



Sanità giusta per i malati non autosufficienti

Istanze alla Regione Piemonte 2019-2024

PIATTAFORMA DELLE RICHIESTE PRESENTATE ALL'AMMINISTRAZIONE DELLA REGIONE PIEMONTE PER LA TUTELA DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E PER OTTENERE INTERVENTI URGENTI PER ELIMINARE LE LISTE D'ATTESA

Le Associazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra movimenti di base si appellano al Consiglio e alla Giunta regionale del Piemonte perché, con estrema urgenza, assumano gli interventi indispensabili per garantire le cure necessarie, non più rinviabili, alle persone giovani, adulte o anziane malate croniche non autosufficienti e agli infermi colpiti da demenza senile che, a causa della gravità delle loro condizioni di malattia o disabilità, hanno necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie **indifferibili** per la loro stessa sopravvivenza.

Fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione "Luce per l'autismo" ODV, Torino; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Associazione tutori volontari, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Utim, Unione per la

30mila

Malati **non autosufficienti** non presi in carico dal Servizio sanitario regionale. A loro vengono **negate** le prestazioni di cura previste dalla legge.

Articolo 23

L'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»*. Non avendo mai il Parlamento stabilito obblighi ai congiunti degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, viene confermato che in base all'articolo 2 della legge 833/1978 è il **Servizio sanitario nazionale** che, obbligatoriamente, **deve assicurare** *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* e che nessuna istituzione (Regione, Comuni, ospedali, Asl...) può imporre ai congiunti degli infermi non autosufficienti funzioni di competenza del Servizio sanitario.

Secondo i dati disponibili **risultano 25.652** (dati 2016-2017, calcolo per difetto, la cui misura complessiva è in realtà di circa **30.000 unità**) cittadini piemontesi malati non autosufficienti in lista d'attesa (precisazione doverosa: si tratta di cittadini colpiti da patologie e/o da loro esiti oppure con disabilità talmente invalidante da non essere in grado di svolgere autonomamente i più elementari compiti della vita quotidiana - in molti casi hanno perso anche la capacità di esprimersi e di manifestare i loro bisogni - che vengono esclusi dalla presa in carico sanitaria e socio-sanitaria **dall'Asl di residenza competente**).

Questa situazione drammatica e illegittima (poiché i pazienti hanno diritto alle prestazioni per legge, indipendentemente dalla loro condizione economica) sovente prosegue da anni e sempre senza un tempo certo di risposta.

Di coloro che sono illegittimamente esclusi dalle cure, **15.594 chiedono** (direttamente, o più spesso da parte di familiari o di chi li rappresenta) **prestazioni domiciliari** e un contributo della sanità per i maggiori oneri a cui deve fare fronte il malato cronico non autosufficiente, quale ad esempio l'aiuto di una terza persona per le prestazioni indifferibili di cui necessita 24 ore su 24. Si tratta di una soluzione che consente rilevanti risparmi e migliore gestione delle risorse anche per le Asl. Le altre **10.058 domande** sono state inoltrate **per ottenere un posto letto convenzionato** in una struttura residenziale socio-sanitaria (Rsa). Inoltre, sono migliaia i malati non autosufficienti ricoverati in Rsa totalmente a loro spese (3, anche 4 mila euro al mese), situazione che è diretta conseguenza in quasi tutti i casi delle errate informazioni fornite loro o ai loro cari dai Servizi sanitari e sociali.

Eutanasia da abbandono

L'esclusione di decine di migliaia di malati dalle prestazioni del Servizio sanitario nazionale/regionale e dall'effettivo e concreto riconoscimento del loro (come di tutti i cittadini) diritto fondamentale alla tutela della salute (articolo 32 della Costituzione) costituisce una strisciante e sempre più brutale pratica di **eutanasia di abbandono** che causa impoverimento e

disperazione per le famiglie coinvolte, prostrate dalla negazione dei servizi e dal conseguente impegno umano ed economico cui fanno fronte.

