

- *Egr. Presidente*
Commissione per le Petizioni
EUROPEAN PARLIAMENT
B-1047 BRUSSELS

PETIZIONE AL PARLAMENTO EUROPEO

Ai sensi dell'articolo 44 "Diritti di petizione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea", i legali rappresentanti delle sotto elencate organizzazioni sociali chiedono al Parlamento europeo di assumere con la massima sollecitudine possibile le occorrenti iniziative dirette ad ottenere la tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali:

- a) agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre patologie assimilabili;
- b) ai soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia.

Caratteristiche fondamentali delle persone non autosufficienti

La non autosufficienza delle persone sopra indicate, che è sempre la devastante conseguenza della gravità delle loro condizioni di salute (malattia, pluripatologie, disabilità, pluriminorazioni), determina l'esigenza indifferibile di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari o residenziali. Nei casi in cui detti interventi non vengano forniti immediatamente, tutte le persone non autosufficienti sono destinate a morte sicura nel giro di pochi giorni. Numerose sono le persone non autosufficienti nemmeno capaci di esprimere le loro necessità vitali: fame, sete, caldo, freddo; spesso non sono nemmeno in grado, a causa dell'estrema gravità delle loro condizioni di salute, di fornire informazioni circa la fenomenologia, l'intensità e le altre caratteristiche dei dolori sofferti. Vi è pertanto la necessità di diagnosi accurate e di verifiche continue dell'efficacia delle terapie, nonché di attività sociali volte ad assicurare le migliori condizioni possibili della loro vita.

Violazione delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti

Con riferimento agli articoli 3 («*Divieto delle pratiche eugenetiche in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone*»), 21 («*É vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche (...) gli handicap, l'età*») e 35 («*Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*») della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, segnaliamo che:

- a) **in quasi tutte le zone del nostro Paese gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza sono discriminati** rispetto agli altri infermi adulti, compresi quelli aventi analoghe patologie. La discriminazione viene attuata non fornendo le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed inserendo questi infermi in **liste di attesa** nonostante l'indifferibilità delle esigenze terapeutiche. Ne consegue che rilevanti sono gli oneri economici a carico degli stessi

infermi e dei loro familiari che, in base alle leggi vigenti, non hanno alcun obbligo di svolgere le funzioni assegnate dalla legge 833/1978 al Servizio sanitario nazionale¹;

b) a seguito dell'entrata in vigore dei Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002), agli infermi sopra indicati, a differenza degli altri adulti malati, è imposto il pagamento del 50% della retta di ricovero sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni immobiliari e mobiliari). Da notare che i beni mobili e immobili, compresa la casa di abitazione, sono calcolati per una frazione rilevante del loro valore, come se fossero dei redditi, situazione che spesso obbliga l'infermo a provvedere alla vendita, o più spesso svendita, dell'immobile per ottenere il denaro contante occorrente per il pagamento della quota della retta a suo carico;

c) in attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5 dicembre 2013, nei casi – assai frequenti – in cui gli infermi non dispongano delle risorse necessarie per il pagamento del 50% della retta di ricovero, devono obbligatoriamente intervenire sotto il profilo economico e sulla base delle loro disponibilità (redditi e beni mobili e immobili) i coniugi ed i figli conviventi nonché quelli non conviventi compresi quelli residenti all'estero².

Per quanto concerne **le persone adulte con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia**, pur trattandosi di soggetti non colpiti da patologie, è evidente la loro situazione di gravissima o totale perdita della salute. Pertanto sono validi anche per queste persone i sopra citati Lea che pongono a carico del Servizio sanitario nazionale l'individuazione delle esigenze diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, nonché i relativi costi. Ovviamente dette prestazioni devono essere integrate, com'è d'altra parte stabilito dai Lea, da interventi sociali.

Occorre tuttavia rilevare che:

- molto spesso le obbligatorie prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea non sono attuate in quasi tutte le zone del nostro Paese;

- il "Patto per la salute 2014-2016" approvato il 10 luglio 2014 dal Governo e dalle Regioni stabilisce all'articolo 6 che *«per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze»*, le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali *«sono effettuate nei limiti delle risorse previste»*. Ne consegue che le istituzioni che non stanziavano le risorse necessarie hanno il pretesto di non fornire le prestazioni anche nei casi di esigenze indifferibili delle persone non autosufficienti, altra

¹ Ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978 il Servizio sanitario nazionale deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»* e deve altresì provvedere *«alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*. Inoltre, ai sensi dell'articolo 1 della stessa legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale deve operare *«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»* sanitario nazionale.

² Le disposizioni sopra indicate, sono discriminanti nei confronti degli infermi adulti curati dal Servizio sanitario nazionale, compreso il ricovero in ospedale, a titolo gratuito (salvo eventuali ticket di importo modestissimo), ma ponendo a carico dei malati e dei loro congiunti oneri economici spesso di importo rilevante (anche 1.500-1.800 euro al mese), contrastano nettamente con le seguenti norme della Costituzione italiana:

- 2° comma dell'articolo 3: *«È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»*;

- 1° comma dell'articolo 32: *«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»* (a nostro avviso il malato che versa al Servizio sanitario tutti i suoi redditi e non possiede beni è indigente e quindi nessun onere dovrebbe essere imposto ai loro coniugi e ai loro figli).

- 1° comma dell'articolo 38: *«Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*. Premesso che le persone non autosufficienti sono tutte inabili al lavoro, nei casi in cui esse non abbiano i mezzi per corrispondere la quota della retta di ricovero a loro carico, spetta alle Istituzioni, ed in particolare ai Comuni e ai gestori delle funzioni socio-assistenziali, intervenire.

discriminazione di natura eugenetica vietata dall'articolo 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea³.

Negazione nei fatti della priorità delle prestazioni domiciliari

Anche se nelle dichiarazioni verbali tutti i responsabili nazionali, regionali e locali delle Istituzioni proclamano la priorità per le persone non autosufficienti delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, nei fatti concreti detta priorità viene negata approfittando del fatto che i loro congiunti che pur non avendo – come già rilevato in precedenza – alcun obbligo giuridico di fornire le prestazioni di competenza del Servizio sanitario nazionale⁴, assumono a loro carico il compito ed i relativi rilevanti oneri economici (il cui importo può arrivare a 3-4mila euro mensili) delle cure a casa, allo scopo di evitare ai loro casi sofferenze e abbandono.

A conferma del boicottaggio delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari si segnala che le Giunte regionali finora susseguitesi dall'entrata in vigore della legge della Regione Piemonte 18 febbraio 2010, n. 10 “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti” (allegato A), non hanno finora predisposto i regolamenti previsti, per cui è rimasta inattiva, nonostante le positive disposizioni approvate.

Finora tutti i tentativi delle nostre organizzazioni volti ad ottenere – come diritto esigibile – sostegni economici per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari sono falliti nonostante che detti interventi siano estremamente positivi, spesso anche dal punto di vista clinico, per le persone non autosufficienti e molto meno costosi per il settore pubblico rispetto al ricovero presso cronicari o altre strutture residenziali.

Si è arrivati al punto (si veda l'allegato B) che l'Azienda sanitaria locale (Asl To3) ha negato il sostegno economico per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, sostenendo che per motivi esclusivamente burocratici, non disponeva dei relativi finanziamenti mentre aveva l'immediata possibilità di pagare cifre nettamente superiori per il ricovero in struttura della stessa persona.

Nemmeno la delibera della Giunta della Regione Piemonte 34-3309 del 16 maggio 2016, sulle cosiddette “Rsa aperte”, interviene secondo i diritti e le esigenze delle persone non autosufficienti, impostando un modello di presa in carico deficitaria rispetto alle esigenze dei malati non autosufficienti e senza definizione di prestazioni domiciliari da garantire al paziente. Tale modello è nettamente in contrasto con quanto stabilito dalla legge della stessa Regione Piemonte n. 10/2010, che la Giunta deve rispettare e applicare. In sostanza è evidente che la delibera relativa alle cosiddette “Rsa aperte” è una misura vuota e propagandistica, approvata in vista delle successive prossime (5 giugno 2016) elezioni amministrative locali.

Leggi di riferimento

Articolo 32 della Costituzione italiana – «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*».

Articolo 23 della Costituzione italiana – «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

Legge 833/1978 – L'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani,*

³ Si segnala che in data 21 ottobre 2014 l'Associazione promozione sociale, l'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale e l'Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, organizzazioni di volontariato aventi sede in Torino, Via Artisti 36, hanno presentato ricorso al Tar, Tribunale amministrativo del Lazio per l'annullamento delle norme del Patto per la salute ma finora il Tar non ha nemmeno disposto la data dell'udienza. Poiché con il 31 dicembre 2016 scade il periodo di validità del “Patto per la salute”, ne consegue che il ricorso è stato volutamente reso inattivo.

⁴ Si precisa che ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione italiana «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*» e che il Parlamento ha mai approvato norme per attribuire ai congiunti delle persone non autosufficienti compiti assegnati al Servizio sanitario nazionale.

anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Inoltre l'articolo 1 della stessa legge 833/1978 sanciva e sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale.

Legge 289/2002 – L'articolo 54 della legge 289/2002 sancisce l'esigibilità dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari e residenziali che il Servizio sanitario nazionale è obbligato a fornire.

Legge 67/2006 “Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni”.

Legge della Regione Piemonte 5/2016 “Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale”.

Sentenza della Corte costituzionale n. 36/2013 – Nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «*l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti* [identiche sono le norme concernenti le persone disabili o con autismo e limitata o nulla autonomia, n.d.r.] *è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri*».

Sentenze 304/1994 e 509/2000 della Corte costituzionale – La sentenza 304/1994 della Corte costituzionale afferma che «*nel bilanciamento dei valori costituzionali operato dal legislatore, avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte ad un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa*». Nella sentenza 509/2000 della Corte Costituzionale è stabilito che «*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 [...]. Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere 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 alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana [...], il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto***».

Richieste al Parlamento europeo

Tutto ciò premesso, tenuto conto che in Italia stimiamo che siano oltre 200mila gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza in illegittime e crudeli liste di attesa e che in Piemonte sono in tale condizione, secondo i dati della Regione stessa, si trovano 30mila persone⁵, i legali rappresentanti delle sotto elencate organizzazioni sociali rivolgono la presente pressante istanza al Parlamento europeo affinché il Presidente e i Componenti del Parlamento europeo intervengano nei confronti del Governo italiano e delle altre Istituzioni, in particolare le Regioni:

. affinché venga concretamente riconosciuto alle persone non autosufficienti il diritto alle indifferibili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali;

. affinché – finalmente – assumano i necessari provvedimenti diretti a garantire, acquisita la volontaria disponibilità dei congiunti o di terze persone e accertata la loro idoneità, alle persone

⁵ Ad esse occorre aggiungere i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia che non ricevono le prestazioni di cui hanno diritto esigibile in base agli stessi Lea.

non autosufficienti **le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari** in tutti i casi in cui dette prestazioni corrispondono alle loro effettive esigenze terapeutiche e sociali, fornendo con fondi del Servizio sanitario nazionale agli accuditori domiciliari (*caregiver*), anche non professionali, il rimborso di parte delle spese vive sostenute, se del caso, calcolato in modo forfettario;

. affinché sia concretamente riconosciuto che il nucleo irriducibile delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) che occorrono alle persone non autosufficienti per la tutela della propria salute non può essere negato per ragioni di scarsità o diversa allocazione di risorse economiche, in quanto si tratta di prestazioni di livello essenziale che le Istituzioni sono tenute ad erogare sulla base delle esigenze socio-sanitarie indifferibili di tutte le persone non autosufficienti, a tutela non solo della loro salute, ma anche della loro dignità di persone.

