convenzioni definitive risente anche del fatto che le Aziende sanitarie attingono al budget delle convenzioni anche per i bonus ai gestori. Contro il caro energia, per esempio, oppure per aumentare, come da decisione regionale del maggio 2024, la quota sanitaria ai posti già convenzionati, senza però prevedere nuovi inserimenti. Oppure, ancora, per le cure «a tempo» in dimissione dagli ospedali, con l'obbligo che l'ammontare complessivo delle risorse rimanga «entro il limite della spesa sostenuta per inserimenti in Rsa nell'anno 2019», come stabilito dalle delibere 1 e 10 del 2022 che interrompono la continuità delle cure dei malati non autosufficienti due mesi dopo il trasferimento da ospedale in Rsa. Di fatto, un blocco delle convenzioni che si scarica su migliaia di famiglie piemontesi e che le associazioni di rappresentanza dei malati hanno chiesto all'assessore alla sanità, Federico Riboldi, di affrontare con urgenza e di eliminare, ancor prima della stesura del nuovo piano socio-sanitario.

Scelta sociale. «I costi per un inserimento privato in una Rsa sono elevati – ha riconosciuto Carlo Picco, direttore generale dell'Asl Città di Torino –. Nell'attesa dell'inserimento è possibile richiedere – 'era' possibile, fino all'ultimo bando dell'aprile 2024 – il Bonus Scelta Sociale per residenzialità erogato dalla Regione Piemonte, del valore di 600 euro

mensili», contributo soggetto a vincoli Isee e limitazione delle risorse complessive stanziare attraverso fondi europei.

Eppure, i livelli di assistenza sanitaria nazionali (definiti nel 2001 e aggiornati nel 2017) lo scrivono chiaro: «Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti (...) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale», costituiti da «prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico», «tutelare», da «educazione terapeutica al paziente e al caregiver (all'assistente personale, ndr), con garanzia di continuità assistenziale» e «attività di socializzazione e animazione». È la descrizione, in linguaggio giuridico, delle prestazioni fornite dalle Rsa, con la precisazione, contenuta nel medesimo articolo 30 del Dpcm del 12 gennaio 2017, che i trattamenti «sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».

I dati ufficiali della Regione Piemonte aggiornati al 24 maggio 2024 dicono che nelle cinque tranche di bando hanno presentato richiesta per “Scelta sociale residenziale” 5.211 persone, ammesse al finanziamento 3.256, effettivamente erogati 2.867. Ma si tratta di fondi sociali non strutturali, assicurati dalla Regione in limiti di bilancio decisi dall'ente a persone alle quali viene negata la quota sanitaria da 1.500 euro circa al mese, quella sì diritto esigibile e universalistico, in quanto prestazione sanitaria e prevista dai Livelli essenziali.

Fondo, pericolo da scongiurare. Il contesto illustrato in queste pagine e il disagio profondissimo delle famiglie piemontesi (ripetiamo, si tratta di condizioni assimilabili a quelle di decine di migliaia di famiglie italiane) è motivo di almeno due allarmi. Il primo generato dalla tentazione – che percorre la politica regionale piemontese in modo bipartisan – di un Fondo regionale socio-sanitario, magari non dichiarato nei provvedimenti amministrativi, ma operante nei fatti con la limitazione delle risorse disponibili e il prelievo delle risorse per le cure socio-sa-

nitare da diversi capitoli di spesa regionale, non solo dalla sanità. Non importa da dove arrivano i fondi, non importa se il finanziamento corrisponde a diritti esigibili (quote Lea) o si concretizza in erogazioni discrezionali della Regione, con soglie Isee familiari, incardinate nel debole settore delle politiche sociali, alimentate da fondi europei temporalmente limitati e incerti... l'importante è dire «qualcosa c'è».

Il secondo allarme è più generale, di panorama culturale. L'impostazione politica che causa le decine di migliaia di situazioni analoghe a quelle raccontate in queste pagine rivela una “cultura” secondo la quale le drammatiche vicende dei malati non autosufficienti senza presa in carico del Servizio sani-

*Fondo socio-sanitario regionale
da scongiurare: limitazione di risorse
alla fonte, vincoli socio-economici per i beneficiari
ed espulsione dal settore sanitario*

tario nazionale pubblico non rappresentano questioni scottanti di diritto (negato) ad una prestazione. L'intervento pubblico non è doveroso riconoscimento concreto di un diritto – come prescrive la Costituzione e le stesse norme statali –, ma «sostegno» a chi non ce la fa a pagarsi le cure da solo, in ogni caso da erogarsi secondo il principio dell'«equilibrio dei conti» (già negato in tema Lea da Corte costituzionale e Consiglio di Stato).

In questa prospettiva, la normalità appare il mercato (anche e soprattutto in materia sanitaria), mentre l'intervento dello Stato deve essere limitato a sostegni per i bisognosi (cioè, i poveri). Una logica, coincidente con gli interessi delle assicurazioni private, che lascia al Servizio sanitario i casi non redditizi o l'acuzie, mentre scarica sulle famiglie l'onere delle cure di lungo periodo: un arretramento del compito di cura senza limiti di durata del Servizio sanitario pubblico che crea clienti per il mercato dei «fornitori di prestazione». La chiamano sussidiarietà, ma è privatizzazione e va contrastata sia caso per caso, sia con una mobilitazione culturale più ampia, che questa rivista – nel suo piccolo – vuole contribuire ad alimentare.