Nei documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016 il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia ha precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con 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**»*, definizione valida anche per i giovani e gli adulti non autosufficienti.

Se questi malati non muoiono, pur essendo nella lista degli esclusi dalle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che però non hanno alcun obbligo giuridico di svolgere i compiti di cura assegnati dalle leggi vigenti al Servizio sanitario nazionale. **La titolarità delle cure sanitarie e socio-sanitarie è in capo al Servizio sanitario nazionale; i congiunti non hanno obblighi di cura.**

Cure a scadenza: è illegittimo per i pazienti non autosufficienti

La sentenza del Consiglio di Stato 1858/2019 è intervenuta precisando 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».

Continuità delle cure, obbligo dell'Asl



Nella tutt'ora vigente circolare del 4 marzo 2014 il Direttore della sanità della Regione Piemonte ha precisato che la Regione deve garantire «ai cittadini il cosiddetto “percorso di continuità assistenziale” [meglio, «terapeutica»] attraverso la presa in carico del paziente da parte delle Aziende sanitarie locali di residenza dell'assistito» evidenziando che «il compito di governare il percorso di continuità assistenziale sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso».

Equilibrio di bilancio/diritto alle prestazioni sanitarie

Spetta alla politica stabilire la destinazione prioritaria delle risorse disponibili, ma vi sono spese che corrispondono a prestazioni obbligatorie, come quelle per la tutela della salute dei malati compresi i pazienti non autosufficienti. Si è infatti in presenza di diritti soggettivi esigibili, non condizionabili dalla disponibilità delle risorse, come ha stabilito la Corte Costituzionale con numerose sentenze di cui richiamiamo in particolare le sentenze 509/2000 e 275/2016 (si veda riquadro a pagina 6).

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e le connesse risorse del Fondo sanitario regionale (80% circa del bilancio regionale) si chiede alla nuova Amministrazione regionale di **abrogare/riscrivere gli atti deliberativi che negano o ritardano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che rappresentano il nucleo irriducibile del diritto alla salute dei cittadini sopra richiamati e che, pertanto, rientrano nelle spese obbligatorie: si tratta delle delibere della Giunta regionale (e degli atti connessi) 45/2012, 14 e 85/2013 e, per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, delle delibere 25 e 26/2013 e 5/2014.**

Negare il contributo della sanità = nuovi poveri

Il problema non è la carenza di risorse, ma come queste vengono utilizzate. A titolo di esempio si rammenta che il Piano di rientro in sanità è stato causato dall'illegitimo trasferimento dalla Sanità ad altri settori di ben 4,3 miliardi di euro che sono stati impiegati per spese non obbligatorie. Il piano di rientro è poi stato utilizzato come pretesto per negare o ritardare ancor più le prestazioni domiciliari, l'inserimento nei centri diurni, il ricovero convenzionato in strutture residenziali convenzionate dei malati non autosufficienti e delle persone con disabilità con limitata o nulla autonomia con il conseguente **impoverimento dei nuclei familiari**.

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*» (Rbm Assicurazione Salute-Censis, Il 7 giugno 2017).

Quindi oltre al lavoro, problema certamente rilevante (anche per le persone con disabilità con potenzialità lavorative, comprese le persone con capacità lavorativa ridotta) la priorità deve essere **la garanzia del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie a chi è malato e non autosufficiente o persona con disabilità con limitata e nulla autonomia, non avviabile in attività produttive**.



Sentenze della Corte costituzionale su cure sanitarie ed equilibrio 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 che *«è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».*



Il costo degli sprechi

Nel terzo rapporto Gimbe (2017) è stato stimato in «21,59 miliardi (19% della spesa sanitaria complessiva)» il costo di sprechi e inefficienze della sanità.

Con un'adequata operazione di contrasto gli «sprechi e inefficienze possono dunque erodere tra 17,27 e 25,91 miliardi all'anno, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica».

