

[CARTA INTESTATA]

Torino, 12 gennaio 2021

Al Consiglio comunale e al Sindaco del Comune di.....

OGGETTO: “Riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti e per le persone con gravi disabilità non autosufficienti” – Proposta di Ordine del Giorno

Presentazione

La proposta di Ordine del giorno che si allega, intende promuovere l’attenzione delle Amministrazioni locali e dei rispettivi Sindaci sui servizi sanitari e socio-sanitari, sui provvedimenti che dovranno essere assunti a livello nazionale e regionale, che interessano i cittadini malati cronici e/o con disabilità non autosufficienti e i loro nuclei familiari.

Il testo che sottoponiamo contiene alcune proposte, ormai consolidate e riconosciute come urgenti, che in questo momento andrebbero sostenute in ambito regionale al fine di garantire ai cittadini dei nostri territori, anziani malati cronici e/o con disabilità non autosufficienti, il diritto universalistico alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari e residenziali, così come previsto dalla normativa vigente richiamata nell’allegato che ne è parte integrante.

Ci rivolgiamo alle Amministrazioni locali perché sono quelle vicine ai cittadini e perché i Sindaci possono incidere sulle politiche sanitarie regionali e del territorio. Spetta infatti al Comitato dei Sindaci del distretto approvare il PAT (Programma delle Attività Territoriali), sulla base delle normative vigenti in materia sanitaria e socio-sanitaria - di competenza del settore sanità- e del reale fabbisogno della popolazione.

Le liste d’attesa per assegni di cura e Rsa hanno impoverito i nuclei familiari

La posta in gioco è estremamente delicata perché tocca il riconoscimento del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie per migliaia di cittadini.

Negli anni trascorsi abbiamo assistito a provvedimenti nazionali e regionali che hanno spostato decisamente le competenze istituzionali per i malati non autosufficienti dal settore sanitario a quello socio assistenziale di competenza dei Comuni e degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali. Questi ultimi, come è noto, possono intervenire limitatamente alle risorse disponibili e ai casi di comprovata necessità e urgenza sul piano economico.

La mancata presa in carico da parte dell’Asl dei cittadini con malattie croniche e/o disabilità non autosufficienti ha pesanti ricadute per gli oneri e le responsabilità di cura riversate sui nuclei familiari.

Secondo i dati forniti dalla Regione risultano almeno 30mila le persone in lista d'attesa – anche da anni – per prestazioni domiciliari comprensive di un contributo economico e per la convenzione in un posto letto in Rsa (¹).

Le nostre proposte, perché la strage degli anziani non sia stata inutile

Per quanto sopra è fondamentale che siano assicurate risorse e responsabilità di cura in capo alla Sanità.

Tenuto conto dell'elevata mortalità degli anziani malati non autosufficienti, che si è registrata a domicilio e nelle Rsa, a seguito dell'epidemia da Covid-19, l'obiettivo dell'Ordine del giorno che si propone, è di ottenere dalla Giunta regionale del Piemonte l'approvazione dei provvedimenti necessari per garantire:

- prioritariamente il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, comprensive di un contributo economico a carico della sanità, per i maggiori oneri a cui deve fare fronte la persona malata cronica/non autosufficiente, analogamente a quanto riconosciuto dalla sanità in caso di ricovero in una Rsa;
- la riorganizzazione radicale delle cure sanitarie nelle Rsa, che parta dalla considerazione del quadro clinico dei ricoverati che, come è stato riconosciuto da tutti i massimi esperti del Ministero della salute, sono nella stragrande maggioranza affetti da pluripatologie croniche da cui deriva la loro condizione di non autosufficienza;
- una nuova programmazione di ospedali di territorio polifunzionali.

Ringraziamo per l'attenzione e restiamo a disposizione per un incontro di approfondimento.