Maria Grazia Breda
(prima firmataria)
Cittadinanza italiana
Via Foligno 70 - 10149 Torino (I)

La **Segreteria** è assicurata dalla **Fondazione promozione sociale onlus con sede in Torino (I) 10124, Via Artisti 36**, tel. 011.8124469, fax 011 8122595, info@fondazionepromozionesociale.it, www.fondazionepromozionesociale.it.

Elenco Organizzazioni italiane aderenti:

- 1) Fondazione promozione sociale onlus, Via Artisti 36 –Torino
- 2) Associazione promozione sociale onlus, Via Artisti 36 –Torino
- 3) Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Via Artisti 36 –Torino
- 4) Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Via Artisti 36 –Torino
- 5) Cogeha, Collettivo genitori di portatori di handicap, Via Fantina 20/G – Settimo Torinese (To);
- 6) Comitato "Handicap e Scuola", Via Artisti 36 – Torino
- 7) Gva, Gruppo volontariato assistenza handicappati, P.zza San Francesco 1 – C.P. 98 - Acqui Terme (Al)
- 8) Associazione Agafh, Via della Bassa 57 –Orbassano (To)
- 9) Associazione "La Scintilla", Via Borgone 12, Collegno (To)
- 10) Associazione Grh, Vicolo S. Pancrazio 6 - Druento (To)
- 11) Associazione "Gruppo senza sede", Via Caduti sul lavoro 12/2, Trino Vercellese (Vc);
- 12) Associazione Alzheimer Piemonte, via Bellezia, 12/g , Torino
- 13) Associazione "Creamcafe" (Mente Creativa caffè Alzheimer), piazza Matteotti 42-44r, Genova
- 14) Comune di Candiolo, Via Ugo Foscolo 4, Candiolo (To)
- 15) Associazione "Lawcare", Via Catalani 26, Bra (Cn)
- 16) Umana, Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani e non autosufficienti, Strada San Vetturino 8/f – Perugia (Pg)
- 17) Associazione Alzheimer di Borgomanero, Via Monsignor Caviglioli, 20, Borgomanero (No)
- 18) "Sant'Antonino – Lista indipendente", Comune Sant'Antonino di Susa, Via Torino n. 95, Sant'Antonino di Susa (TO).

– Allegati n° 2

DIRITTO ALLE PRESTAZIONI LEA

*Cure a casa, Centri diurni, Comunità alloggio,
ricovero in Residenze sanitarie assistenziali*

FIRMA LA PETIZIONE EUROPEA!



Il Parlamento europeo ha preso in esame la

“Petizione sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le persone malate/con disabilità-autismo e non autosufficienti”.

*Per affermare il loro pieno diritto a ricevere le prestazioni dalle istituzioni, con priorità alle cure domiciliari è molto importante sostenere la Petizione. Infatti il numero di adesioni è uno dei primi elementi valutati dalla Commissione che le prende in esame. Aderisci anche Tu... Ecco **come fare in due passi**:*

1^) REGISTRATI AL PORTALE DELLE PETIZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA...

Dal seguente indirizzo: <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> seleziona nell'intestazione della pagina l'opzione "**Registrati qui**" e immetti i dati richiesti...

2^) ...SOSTIENI LA PETIZIONE

Dallo stesso indirizzo <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> al fondo pagina clicca "**Sostieni petizione**". Inserisci il codice della Petizione: "**1147/2016**"; a fondo pagina si può visualizzare la petizione e, nella schermata successiva, schiaccia il tasto "**Sostieni la petizione**" per sottoscrivere il documento.

Tutti gli aggiornamenti saranno pubblicati sul sito www.fondazionepromozionesociale.it

Attenzione alle truffe sanitarie e alle false informazioni

Prima di compilare la lettera fac-simile leggere attentamente le avvertenze e le note

ADULTI COLPITI DA PATOLOGIE INVALIDANTI CON AUTONOMIA LIMITATISSIMA O NULLA, ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, INFERMI AFFETTI DA ALZHEIMER O DA ALTRE FORME DI DEMENZA

FAC-SIMILE DELLA LETTERA PER OPPORSI ALLE DIMISSIONI DAGLI OSPEDALI E DALLE CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE E CHIEDERE LA PROSECUZIONE DELLE CURE (DAL 1978 OLTRE 10MILA CASI RISOLTI, SEGUENDO LE NOSTRE INDICAZIONI)

Lettera predisposta dalla Fondazione promozione sociale - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti

(VERS. 27 GIU 2019)

Via Artisti, 36 - 10124 Torino - tel. 011.812.44.69 - fax 011.812.25.95 e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it

LEGGERE CON MOLTA ATTENZIONE: 1) Utilizzare questo testo riempiendo le parti in bianco, senza apportare alcuna modifica. Nei casi in cui vengano apportate modifiche a questo testo, le responsabilità sono della persona che sottoscrive l'opposizione. 2) Ogni lettera deve contenere tutti gli indirizzi, NON vanno indicati nomi e cognomi dei destinatari - 3) Per gli indirizzi delle raccomandate A/R e delle lettere riguardanti il Direttore generale Asl Torino, al fondo delle Note vi sono i relativi indirizzi - 3) Per la Regione Lombardia si veda la nota 3, nonché gli "Appunti sulla particolare situazione della Lombardia in merito alle dimissioni di malati cronici non autosufficienti" (cfr. www.fondazionepromozionesociale.it alla voce: "Archivio")

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore generale Asl**.....[vedere nota 1]
Via.....Città.....[per la **Lombardia** vedere la nota 3]

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore generale Asl**.....
Via.....Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Direttore sanitario** [Ospedale o Casa di cura privata convenzionata]
.....
Via.....Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. Sig. **Sindaco** (o Presidente del Consorzio).....[vedere nota 4]
Via.....Città.....

LETTERA RACCOMANDATA A/R - Egr. **Difensore civico** della Regione.....
(ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017)
Via.....Città.....

E per conoscenza a
(LETTERE NORMALI):

- Egr. **Presidente della Regione**
Via.....Città.....

- Egr. **Presidente Ordine dei Medici** [della zona in cui il malato è ricoverato]
Via.....Città.....

- Spett. Segreterie regionali dei Sindacati dei Pensionati: [vedere nota 5]

- **Spi-Cgil** - Via.....Città.....

- **Fnp-Cisl** - Via.....Città.....

- **Uilp-Uil** - Via.....Città.....

- Rev. **Titolare della Diocesi di** [vedere nota 5]
Via.....Città.....

- **Fondazione Promozione sociale onlus**

Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti

Via Artisti, 36 - 10124 Torino

Oggetto: **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI OSPEDALIERE E RICHIESTA DELLA CONTINUITÀ DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA ASSICURATA DALLE LEGGI VIGENTI**

...I... sottoscritt. abitante in

..... Via n°.....

Pec (o e-mail) visto l'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 che prevede il ricorso contro le dimissioni, e tenuto conto che l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e l'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

CHIEDE che ...l... propri... (nome e cognome)
abitante in via n°, attualmente ricoverat... e curat...
presso, **NON** venga dimess..., oppure che venga trasferit... in un
altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria per i seguenti **MOTIVI**:

- 1) il paziente non è in grado di programmare autonomamente il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malato da essere anche totalmente non autosufficiente. Necessita pertanto delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie (diagnosi, terapie, somministrazione e verifica dell'assunzione dei farmaci, alimentazione, igiene personale ecc.) volte ad evitare l'altrimenti inevitabile decesso nel giro di breve tempo.
[Se possibile aggiungere un certificato medico recente che deve riportare anche la seguente frase: "Le prestazioni sanitarie nei confronti del paziente risultano pertanto indifferibili in relazione al quadro clinico e patologico riscontrato". Nei casi in cui l'infermo abbia l'indifferibile esigenza di prestazioni riabilitative, questa esigenza deve essere precisata in apposito certificato medico, il più dettagliato possibile. Per ulteriori chiarimenti vedere la nota 6];
- 2) l... scrivente non intende assumere oneri di competenza delle Asl e non è in grado di assicurare le necessarie cure al proprio congiunto, anche perché assolutamente sprovvisto delle occorrenti competenze sanitarie;
- 3) non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari. Al riguardo ricorda che l'art.23 della Costituzione è così redatto: «Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

Fa presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute a tutti gli infermi, compresi gli adulti colpiti da patologie invalidanti con autonomia limitatissima o nulla, agli anziani malati cronici non autosufficienti e agli infermi affetti da Alzheimer o da altre forme di demenza, ai sensi della **legge 23 dicembre 1978 n. 833** il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e deve altresì provvedere «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Inoltre, l'articolo 1 della stessa legge n. 833/1978 sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale. **Pertanto la violazione delle norme vigenti è un atto gravissimo poiché attribuisce ai familiari degli infermi non autosufficienti compiti, oneri economici e responsabilità anche penali non soltanto non previste da alcuna legge, ma chiaramente vietati dal sopra citato articolo 23 della Costituzione che definisce le basi imprescindibili dei rapporti tra istituzioni, operatori e cittadini. Al riguardo ricordiamo altresì che la Costituzione stabilisce all'articolo 28 che «I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti» e all'articolo 54 che «i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore».**

L... scrivente evidenzia che nella **sentenza n. 36/2013 la Corte Costituzionale** ha definito non autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

Precisa che nella **sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato**, recependo integralmente quel che aveva deciso la Corte di Cassazione nel provvedimento n. 21748/2007, ha evidenziato che «chi versa in stato vegetativo permanente è, a tutti gli effetti, persona in senso pieno, che deve essere rispettata e tutelata nei suoi diritti fondamentali, a partire dal diritto alla vita e dal diritto alle prestazioni sanitarie, a maggior ragione perché in condizioni di estrema debolezza e non in grado di provvedervi autonomamente. La tragicità estrema di tale stato patologico – che è parte costitutiva della biografia del malato e che nulla toglie alla sua dignità di essere umano – non giustifica in alcun modo un affievolimento delle cure e del sostegno solidale, che il Servizio sanitario deve continuare ad offrire e che il malato, al pari di ogni altro appartenente al consorzio umano, ha diritto di pretendere fino al sopraggiungere della morte». Tenuto conto che la condizione sanitaria di base delle persone in stato vegetativo è la non autosufficienza, risulta evidente che hanno diritto alle prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata anche tutte le persone non autosufficienti. Si segnala altresì che per aver negato nel 2008 il ricovero della figlia in coma in una struttura residenziale con oneri a carico del Servizio sanitario, con la sentenza n. 3058/2017 il Consiglio di Stato ha condannato la Regione Lombardia a versare al padre dell'inferma non autosufficiente euro 132.965,78 di cui euro 12.965,78 a titolo di danno patrimoniale ed euro 120mila a titolo di danno non patrimoniale.