Come acquisire nuove risorse economiche

Da tempo il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e la Fondazione promozione sociale segnalano alcune strade facilmente percorribili che la Regione finora non ha mai intrapreso per:

- controllare se le prestazioni delle case di cura private, che ricevono ogni anno milioni di euro dalla Regione, sono state fornite in modo valido e coerente con il fabbisogno dei malati;

- intervenire per porre fine al fatto che le rette di molte Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, se pagate dalla Regione Piemonte anche per decine di malati nella stessa struttura, sono superiori anche del 20% agli importi versati alle stesse strutture dal singolo cittadino privato, anche per un solo posto letto;

- affrontare il tema dell'appropriatezza delle cure nel diritto alla continuità terapeutica, in primo luogo con l'approvazione del regolamento attuativo della legge regionale 10/2010 per lo sviluppo delle prestazioni domiciliari (estremamente più vantaggiose, anche sotto il profilo economico, di quelle residenziali);

- provvedere alla vendita effettiva, segnalando alla popolazione le relative condizioni, degli ingenti beni mobili ed immobili non utilizzati ai fini istituzionali dalla Regione Piemonte e dalle Aziende ospedaliere (ospedali Molinette, Mauriziano...) e dalle Asl;

- verificare gli amplissimi risparmi ancora possibili nell'allestimento della nuova sede della Regione Piemonte (grattacielo ex area Fiat Avio, 22 milioni di euro per gli arredi, 500mila euro a piano, il giardino con alberi da frutta all'ultimo piano o i rivestimenti con pietre di Luserna previsti nell'atrio e in altri spazi);

- ottenere, attraverso l'approvazione di una specifica normativa, dai responsabili di illeciti accertati dal Giudice (vedi ad esempio ThyssenKrupp e caso Eternit, infortuni sul lavoro, incidenti...) il rimborso delle spese vive sostenute dal Servizio sanitario nazionale e dalla Previdenza sociale per le prestazioni di emergenza e curative a lungo termine delle vittime di tali illeciti;

- non porre a carico del Servizio sanitario nazionale le spese sostenute per la cura dei «traumi dell'infortunistica stradale, sportiva, sul lavoro e da responsabilità di terzi» (Mario Pirani, in *la Repubblica*, 23 dicembre 2013 calcolava che si potrebbero recuperare ben 30 milioni annui);

- provvedere concretamente alla estinzione delle Ipab - Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza piemontesi (valore del patrimonio mobiliare e immobiliare di 2-3 miliardi di euro), dichiarate estinte dalla stessa Regione Piemonte (legge 12/2017) in quanto non più operanti secondo le disposizioni statutarie originali e la legge istitutiva di tale tipologia di strutture (6972/1890 e decreto legislativo 207/2001). Contestualmente procedere all'operazione di alienazione a costo zero del patrimonio mobiliare e immobiliare delle Ipab estinte destinandole ai Comuni sedi delle ex Ipab stesse (salvo esplicita non accettazione da parte dell'Ente pubblico) e la destinazione delle rendite e dei patrimoni derivanti dall'operazione esclusivamente a prestazioni di assistenza dei poveri;

- non utilizzare denaro pubblico per spese superflue mentre quelle per rendere concreto il godimento dei diritti fondamentali non vengono assicurate e sospendere – iniziativa simbolica, comunque di riduzione delle spese improprie – la pubblicazione della rivista patinata “*Notizie*” della Regione Piemonte, strumento inutile dal punto di vista informativo e istituzionale.

Intatto il diritto alla continuità delle cure

Nemmeno la sentenza 604/2015 del Consiglio di Stato, che pure confermava le delibere regionali sul sistema di «selezione» dei malati non autosufficienti ha potuto negare il diritto alla presa in carico e alla cura senza limiti di durata dei pazienti non autosufficienti. «*Chiarito che la disciplina della delibera regionale [del Piemonte, n.d.r.] n. 14-5999, quale risulta dalla sua letterale formulazione, consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata, nel caso concreto, come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete di servizi socio-sanitari - ha precisato la sentenza - occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza, come ritenuto dal giudice di primo grado*».

Richieste e proposte al Consiglio e alla Giunta regionale del Piemonte

Per quanto sopra e nel rispetto della normativa vigente **il Consiglio e la Giunta regionale del Piemonte** dovrebbero approvare con assoluta urgenza i seguenti appositi provvedimenti.

Confermare in capo all'Assessorato alla sanità la titolarità della cura dei malati cronici non autosufficienti e all'Asl di residenza la presa in carico del paziente e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indispensabili per la loro stessa sopravvivenza; esprimiamo la nostra totale contrarietà all'istituzione di un settore socio-sanitario (con relativo Fondo socio-sanitario) a gestione para-assistenziale, non previsto dalla normativa sopra richiamata.

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 non autosufficiente.

Allo scopo è necessario:

- approvare il **Regolamento della legge della Regione Piemonte 10/2010** "Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti";





- sviluppare **l'assistenza domiciliare integrata** (Adi) e programmata e della medicina di gruppo dei Medici di medicina generale;

- sviluppare e diffondere in altri ospedali della Regione Piemonte e della Città di Torino il Servizio di **ospedalizzazione a domicilio**, attivo solo per la zona Torino Sud dal 1985 su iniziativa del Csa e del reparto di Geriatria dell'Ospedale Molinette di Torino;

- assicurare un **contributo forfettario dell'Asl ai congiunti che direttamente o con l'aiuto di persone di fiducia assicurano 24 ore su 24 le cure socio-sanitarie ad un parente malato, non autosufficiente** e/o con Alzheimer o altre forme di demenza assumendosi le relative responsabilità civili e penali. Si propone che l'importo di tale contributo forfettario sia di almeno il 60%-70% della quota sanitaria versata dall'Asl per infermi ricoverati in convenzione con l'Asl presso strutture Rsa;

Garantire il vigente diritto alla continuità terapeutica dei malati non autosufficienti così come previsto dall'articolo 2 della legge 833/1978 e delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari che, come precisato nel documento del 16 luglio 2015 dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia, permette di ottenere consistenti risparmi per la sanità con un utilizzo appropriato delle risorse. Basta considerare, in proposito, che il costo medio del ricovero di un malato cronico non autosufficiente risulta al giorno: in Casa di cura (lungodegenza o riabilitazione) 160-270 euro; in Rsa 40/45 euro; al domicilio 25/35 euro.

Inoltre, per **evitare l'intasamento in Pronto soccorso** (dannoso anche per i malati non autosufficienti), occorre che la Regione e le Asl diano piena attuazione alla delibera di Giunta regionale 72/2004 che norma il percorso di continuità terapeutica e prevede che il trasferimento del malato non autosufficiente possa essere praticato quasi immediatamente dal Pronto soccorso alla Rsa (o casa con l'attivazione delle cure domiciliari) nel caso non necessiti di ricovero in reparto.

Parco della salute

Premessa. Non risulta essere stata mai operata finora una seria analisi sulla praticabilità di una soluzione edificatoria nuova nell'area del parcheggio di corso Spezia angolo via Ventimiglia, i cui posti auto potrebbero peraltro essere moltiplicati di molte grandezze con una struttura sotterranea. Previa valutazione dello sfruttamento di quest'area, quindi, **fin dal progetto**, la nuova struttura deve considerare anche le prestazioni sanitarie necessarie alla **cura dei malati cronici non autosufficienti**. In merito all'iniziativa che prevede la realizzazione del Parco della salute segnaliamo l'assoluta necessità che esso venga predisposto in modo da tenere in attenta considerazione che le prestazioni sanitarie, la preparazione e l'aggiornamento del relativo personale medico e non medico, nonché le attività di ricerca riguardino tutte le funzioni sanitarie, ovviamente comprese quelle di alta specializzazione, tenendo però conto dell'importanza:

- degli interventi di prevenzione **per tutti i cittadini**, con particolare riguardo al periodo della gestazione e ai minori;
- delle **prestazioni domiciliari** per tutti gli infermi, acuti e cronici di ogni età, compresi quelli non autosufficienti ed i soggetti con disabilità e limitatissima o nulla autonomia;
- degli **interventi per le persone inguaribili**, ma sempre curabili.