Segnala che nella **sentenza n. 604/2015** il Consiglio di Stato ha precisato quanto segue: «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, 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».

Ricorda che 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" 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 permangono le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale»**. Analoghe sono le valutazioni contenute nella stessa sentenza in merito ai *«trattamenti di lungoassistenza [rectius, lungodegenza], recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti»* poiché *«in siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese della stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, anche nel lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di promozione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo»*, **trattamento le cui spese sono a carico del Servizio sanitario nazionale nella misura del 50 per cento**. Inoltre, poiché nella stessa sentenza 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, ndr] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari»*, le strutture del Servizio sanitario non possono né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare, com'è stabilito dal già richiamato articolo 1 della legge n. 833/1978.

L'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 ha precisato che: *«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»*. Com'è ovvio l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riguarda tutti gli adulti non autosufficienti e non solo gli anziani non autosufficienti.

Ricorda inoltre che:

a) **Il testo del giuramento professionale dei Medici** stabilisce, fra l'altro, quanto segue: *«Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione; di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo delle sofferenze nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale»*;

b) **il Codice di deontologia medica** dispone all'art. 3 che *«doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera»*; all'articolo 4 che *«il medico ispira la propria attività professionale ai principi della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura»* e all'art. 23 che *«il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita»*;

c) **il Codice deontologico dell'infermiere**, approvato nel 2019, stabilisce (articolo 3) che *«l'infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento, della sessualità, etnica, religiosa e culturale»* e (articolo 4) *«si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono»*;

d) **il Codice deontologico degli Assistenti sociali** precisa che *«l'assistente sociale deve salvaguardare gli interessi ed i diritti degli utenti e dei clienti, in particolare di coloro che sono legalmente incapaci e deve adoperarsi per contrastare e segnalare all'autorità competente situazioni di violenza o di sfruttamento nei confronti di minori, di adulti in situazioni di impedimento fisico e/o psicologico, anche quando le persone appaiono consenzienti»* e che *«l'assistente sociale deve contribuire ad una corretta e diffusa informazione sui servizi e le prestazioni per favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone, contribuendo altresì alla promozione delle pari opportunità»*;

e) **il Difensore civico della Regione Piemonte** con comunicazione del 16 maggio 2017 ha precisato che alle lettere di opposizione alle dimissioni, *«espressamente formulate ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (...)»*, deve essere fornita tempestivamente, previa idonea istruttoria, una risposta da parte del Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo.

Ciò premesso, il Servizio sanitario nazionale deve erogare le occorrenti prestazioni anche alle persone non autosufficienti le cui condizioni di estrema malattia non consentono loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche, non solo dei dolori di cui soffrono ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali, provvedere all'assunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilitazione...) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. **Ne consegue che questi infermi sono in una situazione non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza, com'è il caso dell'infermo in oggetto.**

[**Attenzione: La parte seguente è da compilare qualora si intenda curare a domicilio il congiunto.**

In questo caso cancellare la parte più sotto relativa al ricovero in struttura residenziale]

L.....scrivente è disponibile a provvedere alle **cure domiciliari** del proprio congiunto a condizione che [**vedi nota 6**]:

1) l'Asl:

- garantisca per iscritto le prestazioni domiciliari del medico di base e, occorrendo, dell'infermiere e del riabilitatore;
- assicuri gli interventi di emergenza nel caso in cui lo scrivente non sia più in grado di provvedere, nonché qualora insorgano gravi esigenze del malato;
- metta a disposizione gratuita i seguenti dispositivi tecnologici.....
- fornisca allo scrivente un adeguato rimborso delle spese vive sostenute, il cui importo, richiesto in euro..... mensili, venga precisato prima delle dimissioni;
- provveda a sua cura e spese al trasferimento del malato al domicilio di..... via..... n.....;

2) il Comune (o il Consorzio di Comuni) integri l'importo versato allo scrivente sulla base delle proprie deliberazioni, comunicando il relativo importo prima delle dimissioni;

3) l... scrivente sottolinea l'importanza del documento "Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente" (cfr. *Prospettive assistenziali* n. 169, gennaio-marzo 2010, presente su www.fondazionepromozionesociale.it) e chiede che analoga iniziativa venga assunta dall'Asl... e dal Comune di

[**Attenzione: La parte seguente è da compilare qualora si richieda il ricovero presso una struttura residenziale.**

In questo caso cancellare la parte più sopra relativa al domicilio].

L... scrivente è disponibile ad accettare il trasferimento del proprio congiunto presso una idonea struttura prevista dalle norme vigenti a condizione che [**vedi nota 6**]:

- detto ricovero sia definitivo e in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;
- siano assicurate all'infermo tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative;
- la struttura sia situata preferibilmente in in modo da consentire non solo allo scrivente ma anche a tutti gli altri familiari, di fornire il loro massimo sostegno possibile al malato;
- il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Asl;
- l'eventuale quota della retta alberghiera a carico del ricoverato sia conforme alla normativa vigente;
- l'eventuale quota suddetta sia comprensiva di tutte le prestazioni, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.
- l'integrazione dell'eventuale quota della retta alberghiera non corrisposta dal ricoverato venga versata dall'Ente gestore socio-assistenziale a partire dalla data del ricovero in Rsa del/della paziente.

L..... scrivente, mentre **disdice con effetto immediato ogni impegno eventualmente assunto** in merito alla prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie, si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro.

L..... scrivente chiede inoltre alla Direzione della citata struttura in cui l'infermo è attualmente ricoverato, copia integrale del certificato medico in base al quale sarebbero state disposte le dimissioni, per cui la prosecuzione delle cure sanitarie e socio-sanitarie non sarebbe più di competenza del Servizio sanitario nazionale ma dello scrivente.

Ai sensi e per gli effetti della legge n. 24/2017 l..... scrivente chiede al Difensore civico di intervenire per l'ottenimento di quanto richiesto con la presente.

L..... scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, dei decreti legislativi 502/1992 e 97/2016, chiede che gli venga inviata una risposta scritta (in primo luogo dal Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo, Autorità che deve garantire le cure senza limiti di durata) e segnala che non terrà conto delle eventuali risposte verbali e telefoniche.

Ringrazia e porge distinti saluti.

Data.....

Firma

RACCOMANDAZIONI PER COLORO CHE SOTTOSCRIVONO LE OPPOSIZIONI

Sulla base dei sopra citati articolo 23 della Costituzione e articolo 2 della legge n. 833/1978, gli adulti e gli anziani non autosufficienti hanno il diritto esigibile alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie senza limiti di durata. Pertanto, per nessun motivo, possono essere dimessi, salvo **volontaria** decisione della persona che si assume le responsabilità civili e penali, nonché i relativi oneri economici, assicurando all'infermo le occorrenti cure ed una sorveglianza 24 ore su 24 per non incorrere nel reato di abbandono di incapace.

Nei casi in cui il personale delle strutture sanitarie pubbliche o private richieda la sottoscrizione di documenti predisposti per la preventiva dimissione dell'infermo non autosufficiente, richiesta gravemente contrastante con le leggi vigenti, è necessario non firmarli. Se il relativo testo è inviato, anche in forma anonima, alla Fondazione Promozione sociale onlus, verrà valutata l'opportunità di inviare una segnalazione alla Procura della Repubblica e all'Ordine dei Medici o degli Infermieri o degli Assistenti sociali anche in merito all'articolo 28 della Costituzione che stabilisce quanto segue: «*I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti (...)*». Analogo l'impegno della Fondazione nei casi di minacce, maltrattamenti ed abusi [**vedere note 7 e 8**].

AVVERTENZE E NOTE IMPORTANTI DA LEGGERE CON LA MASSIMA ATTENZIONE E DA TENERE A MENTE

- Per poter agire in sostituzione della persona parzialmente o totalmente incapace è necessario ottenere dall'Autorità giudiziaria la nomina urgente di un tutore/amministratore di sostegno anche provvisorio (per informazioni consultare il sito www.tutori.it)

- Vi sono Asl che richiedono l'inoltro di una istanza alla competente Unità valutativa (multidimensionale, geriatrica, Alzheimer, ecc.) per ottenere l'individuazione delle esigenze sanitarie, socio-sanatorie, riabilitative o di altra natura dell'infermo. Alcune Asl richiedono questa certificazione quale condizione indispensabile per l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

- In base alle leggi vigenti ha diritto all'indennità di accompagnamento (competenza dell'Inps) la persona che «è nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» e/o «abbisogna di un'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita».

- **Nei casi di assoluta urgenza** è opportuno inviare il seguente telegramma al Direttore generale dell'Asl di residenza dell'infermo e al Direttore sanitario della struttura (ospedale o casa di cura privata convenzionata) in cui il malato è ricoverato: «**«SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITÀ ACCETTARE DIMISSIONI DI [cognome e nome] GRAVEMENTE MALATO, CON ESIGENZE SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI E NON AUTOSUFFICIENTE, E [se del caso] NON CAPACE [oppure "non sempre capace"] DI PROGRAMMARE IL PROPRIO FUTURO. SEGUE LETTERA».**

- **Eventuali trasferimenti da struttura a struttura sanitaria o socio-sanitaria devono essere fatti a cura e spese dell'asl**

- **Attenzione** che, sotto il profilo giuridico, accettare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate di una persona non autosufficiente e incapace di programmare il proprio futuro, significa sottrarre volontariamente il paziente dalle competenze del Servizio sanitario nazionale e assumere tutte le relative responsabilità, comprese quelle penali, nonché gli oneri economici conseguenti alle cure che devono essere fornite al malato.

- Chiedere copia del cosiddetto "Contratto di ospitalità" (abolito in Piemonte) o del regolamento della struttura (Rsa, casa protetta, ecc.) in cui verrà ricoverata la persona malata cronica non autosufficiente e, prima di firmare qualsiasi documento, inviare copia alla Fondazione Promozione sociale onlus.

- **Nei casi di necessità, gli adulti e gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile devono essere accolte dal Pronto soccorso. È consigliabile essere accompagnati da un adulto non parente con funzioni di testimone. Se possibile è preferibile preannunciare il ricovero al Responsabile del Pronto soccorso o ad un suo collaboratore.**

✓ **Nota 1** – Una raccomandata A.R. va inviata al Direttore Generale dell'Asl di residenza del malato. Un'altra (se del caso) al Direttore Generale dell'Asl in cui ha sede l'ospedale o la casa di cura; nel caso in cui l'ospedale pubblico sia amministrato in modo autonomo rispetto all'Asl, la raccomandata A.R. non va indirizzata al Direttore Generale dell'Asl, ma al Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione.*

✓ **Nota 2** – **IMPORTANZA DELLA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O DEL TUTORE PER POTER ASSICURARE LA DIFESA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI** Tutte le persone maggiorenni non sono automaticamente rappresentate da alcune persone, genitori, coniugi, figli, ecc. È sempre necessario un provvedimento dell'Autorità giudiziaria per poter intervenire, in particolare, a difesa del diritto alle cure sanitarie e/o socio-sanitarie delle persone maggiorenni non autosufficienti. Competente per la nomina dell'amministratore di sostegno è il Giudice tutelare che opera presso tutti i Tribunali, sui cui siti web sono quasi sempre disponibili i relativi moduli. Non vi sono costi e non è necessario un legale. Nei casi in cui l'infermo sia totalmente incapace di provvedere alla tutela dei propri diritti e interessi, occorre richiedere la nomina di un tutore. Per il Tribunale di Torino le istanze per la nomina del tutore possono essere predisposte gratuitamente dall'Utlim con sede in Via Artisti 36, Torino, tel. 011.889484, martedì, giovedì e venerdì ore 10-12. Maggiori informazioni sono reperibili sul sito web www.tutori.it Attenzione: Nei casi in cui la "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità terapeutica assicurata dalle leggi vigenti" sia presentata da un amministratore di sostegno o da un tutore è opportuno inviarne, con spedizione a parte, copia al Giudice tutelare che ha emanato il relativo provvedimento. È altresì opportuno prendere visione della sentenza n.12998/2019 della Corte di Cassazione riportata nel documento "Importanti provvedimenti sui diritti delle persone colpite da patologie e/o da disabilità con autonomia limitatissima o nulla", reperibile all'indirizzo web www.fondazionepromozionesociale.it

✓ **Nota 3** – Per la Lombardia invece che al Direttore generale dell'Asl, bisogna indirizzare le raccomandate A/R al Direttore generale dell'Ats – Azienda di Tutela della Salute e al Direttore generale dell'Asst – Azienda Socio-sanitaria territoriale. Inoltre, occorre inviare una raccomandata A/R anche al Responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela dell'Asst.

✓ **Nota 4** – È opportuno scrivere al Sindaco (se i servizi assistenziali sono gestiti dal Comune di residenza del ricoverato) o al Presidente del Consorzio (qualora la gestione sia stata affidata al Consorzio) per rendere note le condizioni in base alle quali si accetta il ricovero presso Rsa e per evitare che il Comune (o il Consorzio) possa richiedere agli eredi dell'anziano malato la restituzione delle somme erogate dall'ente per integrare la parte della retta non versata dal ricoverato. *Non indicare cognomi e nomi ma solo la funzione.*

✓ **Nota 5** – Si propone l'invio di copia della "Opposizione alle dimissioni" alle Segreterie regionali dei Sindacati dei pensionati e al Titolare della Diocesi di competenza sulla base della residenza dell'infermo, in modo che anche questi soggetti vengano a conoscenza della situazione e quindi, se disponibili, possano intervenire a tutela delle indifferibili esigenze sanitarie e dei vigenti diritti esigibili dei malati, "gli ultimi degli ultimi" in quanto totalmente e definitivamente impossibilitati ad autodifendersi a causa della gravità delle loro condizioni di salute.

✓ **Nota 6 – Facsimili orientativi del certificato medico**

- **Esempio per prestazioni domiciliari per le persone colpite da Sla o patologie analoghe:** «Si dichiara che il Sig. A.B. nato a ilresidente a Torino in via in seguito affetto da sclerosi multipla in fase progressiva con grave spasticità agli arti superiori e inferiori, ha l'esigenza indilazionabile e l'indifferibilità assoluta delle cure socio-sanitarie, trattandosi di persona totalmente non autosufficiente e quindi incapace di curarsi, di alimentarsi, di provvedere alla propria igiene personale e di soddisfare le altre sue esigenze vitali. Ultima visita neurologica effettuata il..... della quale viene allegata copia. Il paziente dipende totalmente dalla moglie per qualsiasi atto della vita quotidiana. L'impegno dell'assistenza quotidiana è così suddiviso: - dalle 7:30 alle 9:00 preparazione colazione e somministrazione terapia a letto, pulizia e preparazione del locale bagno; - dalle 9:00 alle 10:30 alzata e igiene personale (per il periodo invernale, altrimenti nel periodo estivo la doccia viene effettuata tutti i giorni); - dalle 10:30 alle 11:00 evacuazione e prosecuzione igiene personale; - dalle 11:00 alle 12:00 logopedia (lun. e merc.), fisioterapia (mart. e

giov.); pulizia stanza e preparazione pranzo; - dalle 12:30 alle 14:00 pranzo; - dalle 14:00 alle 16:30 assistenza per necessità personali, riassetto cucina e pulizie in genere. Eventuale uscita in carrozzina; - dalle 16:30 alle 17,15 evacuazione e igiene personale; - dalle 17:15 alle 20:00 a letto per riposo pomeridiano, terapia e idratazione (circa 750 ml); preparazione cena; - 20:00 alzata e posizionamento in carrozzina; - dalle 20:15 alle 22:45 cena, riordino cucina; - dalle 22:45 alle 23:45 preparazione per la notte, evacuazione e igiene personale; dalle 23,45 alle 24,15 rimessa a letto, terapia e idratazione (circa 750 ml); - dalle 24,30 riposo notturno e assistenza continua per mobilitazione ed altre necessità. Ore settimanali 24 x 7 giorni = 168 ore settimanali; ore notturne di sonno in cui viene assistito dalla moglie 7 x 7 giorni = 49 ore settimanali; ore giornaliere 168 - 49 = 119 ore settimanali».

– **Esempio per prestazioni residenziali:** «La Signora A.B di anni... trovasi ricoverata dal... presso l'ospedale (o casa di cura o residenza sanitaria assistenziale) per ciclo riabilitativo successivo a frattura di femore destro, trattata chirurgicamente. In anamnesi compare una disostruzione della carotide sinistra nel 2013, un infarto miocardico acuto nel 2014, una coronaropatia trivasale, una vasculopatia cerebrale con pregressa ischemia e decadimento cognitivo, un'insufficienza renale cronica di quarto tipo, un diabete mellito in terapia insulinica, un impianto di pacemaker ed una degenerazione neurosensoriale pluriorgano (vista e udito). Per tali patologie la paziente è stata anche riconosciuta invalida al 100% con indennità di accompagnamento. Attualmente le condizioni generali della paziente sono stabili con normalizzazione degli indici di flogosi e della crasi ematica, buon equilibrio glico-metabolico e stabilità pressoria e della funzione renale. D'altro canto il programma riabilitativo iniziale, per il recupero della motilità e della funzione deambulatoria ha dovuto essere ridimensionato per le gravi difficoltà incontrate data la scarsa collaborazione della paziente ed il grave deficit cognitivo di base. Attualmente quindi la Signora si caratterizza per una totale dipendenza nella gestione della Adl e nei passaggi posturali con impossibilità al mantenimento della stazione eretta; sussistono inoltre lievi lesioni da decubito al tallone destro ed al gluteo omolaterale. Dal punto di vista terapeutico, la Sig.ra A.B. assume giornalmente molteplici farmaci, in particolare gastroprotettori, diuretici, cardiotonici, coronaroprotettori, integratori, antiaggreganti, antigottosi, ipocolesterolemizzanti, insulina, vitamina D ed anabolizzanti. **È di tutta evidenza quindi che la Signora non è in grado di essere dimessa in quanto affetta da molteplici e complesse patologie che richiedono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili.** Data..... firma..... ».

- ✓ **Nota 7 (Minacce)** – Ferma restando la necessità di non accettare mai, per nessun motivo, risposte verbali o telefoniche, segnaliamo che, allo scopo di negare il vigente diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con la malattia di Alzheimer o analoghe altre forme di demenza, vi sono operatori che non solo forniscono notizie false ma minacciano anche i congiunti – che giustamente pretendono che ai loro familiari venga assicurata la continuità terapeutica senza alcuna interruzione – di informare ad esempio i Carabinieri e/o la Procura della Repubblica. Al riguardo si precisa che si tratta di minacce che, pur non avendo alcun effetto, sono un reato che può essere denunciato se le parole pronunciate sono confermate da un testimone che deve essere un adulto non parente e non affine. . Si ricorda che la Sezione II della Corte di Cassazione nella sentenza 89/182005 ha stabilito che «al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa». Al riguardo si veda l'articolo di E. Brugnone "Abbandono di anziani malati cronici non autosufficienti e minacce contro i familiari, profili penali" pubblicato sul n. 124, 1998 di "Prospettive assistenziali".
- ✓ **Nota 8 (Maltrattamenti, abusi)** – Nei casi in cui i congiunti di un infermo non autosufficiente accertino comportamenti negativi da parte del personale della struttura di ricovero (ad esempio omesso imboccamento, igiene personale inadeguata, attività riabilitativa insufficiente, ecc.) per ottenere risultati positivi occorre che le relative segnalazioni vengano presentate per iscritto allegando la testimonianza di una terza persona maggiorenne non parente e non affine del malato.
- ✓ **Nota 9 (Consulti)** – Molto utile è la richiesta di un consulto. Il paziente e/o un suo familiare sceglie un medico di sua fiducia che, presi gli opportuni accordi con il responsabile del reparto di degenza, ha il diritto di visitare l'infermo e di esaminare la cartella clinica. Al termine del consulto, i cui oneri sono a carico di chi l'ha richiesto, il medico scelto rilascia un certificato in cui vengono motivate le esigenze del malato. Il documento può essere utilizzato per eventuali richieste da inviare per iscritto al responsabile del reparto di degenza e, se necessario, al Direttore generale dell'Asl in cui la struttura ha sede o ad altre Autorità competenti. È opportuno che copia della documentazione di cui sopra sia inviata anche al Difensore civico regionale, nonché all'organizzazione che opera a tutela delle esigenze e dei diritti degli infermi.

RICHIEDERE RISPOSTE SCRITTE.