A nostro avviso occorrerebbe altresì che nella sede centrale del Parco e in quelle esterne, ma facenti parte a tutti gli effetti della nuova struttura, compresi gli spazi istituzionali e gestionali, venissero individuate **strutture con posti letto di lungodegenza e residenza sanitaria assistenziale a gestione pubblica diretta** (Parco della Salute o Azienda sanitaria locale).

Tale strumento consente alla Regione di disporre di tutti gli elementi necessari (informazione su necessità e attività per i pazienti, costo delle forniture e del personale, gestione del personale stesso...) per predisporre convenzioni e accreditamenti con enti privati, con le relative conoscenze tecniche del caso: la gestione diretta si configura come fondamentale per avere un metro di riferimento sulla qualifica e la quantità del personale addetto sia per quanto concerne le prestazioni in strutture residenziali sia – primariamente – per quelle domiciliari compresa l'ospedalizzazione a domicilio.



Garantire il diritto alla continuità terapeutica e l'utilizzo appropriato delle risorse sanitarie

Per assicurare concretamente la continuità terapeutica ai malati non autosufficienti è necessario che:

La Giunta regionale elimini la richiesta, che viene avanzata dalle Asl a tutti i casi di malati non autosufficienti che chiedono le cure di cui hanno necessità, **della valutazione economica (Isee)** introdotta dalla delibera regionale 34/2016 per ritardare o negare l'accesso al diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Tale richiesta viola quanto stabilito dall'articolo 1 della legge 833/1978. La valutazione della condizione di non autosufficienza va riportata in capo al medico ospedaliero così come al medico di medicina generale. Alle unità di valutazione va assegnato il compito di formulare i progetti assistenziali (in realtà «terapeutici») individuali e il monitoraggio dei malati non autosufficienti curati al domicilio e nelle strutture semiresidenziali e residenziali.

In proposito l'Ordine dei Medici di Torino e provincia ha ricordato nel documento del 21 marzo 2016 che *«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».*

La legge regionale 5/2016 della Regione Piemonte . prevede che *«la Regione, nell'ambito delle proprie competenze, interviene per garantire ad ogni persona parità di trattamento nell'accesso ai servizi e nell'acquisizione di beni ed attuazioni positive per il superamento di eventuali condizioni di svantaggio legate alle forme di discriminazione diretta e indiretta. 2. La Regione agisce prioritariamente, ai sensi del comma 1, nei seguenti ambiti d'intervento: a) salute, prestazioni sanitarie e politiche sociali»;*

Lo stesso Ordine dei Medici ha chiesto ufficialmente alla Regione Piemonte con documento del 6 luglio 2015 *«per assicurare concretamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile le necessarie prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e per l'abbattimento delle attuali liste di attesa riguardanti le prestazioni domiciliari e residenziali (...) di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di*



operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all’accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg».

La Giunta regionale regolamenti il settore delle strutture sanitarie convenzionate (Case di cura; Cavs) e di quelle socio-sanitarie (Rsa) attraverso l’emanazione di una circolare dell’Assessorato alla sanità della Regione alle case di cura con la quale si precisi che per la riabilitazione e la lungodegenza o de-ospedalizzazione protetta i tempi di cura **non sono inderogabili, così come ha confermato la sentenza 1858/2019 del Consiglio di Stato.**

Occorre che la Giunta provveda altresì urgentemente al ritiro dei provvedimenti delle **Case di cura che, in violazione degli accordi siglati e di quanto previsto dalla normativa vigente, richiedono una quota alberghiera** (non prevista dalle attuali norme) ai pazienti che proseguono il ricovero in attesa della presa in carico dell’Asl tenuta ad assicurare la continuità terapeutica senza interruzione delle prestazioni; si tratta di un comportamento scorretto e di concorrenza sleale nei confronti delle case di cura virtuose.