L'ACCETTAZIONE DI RISPOSTE VERBALI O TELEFONICHE CREA COMPLICAZIONI E RITARDI ASSOLUTAMENTE DA EVITARE

Sul sito www.fondazionepromozionesociale.it e su www.tutori.it vi sono altre notizie utili

**** DI SEGUITO IN ORDINE GLI INDIRIZZI RELATIVI ALL'AREA DI TORINO:**

- Egr. Direttore generale Asl Torino, Via San Secondo 29 – 10128 Torino
- Egr. Direttore generale Asl [Vedere Nota 1]
- Egr. Direttore sanitario [indirizzo da inserire in base alla struttura di ricovero]
- Egr. Assessore alle politiche sociali, Comune di Torino [al posto del Sindaco di Torino], Via Carlo Ignazio Giulio 22 - 10122 Torino
- Egr. Difensore civico della Regione Piemonte, P.zza Solferino 22 - 10121 Torino
- Egr. Presidente della Regione Piemonte, P.zza Castello 165 - 10121 Torino
- Egr. Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino, Corso Francia 8 - 10143 Torino
- Spett.le Spi Cgil, Via Pedrotti 5 - 10155 Torino
- Spett.le Fnp Cisl, Via Sant'Anselmo 11 - 10125 Torino
- Spett.le Uilp-Uil, Via Bologna 11 - 10152 Torino
- Rev. Titolare della Diocesi di Torino, Via Val della Torre 3 - 10149 Torino
- Spett.le Fondazione Promozione sociale onlus - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti - Via Artisti, 36 - 10124 Torino

MOZIONE n. 1457

Il Consiglio regionale

premesse che

- la condizione di sofferenza delle persone non autosufficienti a seguito di patologie invalidanti o loro esiti, o colpite dalle diverse forme di demenza, e delle loro famiglie ha raggiunto livelli insostenibili anche nella nostra regione;
- è del tutto evidente che la crescita di persone (prevalentemente anziane) in condizioni di non autosufficienza permanente sia tale da mettere in crisi, già ora, le capacità di risposta dell'attuale sistema di welfare, con presumibili esiti ancora peggiori nei prossimi anni in assenza di adeguati provvedimenti che possano contrastare questo trend negativo;
- la legge di bilancio di previsione finanziario 2019-2021, alla missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia), programma 1204 (Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale), ha stabilizzato, per l'intero triennio, la somma di € 55.000.000 (anzi, incrementata di ulteriori € 18.000.000 per l'annualità 2020), allocati nel capitolo 157098;
- detto fondo, incrementato di circa 13 milioni di euro tratti dal fondo sanitario regionale e integrato di 3,6 milioni dal fondo per le non autosufficienze (quota riservata ai pazienti affetti da Sla), garantisce la copertura delle prestazioni definite "extra lea", principalmente, oltre ad azioni sulla disabilità (strutture residenziali e nuclei temporanei) e sulla psichiatria (strutture residenziali psichiatriche socio riabilitative, assegni terapeutici e borse lavoro), le prestazioni attinenti alla cura della non autosufficienza (assegni di cura);

preso atto che

- nei mesi scorsi, diverse realtà associative operanti in ambito sociale - nello specifico La Bottega del Possibile, le Acli di Torino e del Piemonte, la Fondazione Promozione Sociale Onlus, nonché il Forum 3° Settore del Piemonte - hanno svolto un importante percorso di approfondimento sul tema della non autosufficienza, culminato nella redazione di un documento denominato Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti". Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza;
- il Manifesto è stato ufficialmente presentato venerdì scorso, 21 settembre 2018, in occasione di un convegno che ha avuto luogo nell'Aula del Consiglio regionale del Piemonte, al quale hanno partecipato anche gli Assessori regionali alla Sanità e alle Politiche sociali. L'intento di tale documento, che rimane aperto a nuove adesioni, è quello di promuovere "un dibattito pubblico sia sul piano politico che sul piano culturale rispetto alla condizione di non autosufficienza che colpisce un numero crescente di persone" e "richiamare la politica e i decisori, ai vari livelli, per un varo di provvedimenti adeguati a fronteggiare ed a governare questo fenomeno, nonché per rispondere efficacemente ai bisogni delle persone che vivono una condizione di non autosufficienza, assicurando così ad ognuna, l'esigibilità del diritto alla salute";

evidenziato come

- i bisogni cruciali delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie non richiedano solo attività infermieristiche, mediche e riabilitative, seppur fondamentali, ma anche l'assistenza continua nelle funzioni della vita quotidiana. La qualità di quest'ultima dipende spesso, infatti, più che da interventi di mera tecnica sanitaria (certamente indispensabili quando appropriati), dalla possibilità di un supporto permanente negli atti della vita di tutti i giorni;
- sia sempre maggiore il rischio di abituarsi al fatto che tocchi esclusivamente alle famiglie assistere le persone care non autosufficienti perché i servizi pubblici più di tanto non possono fare, ossia il rischio che si diffonda una concezione del welfare pubblico, insidiosa e distorta, che si limita solo a "contribuire se e quando può", assegnando primariamente ai familiari il compito di supporto. Tuttavia, moltissime famiglie, anche se presenti, non sono comunque in grado di garantire ai propri cari non autosufficienti adeguata assistenza e, dunque, questa concezione, oltre che iniqua verso le famiglie più fragili, è anche del tutto illusoria e inefficace;
- la carenza di interventi per la tutela degli atti della vita quotidiana - e le lunghe liste d'attesa per ottenerli - stiano producendo effetti drammatici sui non autosufficienti, oltre che sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistenza diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fare a meno di assistere ma non può fruire dei congedi retribuiti; gravissimi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari, etc.;
- l'offerta di posti letto residenziali debba essere di certo adeguata alla richiesta e ai bisogni, tuttavia non si può non sottolineare come la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza debba essere quella di potenziare la tutela presso il domicilio poiché essa, purché consistente, non soltanto è più gradita agli utenti e alle famiglie - oltre che più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita - ma è anche economicamente più efficiente;

considerato che

- sia necessario dare risposta all'esigenza di un "sistema di cure" più completo, vale a dire un sistema che si incardini non tanto sulla distinzione tra ambiti (sanitario e assistenziale), quanto piuttosto sulla loro integrazione, a partire dal bisogno di salute delle persone, che assicuri prestazioni esigibili (e non solo collochi in liste di attesa) ed offra un insieme coordinato di sostegni, adattabili alla condizione della persona e della sua rete familiare;
- sia quanto mai urgente e improcrastinabile - anche assumendo scelte puntuali in merito all'applicazione dei nuovi LEA nazionali emanati nel 2017 - che si pervenga ad un nuovo modello nel quale il SSN intervenga con prestazioni mediche, infermieristiche e di ausili ma si occupi anche adeguatamente della salvaguardia delle funzioni essenziali nella vita quotidiana delle persone non autosufficienti, non limitandosi, quindi, a fornire solo alcune ore di operatori sociosanitari (OSS) e lasciando tutto il resto alle famiglie o ai servizi sociassistenziali. La ratio alla base è che la sanità pubblica non possa limitarsi a "guarire" ma debba anche "curare", nel senso che anche quando la guarigione della persona sia impossibile, il suo compito primario deve essere e rimanere quello di "prendersi cura" dei bisogni originati da problemi di salute, anche sulla base di quanto sancito all'articolo 2 della legge fondativa del SSN (L. 833/78) secondo cui tale Servizio deve assicurare diagnosi e cura degli eventi morbosi "*quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*";
- sia fondamentale porre rimedio con urgenza ad una delle più evidenti contraddizioni del sistema attuale, occorre cioè che la sanità pubblica fornisca medesime prestazioni a prescindere dal fatto che la persona non autosufficiente sia in una

RSA o al suo domicilio. E' inconcepibile che la stessa patologia cronica riceva dal SSN differenti garanzie di prestazione a seconda che essa sia gestita in struttura residenziale o a casa. Questo determina, nei fatti, comprensibili disincentivi alla permanenza a casa dei non autosufficienti, oltre che immotivate asimmetrie nelle prestazioni;

considerato, altresì, che

- nell'attuazione dei nuovi LEA sopra richiamati, approvati con DPCM del 12 gennaio 2017, la Regione deve agire attraverso un imprescindibile confronto con i soggetti sociali - Enti gestori e Organismi di rappresentanza degli utenti - poiché costruire atti fondamentali in questo modo non è un mero rituale burocratico, bensì una procedura che dà sostanza alle politiche e alla democrazia partecipativa. Infatti, solo decisioni nate da un vero confronto e dal coinvolgimento attivo del Terzo Settore hanno speranza di una messa in opera diffusa e davvero coerente;
- poiché il DPCM sui nuovi LEA prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il Sociale, occorre che la Regione utilizzi questa opportunità importantissima per pervenire ad un modello che abbia le seguenti caratteristiche:
 - garantisca diritti reali e riduca le liste d'attesa. Sebbene la sostenibilità economica sia un tema imprescindibile, i LEA si devono contraddistinguere come "diritti essenziali fruibili", la loro messa in opera deve puntare, quindi, a garantire almeno un set minimo di prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili. Di conseguenza, è ineludibile la definizione di standard minimi sui volumi di offerta da fornire e sui tempi per la loro attivazione, anche attuando nel merito la legge regionale n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti";
 - preveda che l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti possa consistere in offerte differenziate da concordare con la famiglia, adattandole alla specifica situazione (assegni di cura per assumere persone di fiducia, contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni, come pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo e così via);
 - assicuri un impegno anche del SSN nel finanziare diverse possibili forme di assistenza domiciliare per i non autosufficienti;
 - salvaguardi gli interventi sulla non autosufficienza e cronicità in capo al SSN, con adeguati stanziamenti di risorse;
 - assicuri che la programmazione di posti letto accreditati e convenzionati nelle RSA sia uniformemente adeguata ai fabbisogni dei diversi territori, incrementando la qualità del servizio in termini di dotazione organica, minutaggi, formazione del personale e apertura delle strutture al territorio;
 - garantisca adeguata uniformità nei meccanismi istituzionali di raccordo tra le ASL e gli Enti gestori dei servizi sociali, anche supportando i territori che sono ancora lontani da un assetto efficace e governando una omogenea messa in opera, sul territorio regionale, dei sistemi di offerta per i non autosufficienti;
 - revisioni l'attuale meccanismo della valutazione della non autosufficienza, prevedendo che in tale valutazione, ad opera delle commissioni competenti, non abbia rilievo la condizione economica del richiedente, che va utilizzata, invece, solo per identificare il livello di compartecipazione ai costi degli interventi;

- preveda come segmento indispensabile del sistema delle cure la diffusione di "Sportelli sociosanitari" come luogo di primo accesso facile per le famiglie, nei quali non solo ricevere la "prenotazione in UVG", ma anche informazione su tutte le altre prestazioni che potrebbero essere utili, anche se non attivate dallo Sportello (prestazioni INPS, sulle barriere architettoniche, sgravi fiscali, etc);

ritenuto che le proposte avanzate dal Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti" costituiscano, allo stato attuale, l'elaborazione culturalmente e politicamente più avanzata in tema di servizi per la non autosufficienza

impegna la Giunta regionale del Piemonte

- a recepire integralmente il Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti". Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza quale linea guida regionale in materia di organizzazione, governo ed erogazione dei servizi per la non autosufficienza;
- a impegnare sul triennio nel capitolo "extra lea" le risorse tradizionalmente spese per "assegni di cura" per persone non autosufficienti, con l'incremento approvato per l'annualità 2020, affinché queste risorse, unitamente a quelle sanitarie in materia di domiciliarità, garantiscano l'attuazione delle linee di intervento definite nel Manifesto.

-----oOo-----

Testo del documento votato con modifiche e approvato all'unanimità nell'adunanza consiliare del 12 marzo 2019

Proposta di regolamento della legge della Regione Piemonte

n. 10/2010 “Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti” (*Bozza al 17 marzo 2017*)

Articolo 1. In attuazione della legge della Regione Piemonte n. 10/2010, allo scopo di promuovere il massimo benessere possibile delle persone non autosufficienti, la Regione Piemonte, in alternativa all'accoglienza in una struttura residenziale socio-sanitaria, garantisce il diritto prioritario alle prestazioni domiciliari a coloro che, a causa della perdita della loro autonomia, sono nell'impossibilità di compiere gli atti essenziali della vita senza l'aiuto permanente di altre persone.

Le prestazioni domiciliari possono essere richieste dall'interessato, se ne è in grado, oppure da chi lo rappresenta, nonché dal medico di medicina generale.

In particolare hanno diritto alle prestazioni domiciliari le persone con:

- a) patologie croniche invalidanti e non autosufficienza;
- b) malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile;
- c) disabilità intellettiva e/o autismo con limitatissima o nulla autonomia a integrazione dell'obbligo scolastico-formativo o nel caso di persone che, concluso l'obbligo scolastico, non sono in grado di proseguire gli studi a causa della gravità delle loro condizioni di salute e non frequentano un centro diurno a tempo pieno (8 ore di ciascun giorno feriale)

Articolo 2. La condizione di non autosufficienza è accertata, come previsto dall'articolo 2 della citata legge regionale n. 10/2010, da apposite Unità di valutazione.

Con apposito provvedimento la Giunta regionale, entro 60 giorni dall'entrata in vigore di questo provvedimento, approva con propria deliberazione, da sottoporre preventivamente all'esame della Commissione sanità e assistenza del Consiglio regionale, e in coerenza con la normativa nazionale:

- a) i criteri di accesso e gli indicatori di valutazione uniformi valevoli su tutto il territorio regionale, comprendenti gli aspetti sociali e sanitari;
- b) i massimali di spesa destinabili a ciascuna persona in relazione alla valutazione di gravità;
- c) i tempi massimi per la valutazione dei casi sottoposti e per l'eventuale revisione del livello di non autosufficienza.

Articolo 3. Le prestazioni domiciliari sono assicurate dalle Asl nei casi in cui siano contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:

- a) non vi siano controindicazioni cliniche o di altra natura riguardanti gli aventi diritto;
- b) la persona interessata, se in grado di esprimersi o il soggetto che di fatto lo rappresenta, sia consenziente e possano essere fornite a domicilio le necessarie prestazioni socio-sanitarie, comprese quelle mediche, infermieristiche e riabilitative;
- c) almeno un congiunto o un soggetto terzo siano disponibili ad assicurare le occorrenti prestazioni domiciliari e non vi siano controindicazioni circa la loro idoneità.

Ai fini del presente provvedimento la persona che provvede ad assicurare le occorrenti prestazioni domiciliari viene denominato “accuditore domiciliare”.

Possono svolgere l'attività di accuditore domiciliare i familiari, nonché gli affidatari ed i volontari di cui alla lettera d) del 1° comma dell'articolo 5 della legge regionale n. 10/2010.

Articolo 4. L'Asl di residenza della persona non autosufficiente garantisce gli interventi di emergenza di sua competenza sia nei casi in cui l'accuditore domiciliare non sia più in grado, anche temporaneamente, di fornire gli interventi necessari alla persona non autosufficiente e non possa essere immediatamente sostituito da altro soggetto individuato dal tutore o dall'amministratore di sostegno o da colui che di fatto lo rappresenta, sia qualora insorgano esigenze indifferibili della persona non autosufficiente che ne impongano l'immediato trasferimento presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria.

Articolo 5. Accertata la condizione di persona non autosufficiente ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n. 10/2010, il Presidente della relativa Commissione comunica immediatamente all'interessato, o a colui che di fatto lo rappresenta, che nei casi in cui siano soddisfatte le condizioni previste dagli articoli precedenti, l'Asl provvederà, a partire dal primo giorno del mese successivo alla data della decisione della suddetta Commissione, ad erogare all'accuditore domiciliare la somma mensile corrispondente al 60% dell'importo versato dall'Asl quale quota sanitaria per le persone ricoverate nelle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, aventi analoghe condizioni di gravità della loro salute.

L'erogazione delle sopra citate somme mensili non instaura alcun rapporto di lavoro o altra natura fra l'Asl, l'ente erogatore delle prestazioni socio-assistenziali e l'accuditore domiciliare.

Nei casi in cui la competente Commissione valutativa abbia accertato che le esigenze delle persone con disabilità intellettiva e/o con autismo sono inidonee, anche in relazione alle condizioni dell'accuditore domiciliare, alla frequenza a tempo pieno del centro diurno, la quota mensile di cui sopra a carico dell'Asl verrà calcolata in misura totale o parziale quale base della mancata o della ridotta frequenza di detto centro.

Articolo 6. Gli Enti gestori delle attività socio-assistenziali integrano le somme versate dalle Asl agli accuditori domiciliari sulla base dell'importo dei redditi e beni della persona non autosufficiente, calcolati come stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013, assicurando all'utente il minimo indispensabile per vivere individuato dall'Istat in base al luogo di residenza.

Articolo 7. L'avvio delle prestazioni domiciliari e le generalità dell'accuditore domiciliare sono comunicati entro tre giorni dall'Asl al medico di medicina generale della persona non autosufficiente affinché sostenga dette prestazioni nell'ambito delle sue funzioni.

Articolo 8. Per l'attuazione degli articoli 5, comma 1, lettera b), 6, 7, 8, comma 1, la Giunta regionale provvede entro e non oltre 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento ad emanare apposita deliberazione da sottoporre preventivamente all'esame della Commissione sanità e assistenza del Consiglio regionale.

*Chi desidera collaborare alla promozione del diritto alle cure domiciliari
può inviare eventuali proposte o commenti a:*

info@fondazionepromozionesociale.it oppure a

Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, Via Artisti 36, 10124 Torino

Attualmente 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 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 tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

I Geriatri Piemontesi si sono riuniti il 17/4/18 per discutere il documento "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI 2018-2019 PER IL RECEPIMENTO DEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ" sotto la Presidenza del Prof. G.C. Isaia e con il sostegno delle sezioni regionali di SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, AIP - Associazione Italiana di Psicogeriatria, SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, AGE – Associazione Geriatri Extraospedalieri.

Premessa

Il documento regionale delinea con chiarezza i principi ed il percorso metodologico della fase iniziale di un processo sperimentale della durata stimata di due anni, durante i quali è prevista la possibilità di ulteriori momenti di revisione e discussione: a tal proposito i Geriatri offrono fin da ora la loro disponibilità, operativa e culturale, per l'attuazione di quanto indicato nel documento

Considerazioni generali

- a) L'aumento dell'aspettativa di vita consente a molte persone di raggiungere l'età avanzata in discreto benessere ed indipendenza ("invecchiamento attivo"), ma determina anche la crescita di una categoria di anziani caratterizzata da una particolare complessità per la presenza di multiple patologie croniche, disabilità e fragilità;
- b) Con il termine di anziano fragile si intende solitamente identificare un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche (e quindi in trattamento con molti farmaci), clinicamente instabile, frequentemente disabile (ossia con perdite funzionali e, quindi, parzialmente o completamente non autosufficiente), nel quale spesso coesistono problematiche psico-cognitive (es., depressione, demenza) e di tipo socio-economico (es. povertà, solitudine, rete amicale/familiare talora carente);
- c) Il paziente anziano fragile e non autosufficiente ha 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
 - *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
 - una *rete integrata di servizi sanitari e sociali* in grado di attivarsi in modo puntuale e rapido non appena insorgano problematiche socio-sanitarie e di garantire un attento e costante monitoraggio clinico;
- d) Gli anziani fragili affetti da malattie croniche pongono interrogativi complessi, non segmentabili in interventi singoli. *La complessità* che caratterizza i bisogni e i problemi dei soggetti anziani fragili, e spesso disabili, richiede un approccio sistemico e di conseguenza la presa in carico strutturata rappresenta la modalità di risposta più adeguata ai bisogni di questi pazienti; ad essi infatti spesso non giovano interventi standardizzati e frammentati, ma piuttosto provvedimenti specifici e personalizzati che tengano in considerazione l'estrema eterogeneità di questa popolazione e le differenze interindividuali, non solo cliniche ma anche socio-ambientali. Per prendere in carico in modo olistico la complessità dell'anziano fragile all'interno della rete dei servizi socio-sanitari, è a nostro avviso necessario rispondere in maniera flessibile all'emergere di situazioni nuove, nonché valorizzare e promuovere l'apporto di più saperi e professioni (multidisciplinarietà) nella definizione, gestione e valutazione del bisogno di salute;
- e) Il *ricovero ospedaliero* rappresenta spesso il principale punto di avvio del processo di continuità assistenziale in quanto:
 - in Italia circa il 90% della popolazione con patologie croniche si ricovera in ospedale nell'ultimo mese di vita;
 - l'ospedale assicura al paziente la possibilità di ottenere una precisa diagnosi clinica, laboratoristica e strumentale, cure tempestive ed adeguate;

- f) Durante il ricovero possono comparire, soprattutto nei soggetti più anziani e fragili, gravi *scompensi psico-fisici*, in rapporto a molti fattori: stress per l'allontanamento dal proprio abituale luogo di vita, immobilità prolungata, privazione o riduzione degli stimoli sensoriali, aumento delle complicanze. Di conseguenza, quando possibile, è preferibile gestire il paziente anziano a domicilio garantendogli sicurezza e professionalità;
- g) La disponibilità di *servizi di cura domiciliari* (i Servizi infermieristici territoriali, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Ospedalizzazione a Domicilio), può condurre ad una minore durata dei ricoveri ospedalieri, alla riduzione di episodi confusionali, alla diminuzione delle accettazioni nelle strutture residenziali (es., case di riposo o RSA), al miglioramento dello stato funzionale, della qualità di vita oltre che ad una contrazione dei costi;
- h) Per i pazienti anziani fragili le strutture residenziali (in particolare le R.S.A.) possono rappresentare un'alternativa alle cure domiciliari, laddove queste non siano disponibili o attivabili, e richiedono, pertanto, risorse economiche specifiche e standard strutturali/organizzativi adeguati, orientati in senso geriatrico;
- i) L'approccio olistico al paziente, basato sulla Valutazione Multidimensionale (VMD) deve costituire parte integrante della formazione e dell'esperienza di tutte le figure professionali che si occupano dell'anziano, ad iniziare ai corsi universitari: tuttavia, il solo uso di scale non potrà mai sostituire il colloquio, l'ispezione e la valutazione clinica, pena la sconfitta dell'approccio culturale globale all'anziano. I limiti della Evidence Based Medicine, legati soprattutto alla carenza di studi su popolazioni "reali" di anziani fragili e complessi, mettono in evidenza come l'approccio al malato anziano sia ancora imprescindibilmente legato alla conoscenza fisica, alla visita, alla semeiologia e a un'attenta raccolta ed ascolto dei racconti anamnestici del paziente anziano. Il Geriatra, per formazione e cultura, possiede gli strumenti per poter gestire questo tipo di approccio e molti studi nazionali ed internazionali hanno dimostrato che, laddove esso sia presente, si ottengono concreti vantaggi in termini di mortalità, morbidità, istituzionalizzazione, livello di autonomia, uso appropriato di farmaci, costi.
- j) Non sempre la figura del Geriatra è presente nelle commissioni UVG (anche se questa figura è espressamente prevista da diverse DGR),