La Giunta regionale dovrebbe stabilire standard adeguati e verificabili del personale delle strutture sanitarie preposte al ricovero di persone malate e non autosufficienti, attualmente del tutto assente, e **individuare obiettivi per i**

Direttori generali delle Asl di residenza dei malati non autosufficienti, affinché siano assicurati trasferimenti tempestivi al domicilio (quando praticabile) o inserimenti convenzionati in Rsa con l'obbligo di monitorare i percorsi di continuità terapeutica; al riguardo va assicurato il trasporto organizzato dall'Asl di residenza a conclusione del percorso di continuità terapeutica per garantire sia l'intervento tempestivo, sia la presa in carico dell'Asl (che versa il 50% della quota sanitaria) nell'inserimento del malato non autosufficiente nella Rsa;

programmare la realizzazione di posti letto di riabilitazione di 1° livello presso i posti letto Cavs e le Rsa, per limitare e/o evitare l'invio di malati cronici non autosufficienti in case di cura distanti anche a 30-40 chilometri dal luogo di residenza e non adeguate a rispondere alle esigenze specifiche dei malati non autosufficienti;

rivedere la delibera regionale che regola le Rsa (Dgr 45/2012 e s.m.i.) per adeguare standard del personale e livelli delle prestazioni alle effettive esigenze dei malati cronici non autosufficienti;

Altri provvedimenti (non costosi) a difesa dei diritti degli utenti malati non autosufficienti

Alla Giunta regionale del Piemonte chiediamo l'approvazione altresì dei provvedimenti di seguito indicati, che non prevedono costi aggiuntivi, ma sono necessari per **prevenire abusi e maltrattamenti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie** (si veda la relazione 2016 del Difensore civico regionale del Piemonte) ed **evitare richieste di pagamento illegittime** a danno degli utenti e dei loro congiunti.

In particolare, si propone di:

- richiedere ai gestori privati di trasmettere mensilmente all'ente che convenziona (Asl) copia dei **versamenti effettuati all'Inps** e delle fatture rilasciate dagli operatori con partita Iva, nonché l'elenco giornaliero del numero delle persone che hanno utilizzato i servizi. Questo permette di verificare il rispetto delle norme contrattuali in merito alla quantità e professionalità del personale delle case di cura e delle Rsa stabilito dalle convenzioni stipulate dall'Assessorato regionale alla sanità;

- la **verifica** (e sanzioni in caso di inadempienze) dell'obbligo per i Gestori delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di apporre in luoghi di accesso al pubblico **tabelloni** con indicato il personale (qualifica e numero) presente in ogni turno, nelle

24 ore per nucleo o reparto, in modo da consentire ai ricoverati o ai loro congiunti e alle Commissioni di vigilanza di verificare la presenza del personale;

- una **informativa scritta sui diritti degli utenti delle Rsa** nella quale sia precisato che gli utenti/e loro rappresentanti non hanno l'obbligo di sottoscrivere contratti di ospitalità con i Gestori delle Rsa (o altra struttura residenziale socio-sanitaria convenzionata) e siano indicati i diritti/doveri degli utenti e dei loro familiari, nonché le prestazioni comprese nella retta e quelle extra non obbligatorie a carico dei ricoverati, nel rispetto di quanto stabilito nelle delibere di Giunta regionale 45/2012 e 85/2013

Azioni politiche prioritarie per la promozione e la tutela del diritto alle cure dei malati non autosufficienti

Il Consiglio e la Giunta della Regione Piemonte dovrebbero con assoluta urgenza intervenire nei confronti del Governo e della Conferenza Stato Regioni per:

- sollecitare, anche nel corso dell'attuale dibattito legato alla redazione del Patto per la salute, lo stanziamento di risorse aggiuntive del Fondo Sanitario nazionale per garantire la continuità terapeutica e le prestazioni definite nei Lea socio-sanitari, in modo da assicurare il diritto alle cure e impedire l'impoverimento dei nuclei familiari;

- chiedere la modifica dell'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio del 12 gennaio 2017, affinché sia riconosciuto a carico del Servizio sanitario nazionale almeno il 50% del costo delle prestazioni non professionali di cui necessita 24 ore su 24 il malato o persona con disabilità non autosufficiente per continuare a vivere al domicilio;

- aprire un negoziato con l'Unione europea per ottenere risorse per incentivare le prestazioni al domicilio, a partire dalla Petizione al Parlamento europeo n. 1147/2016 promossa da 19 Organizzazioni "Per ottenere la tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali per le persone non autosufficienti".