Suggerimenti e proposte

- Necessità di riconoscere il livello di autonomia/dipendenza funzionale come elemento centrale della valutazione del paziente affetto da cronicità (importanza della VMD) e, quindi, di tenere in considerazione questo aspetto nella Fase 1 di "Identificazione delle popolazioni target registrazione dei dati". Questa fase prevede l'elaborazione di algoritmi per la stratificazione del rischio degli assistiti, che verranno suddivisi in sani, a rischio intermedio (assistiti con specifiche patologie croniche) ed a rischio elevato per la presenza di fragilità clinica e/o vulnerabilità sociale. Sarebbe opportuno prevedere la figura del Geriatra in questa fase, soprattutto per la "definizione dei fattori di rischio di fragilità" e la "classificazione del grado di fragilità"
- Importanza di promuovere una organizzazione delle cure per complessità clinica e funzionale piuttosto che in base a reti per singole patologie (il paziente anziano cronico è tipicamente polipatologico)
- Riservare maggiore attenzione ad alcune categorie di pazienti affetti da patologie croniche con forte impatto sociale oltre che altamente invalidanti, come la demenza: importanza del ruolo dei CDCD, non solo nella diagnosi ma anche nella gestione a lungo termine del paziente e della sua famiglia. In questa ottica, sarebbe opportuno utilizzare competenze Geriatriche non solo nelle UVG, ma anche nei percorsi ospedalieri e territoriali delle cure palliative che, oltre ai pazienti neoplastici, devono sempre di più aprirsi ai pazienti portatori di patologie cronicodegenerative, ivi inclusi i pazienti dementi
- Definire con maggiore chiarezza il ruolo dello "*Specialista della fragilità*": quali competenze

sono specifiche del Fisiatra e quali del Geriatra, tenuto conto che, per formazione e cultura, il Fisiatra si occupa esclusivamente di procedure riabilitative e non ha competenze cliniche o farmacologiche atte a garantire una corretta gestione di questi pazienti

- Individuare nella figura del Geriatra lo specialista di riferimento per patologie o sindromi o situazioni cliniche tipiche di questa fascia di popolazione (es., demenza, delirium, fase post-chirurgica o post-ictus, ecc.), in grado di seguire il paziente durante l'intero percorso, in fase di acuzie e di cronicità.
- Diffondere con *interventi di formazione* (a livello non solo di medici ed infermieri ma di tutte le figure che si occupano di pazienti anziani, inclusi gli OSS e gli assistenti familiari formali ed informali) e di *educazione* (a livello di popolazione), le competenze specifiche di tipo geriatrico per gestire la complessità, la polipatologia, la cronicità, la fragilità, inclusa la fragilità sociale, spesso negletta, ma causa rilevante di malattia nell'anziano
- Promuovere l'attivazione di una rete integrata che comprenda il MMG, l'Assistente Sociale, il Geriatra ed altre figure specialistiche che operi attivamente all'interno di Case della Salute/RSA/cure domiciliari (ADI), soprattutto per la gestione dei pazienti più fragili e complessi, con l'obiettivo di favorirne la domiciliarità ed evitare cure o ospedalizzazioni improprie o protratte. Si segnala che nell'ASL VCO da anni la SOC di Geriatria si occupa di consulenze in RSA ed a domicilio e che tale attività dovrebbe essere sviluppata su tutto il territorio piemontese
- Riconoscere l'utilità della figura del Geriatra nelle RSA quale responsabile di strutture in cui hanno luogo esperienze di medicalizzazione di maggiore intensità (continuità assistenziale, ospedalizzazione di comunità) in quanto figura in grado di fornire anche consulenza specialistica, quando richiesta, ai medici di Medicina Generale
- Rivalutare e ripensare al ruolo delle Unità Geriatriche per Acuti all'interno delle strutture ospedaliere, al fine di ottimizzare l'integrazione tra sanità e servizi socio-assistenziali
- Integrare maggiormente l'assistenza ospedaliera con il territorio: l'accesso in ospedale, se non monitorato da un punto di vista geriatrico, può comportare il *drop out* dalla rete assistenziale. La figura del Geriatra potrebbe pertanto svolgere funzioni di coordinamento già all'interno dei Nuclei di Continuità di Cura sia Ospedalieri (NOCC) che Distrettuali (NDCC), fornendo supporto alle figure già presenti in tali unità. Attraverso un'effettiva e completa presa in carico del paziente "fragile" dall'accesso in Pronto Soccorso fino alla sua dimissione sul territorio, il Geriatra può contribuire all'appropriata pianificazione di percorsi di cura integrati, personalizzati e dinamici, come richiesto dal documento in oggetto.
- Al fine di agevolare l'integrazione tra ospedale e territorio, diffondere i servizi di Assistenza Integrativa Ospedaliera a domicilio, così come previsto nella Deliberazione della Giunta Regionale 16 marzo 2010, n. 85-13580 "Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare", oggi strutturalmente operativo soltanto presso la Città della Salute e della Scienza di Torino

Prof Giancarlo Isaia (Direttore SC Geriatra e MMO Città della Salute e della Scienza di Torino)
Dott.ssa Vittoria Tibaldi (Presidente Regionale SIGG)
Dott. Antonino Cotroneo (Presidente Regionale AIP)
Dott. Piero Secreto (Presidente Regionale SIGOT)
Dott. Gianluca Isaia (Presidente Regionale AGE)

Torino 17 Maggio 2018

L'OMCEO-TO ALLA REGIONE PIEMONTE: FARE DI PIÙ PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PER I MEDICI CHE LI ASSISTONO

06 LUGLIO 2015

Di Nicola Ferraro

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (OMCeO-TO) preso atto della delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 18-1326 del 20 aprile 2015 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015" ([vedi](#)) espone quanto segue.

Premesso che:

- gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite 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 ([vedi](#));
- l'articolo 32 della Costituzione, la legge 833/1978, l'articolo 54 della legge 289/2002 assicurano il diritto alla cura di tali pazienti in relazione al loro fabbisogno terapeutico e senza limiti di durata;
- in Piemonte sono 32mila gli anziani malati cronici non autosufficienti posti in liste d'attesa e cioè non presi in carico dal Servizio sanitario regionale per le opportune cure di cui hanno necessità immediata dovuta alla loro situazione;

Considerato altresì che:

- nella delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 18-1326 viene osservato in merito a tali pazienti non autosufficienti che «*le liste d'attesa, governate dalle Asl, costituiscono (...) elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa" necessario per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario nazionale"*»;

- all'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) è stato assegnato il compito di collocare le persone non autosufficienti valutate «*in apposite liste di attesa*»;
- nella delibera in oggetto non viene mai citata la legge 10/2010 della Regione Piemonte “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti” ([vedi](#)).
- nella delibera in oggetto si afferma, in contrasto con quanto stabilito dai Livelli essenziali di assistenza (Dpcm 29 novembre 2001, articolo 54 della legge 289/220), che «*non si può sostenere che tutte le persone non autosufficienti abbiano diritto di accedere ai servizi residenziali*», individuando non meglio specificate prestazioni domiciliari, senza mai tenere in conto:
 - la valutazione della volontaria disponibilità e non inidoneità dei congiunti di farsi carico dell'accudimento del proprio familiare malato;
 - l'assoluta priorità delle cure domiciliari;
 - l'obbligo delle Asl di assumere a proprio carico il 50% dei costi relativi alle prestazioni domiciliari di «*aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*».

L'Ordine dei medici chiede agli Organi istituzionali della Regione Piemonte:

di predisporre urgenti provvedimenti

- 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;
- per il riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari;
- 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 e accettazione 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;
- di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, di 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 di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (OMCeO - TO)

a seguito del documento approvato in data 6 luglio 2015 relativo all'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile, preso atto della bozza di deliberazione della giunta regionale del Piemonte "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica" **chiede agli Organi istituzionali della Regione Piemonte:**

di predisporre il regolamento della legge della Regione Piemonte n. 10/2010 e dare piena attuazione alla suddetta legge attraverso l'attivazione delle indifferibili prestazioni socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti (anziani malati cronici, persone colpite da demenza senile);

che siano le Asl a coprire i costi, come previsto dai Livelli essenziali delle attività socio-sanitarie (Lea), delle suddette prestazioni socio-sanitarie domiciliari, che rappresentano anche un'opportunità di risparmio di spesa rispetto ai ricoveri ospedalieri e/o alle prestazioni residenziali. Ed in particolare che il Servizio Sanitario Nazionale copra il 100% delle prestazioni di «medicina generale e specialistica, infermieristiche, riabilitative e di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa» e il 50% di quelle di «assistenza tutelare», con il restante importo a carico dell'utente o del Comune in caso di risorse economiche insufficienti;

che nell'ambito dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), servizio assicurato dall'Asl, venga creato un unico servizio di cure domiciliari per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato dai medici di medicina generale;

di attivarsi presso il Parlamento, il Governo, la Conferenza Stato Regioni e presso ogni altra eventuale sede istituzionale, al fine di sollecitare la piena applicazione della legge 833/1978 e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Lea) attraverso l'assicurazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili alle persone non autosufficienti

di attivarsi presso le sopra citate istituzioni per ottenere dal Fondo sanitario nazionale le necessarie risorse per le prestazioni socio-sanitarie, prioritariamente domiciliari, semi-residenziali e residenziali e dal Fondo per le non autosufficienze le risorse destinate ai Comuni esclusivamente per l'integrazione della quota alberghiera a carico dell'utente.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Tali richieste scaturiscono dalle seguenti premesse e considerazioni:

come già puntualizzato da questo Ordine nel documento citato, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie con definitiva compromissione della loro autosufficienza e pertanto necessitano di supporti sanitari e socio-sanitari indifferibili, in relazione ai loro quadri clinici e patologici;

nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale non solo ha precisato che *«l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti [analoghe sono le norme riguardanti le persone con disabilità e limitata o nulla autonomia, n.d.r.] è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001»*, ma ha anche definito non autosufficienti le *«persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri»*;

l'articolo 32 della Costituzione, la legge 833/1978, l'articolo 54 della legge 289/2002 assicurano il diritto alla cura di tali pazienti da parte del Servizio Sanitario Nazionale in relazione al loro fabbisogno terapeutico e senza limiti di durata attraverso gli opportuni interventi residenziali, domiciliari;

gli interventi sanitari e socio-sanitari a domicilio nei confronti di tali malati, quando soddisfano le loro indifferibili esigenze terapeutiche, ne determinano in generale notevoli benefici, fra l'altro con rilevanti risparmi da parte delle Asl e dei Comuni, in quanto il costo per il SSN risulta così ripartito:

- degenza in casa di cura, 154 euro/giorno (con percorso di riabilitazione fino a 272,70 euro/giorno)
- degenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), da 71,56 a 104, 44 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del SSN)
- prestazione socio-sanitaria domiciliare, dai 26 ai 52,80 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del SSN)¹.

la legge 10/2010 della Regione Piemonte **“Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”** stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie a domicilio siano assicurate attraverso: *«a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati; b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone*



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23
Web: www.omceo.to.it
email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare; c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto; d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari»;

per l'attivazione delle cure socio-sanitarie domiciliari è indispensabile che, volontariamente e direttamente da parenti del malato o conoscenti o attraverso l'assunzione di terze persone a pagamento, sia garantita la presenza di persone che assicurino al malato non autosufficiente il sostegno 24 ore su 24, ma anche che, sulla base delle indicazioni del personale medico e infermieristico, provvedano alla preparazione e somministrazione dei farmaci, al controllo ed eventuale regolazione delle infusioni (flebo) predisposte dagli infermieri, all'esecuzione delle piccole e ripetute medicazioni indicate dai medici e dagli infermieri, alla movimentazione per evitare l'anchilosi e l'insorgere delle piaghe da decubito, alla rilevazione e registrazione dei dati richiesti dal personale sanitario (febbre, pressione, dolori persistenti, difficoltà della respirazione, ecc.), all'igiene ambientale e a quella personale dell'infermo, alla vigilanza delle condizioni di salute del paziente, all'individuazione delle eventuali emergenze sanitarie e messa in atto dei relativi interventi indifferibili; all'eventuale redazione del diario sanitario, nonché alla raccolta di rifiuti sanitari e il loro avvio ai relativi centri di smaltimento;

le sopracitate prestazioni, indispensabili per l'attuazione delle cure socio-sanitarie domiciliari, **sono di natura sanitaria e socio-sanitaria, devono essere assicurate in modo indifferibile con continue verifiche e costituiscono un elemento essenziale per la tutela della salute e la cura della/e patologia/e delle persone non autosufficienti;**

come già evidenziato nel documento del 6 luglio, 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;

alla luce delle disposizioni della bozza di delibera "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica" le disparità di trattamento dei malati non autosufficienti (preventiva valutazione dell'UVG per l'accesso alle prestazioni di infermi con esigenze sanitarie indifferibili, accertamento



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23
Web: www.omceo.to.it
email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

condizioni sociali ed economiche, ecc.) rispetto agli altri cittadini sofferenti a causa di patologie identiche o assimilabili risulta evidente e poiché tutte le persone non autosufficienti, nessuna esclusa, sono anche soggetti con disabilità, peraltro grave, le disparità di trattamento rientrano fra le situazioni previste dalla legge n. 67/2006 “ Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazione ”.

Torino, 21 marzo 2016

1 G. Fornero, [Direttore della qualità e del rischio clinico Città della salute di Torino. Il concetto di urgenza e l'indifferibilità dei bisogni sanitari e socio-sanitari di un malato non autosufficiente](#), slide e relazione al convegno “Anziani malati non autosufficienti e/o con demenza. Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliere”, Torino, 23 ottobre 2015.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

*C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23
Web: www.omceo-to.it
email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it*

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

Per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze occorre rafforzare la Sanità Pubblica. La strategia "salute in tutte le politiche" deve permeare le scelte della Regione Piemonte, dal lavoro, all'assistenza socio-sanitaria, all'istruzione, al reddito, all'ambiente e alle condizioni e abitudini di vita, con il coinvolgimento attivo delle persone assistite, dei loro famigliari e associazioni, dei medici e di tutte le professioni sanitarie.

1. La sostenibilità del Servizio Sanitario

Per garantire la migliore tutela della salute, il finanziamento pubblico al Servizio Sanitario Regionale deve essere destinato interamente alla Sanità.

Gli eventuali risparmi conseguenti a razionalizzazioni devono essere reinvestiti per il potenziamento del Servizio Sanitario Pubblico, affinché le famiglie non debbano pagare di tasca propria, in modo crescente, una parte della spesa sanitaria: ciò è un grave limite all'accesso alle cure soprattutto per i meno abbienti.

Occorrono investimenti finalizzati al potenziamento di Long Term Care, personale sanitario, medici specialisti e di famiglia, riduzione delle liste di attesa (la principale criticità percepita dai cittadini), coordinamento dell'assistenza, tecnologia sanitaria ed informatica dedicata ed appropriata, semplificazione amministrativa, contrasto alle frodi ed abusi.

2. L'appropriatezza

La scelta di quali strumenti (farmaci, tecnologie sanitarie) e di quali percorsi diagnostici e terapeutici utilizzare è una competenza specifica e rilevante dei medici.

Le azioni per migliorare l'appropriatezza risultano più efficaci quando sono condotte dai medici in collaborazione con le persone assistite, con i care-giver, con i cittadini e con le associazioni, per favorire la loro consapevolezza nelle scelte di salute.

Vanno approntate politiche volte ad evitare il sottoutilizzo dei servizi sanitari da parte delle fasce economicamente e culturalmente più deboli ed il sovra utilizzo incongruo delle prestazioni.

3. La sicurezza delle cure

E' fondamentale che si garantisca la sicurezza delle cure, anche in applicazione della Legge 24/2017. Tre misure sono prioritarie.

Va attuato un piano quinquennale di messa a norma e in sicurezza di tutti gli impianti e le strutture sanitarie (costo stimato di 2 miliardi euro - dato 2013).

Va evitato il fenomeno del sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza e Urgenza, consentendo un'assistenza ospedaliera adeguata, con medici specialisti ed infermieri in numero idoneo, e potenziando la Long Term Care.

Infine è necessario intraprendere tutte le iniziative utili a prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari.

4. Carenza di specialisti e medici di famiglia

La carenza di medici, già attuale, peggiorerà nel prossimo futuro.

Si prevede infatti che nel 2025 in Piemonte mancheranno circa 2000 specialisti, in particolare urologisti, pediatri e internisti e oltre 500 medici di famiglia.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Occorre che la Regione chieda in sede di conferenza Stato -Regioni l'aumento delle borse di studio e che incrementi quelle aggiuntive finanziate autonomamente.

Per affrontare l'urgenza dei concorsi deserti, è inoltre necessario che la Regione deroghi transitoriamente alla legislazione vigente, consentendo ai medici in formazione dell'ultimo anno di essere assunti.

5. La relazione di fiducia tra cittadini e medici

Perché si realizzi una reale fiducia reciproca tra pazienti e medici è indispensabile che questi siano in numero adeguato per offrire le cure necessarie e perché ci sia il tempo di dialogare, anche deburocratizzando l'atto medico. Occorre applicare concretamente la Legge 219/2017 laddove dice "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura", adeguando il numero dei medici a tale necessità, e rendendo compiutamente esigibile il diritto per il cittadino di redigere con l'aiuto del medico le proprie disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure.

6. Il Parco della Salute

L'Ordine dei Medici, che è organo sussidiario dello Stato, ritiene doveroso ed essenziale il proprio coinvolgimento in tutte le prossime fasi di progettazione del Parco della Salute. Abbiamo segnalato possibili criticità riguardo al sito, alle modalità del partenariato pubblico privato, alla didattica, alla rete materno-infantile e traumatologica, al dimensionamento e al rapporto con le reti clinico-assistenziali ospedaliere e delle cure primarie e socio-sanitarie della Città Metropolitana di Torino.

Vogliamo poterne discutere.

7. I malati cronici non autosufficienti

In tutta Europa la spesa per l'assistenza a lungo termine è aumentata più che per qualsiasi altra voce. Il Piemonte è in grave ritardo: in riferimento ai dati Ocse, il Piemonte può contare solo sul 30% dei posti letto residenziali e sul 50% degli interventi domiciliari rispetto agli altri Paesi ad alto reddito.

25.653 persone (calcolo per difetto su dati 2016-2017), sono in attesa di ricevere servizi assistenziali residenziali e domiciliari. Il sistema accoglie circa l'1,7% degli ultrasessantacinquenni, contro un fabbisogno del 5%.

L'assistenza a lungo termine per i pazienti anziani cronici non autosufficienti deve essere disponibile anche in Piemonte, per rispettare un diritto e come strategia per ridurre il sovraffollamento e i costi ospedalieri.

8. Le cure primarie al centro della sanità

Tra i principali obiettivi delle Cure Primarie vi sono: rispondere ai bisogni di salute dei cittadini attraverso una medicina di prossimità, sviluppare la prevenzione agendo sugli stili di vita, gestire le patologie croniche, ridurre l'accesso al livello ospedaliero per acuzie e riacutizzazioni, prendersi cura della fase terminale della vita.

Per raggiungere tali obiettivi, da molti anni si manifesta l'intenzione di potenziare e riorganizzare le cure territoriali ed in particolare di favorire lo sviluppo delle aggregazioni funzionali, salvaguardando comunque il rapporto personale tra medico e assistito e la capillarità degli interventi. Nella nostra Regione ci sono state e ci sono tuttora esperienze in questo senso come i Gruppi di Cure Primarie e le Case della Salute. Come si pensa di passare dalle sperimentazioni, che riguardano una piccola



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

minoranza di medici, ad una progettazione complessiva di riorganizzazione del territorio?

9. Diritto alla salute odontoiatrica

La spesa sanitaria privata delle famiglie italiane nel 2017 per i servizi odontoiatrici è stata di circa 8,5 miliardi di euro.

Le fasce deboli della cittadinanza rinunciano sempre più alle cure odontoiatriche.

Occorre diffondere progetti di Odontoiatria Sociale per consentire a tutti i pazienti e soprattutto ai minori in difficoltà l'accesso a percorsi di cura odontoiatrica, in analogia con quanto avviene in quasi tutti i Paesi ad alto reddito.

10. La salute come bene comune

I medici si dedicano alla salute di tutte le persone: con o senza cittadinanza.

Chiediamo che l'accoglienza di chi ha bisogno di cure non sia diversificata sulla base di nazionalità, etnia, credo, reddito, istruzione, genere e che la salute globale e l'equità siano al centro dell'attenzione.

Il contrasto alle disuguaglianze di salute e la solidarietà attiva vanno considerate un dovere e una priorità, tenendo fermo l'obiettivo dell'assistenza universalistica, per "non lasciare nessuno indietro".