Affrontare l'emergenza liste d'attesa dei malati non autosufficienti per le quali è necessario:

- approvare il Regolamento per dare immediata attuazione alla legge regionale 10/2010 in modo da rendere le prestazioni domiciliari alternative al ricovero in Rsa, laddove è praticabile, sia per assicurare al malato cronico non autosufficiente la possibilità di posticipare il ricovero definitivo in Rsa per il quale va prevista una data certa quando richiesta;

- stanziare risorse per assicurare la quota sanitaria per garantire tempestivamente l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria convenzionata (dopo un ricovero in ospedale/casa di cura convenzionata di gran lunga più onerosi) quando il malato non autosufficiente non può più rientrare al domicilio dopo un ricovero ospedaliero o in struttura sanitaria convenzionata oppure sta pagando privatamente (con risorse proprie e dei congiunti) la quota totale in una Rsa.

- riscrivere i provvedimenti che hanno creato liste d'attesa ingovernabili, intasamento dei Pronto soccorso, percorsi prolungati di ricovero nelle case di cura convenzionate, abbassamento della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nelle Rsa, impoverimento dei nuclei familiari abbandonati dalla sanità piemontese (delibere di Giunta regionale 14/2013 e 34/2016)

- aggiornare i dati delle liste d'attesa, fermi al 2016 e incompleti; conoscere il problema reale è premessa indispensabile per definire un crono programma per l'abbattimento delle liste d'attesa;

- prevedere un monitoraggio rigoroso responsabilizzando i Direttori generali delle Asl;

- approvare i provvedimenti che non richiedono risorse, elencati in precedenza, per dare un segnale di cambiamento immediato a partire dal porre fine ai comportamenti illegittimi e vessatori di alcune case di cura private convenzionate e per ripristinare il rispetto delle norme regionali da parte dei gestori privati delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale.

Si ritiene che sarebbe auspicabile aprire un confronto con tutte le parti interessate, sull'esempio positivo del tavolo Lea-Regione territorio (anni 2001-2010), per riscrivere i provvedimenti che hanno creato liste d'attesa ingovernabili, intasamento dei pronto soccorsi, percorsi prolungati di ricovero nelle case di cura convenzionate, abbassamento della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nelle Rsa, impoverimento dei nuclei familiari con congiunti malati non autosufficienti abbandonati in questi anni dalla sanità piemontese.

ALLEGATI

(disponibili su
www.fondazionepromozionesociale.it
sezione Archivio)

1. Petizione al Parlamento Europeo “Per ottenere la tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali per le persone non autosufficienti” (relatore On. Alberto Cirio);
2. Lettera facsimile “Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica assicurata dalle leggi vigenti” a cura della Fondazione promozione sociale onlus;
3. Adesione del Consiglio regionale del Piemonte al Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti. Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza" (Mozione n. 1457, 12 marzo 2019);
4. Bozza di regolamento della legge regionale 10/2010;
5. Documento dei Geriatri Piemontesi del 17 aprile 2018;
6. Documento del 6 luglio 2015 dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino “L’Omceo-To alla Regione Piemonte: fare di più per gli anziani non autosufficienti e per i medici che li assistono”;
7. Documento del 21 marzo 2016 del Consiglio dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (Omceo-TO);
8. Documento del maggio 2019 del Consiglio dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino “Dieci Osservazioni e Proposte dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino per i candidati a Presidente del prossimo Governo Regionale del Piemonte”.



CSA - Coordinamento Sanità
e Assistenza fra i movimenti di base

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it