Cordiali saluti.

firma

riferimenti telefonici

Allegati

- Proposta ordine del giorno
- Riferimenti normativi principali
- Ordine del giorno dell'Ordine dei medici di Torino e provincia

¹ Secondo i dati disponibili relativi al periodo 2016-2017 risultano 25.652 cittadini piemontesi malati non autosufficienti in lista d'attesa (il calcolo va inteso per difetto in quanto il numero complessivo più aggiornato è stimabile in circa 30.000 unità). Di questi 15.594 chiedono, direttamente o attraverso i loro familiari o rappresentanti, prestazioni domiciliari e un contributo della sanità per i maggiori oneri a cui deve far fronte il malato cronico non autosufficiente, quale ad esempio l'aiuto di una terza persona per le prestazioni indifferibili di cui necessita 24 ore su 24. Le alte 10.058 domande sono state inoltrate per ottenere un posto letto nelle RSA accreditate dalla Regione, Va inoltre considerato che sono migliaia i malati non autosufficienti ricoverati in struttura a loro spese (dai 3 ai 4 mila euro al mese) e che avrebbero diritto alla "quota sanitaria" da parte delle Aziende sanitarie competenti.

PROPOSTA DI ORDINE DEL GIORNO

Il Consiglio comunale di

Preso atto che la Regione Piemonte per quanto concerne le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari ha da tempo disciplinato il proprio modello di cure e prestazioni domiciliari con la legge regionale 18 febbraio 2010, n.10 *“Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”*;

la legge suddetta, all'articolo 5, comma 1, stabilisce che le prestazioni domiciliari oggetto della legge *«sono assicurate attraverso:*

- a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie e 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 abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso del requisito 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».*

Dato atto che l'elevata mortalità degli anziani malati non autosufficienti, che si è registrata nelle RSA, a seguito dell'epidemia da Covid-19, è conseguente al quadro clinico dei ricoverati che, come è stato riconosciuto da tutti i massimi esperti del Ministero della salute, sono nella stragrande maggioranza affetti da pluripatologie croniche da cui deriva la loro condizione di non autosufficienza;

Considerato:

- che la negazione del diritto alle cure domiciliari di lunga durata ha determinato il sovraffollamento dei servizi di Pronto soccorso ed i ricoveri ospedalieri dovuti alla grave carenza dei servizi sanitari e socio-sanitari domiciliari e residenziali per i pazienti cronici non autosufficienti;

- che il taglio di migliaia di posti letto ospedalieri, non accompagnato da un potenziamento dei servizi domiciliari e residenziali territoriali, ha provocato una crescita delle liste di attesa per prestazioni domiciliari e per un posto letto convenzionato in Rsa;

che conseguentemente si dovrebbe:

- garantire la presa in carico di tutti gli anziani malati cronici/persone con disabilità non autosufficienti in base alla loro condizione di non autosufficienza determinata dalle condizioni sanitarie, a prescindere dalla valutazione sociale ed economica;

- assicurare prioritariamente le cure e prestazioni domiciliari qualora siano alternative al ricovero, previo l'accertamento della volontaria disponibilità dei congiunti (o terze persone) e della loro idoneità;

- evitare che i ritardati accessi alle cure (liste d'attesa) siano causa di discriminazioni tra malati e della povertà economica di migliaia e migliaia di famiglie, come è stato rilevato già dal documento del Ministro per la solidarietà sociale dell'ottobre 2000 *“Legge quadro per*

la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (2) e confermato nel VII Rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis del 7 giugno 2017 (3);

Il Consiglio comunale impegna il Sindaco e la Giunta (4) ad intervenire, anche attraverso l’ANCI e FederAnci-Sanità, nei confronti del Presidente e della Giunta della Regione Piemonte per chiedere il pieno rispetto della normativa nazionale vigente così come richiamata nell’allegato che è parte integrante del provvedimento e, nello specifico, di:

1. Assicurare prioritariamente il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari mediante l’approvazione di una deliberazione che preveda di:

- Estendere obbligatoriamente il servizio di ospedalizzazione a domicilio a tutti gli ospedali, così come previsto dalla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 85/2010;
- assumere le necessarie iniziative per l’organico collegamento delle prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie territoriali (Adi e cure di lungo termine) con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute;
- includere nell’ambito dell’assistenza sanitaria territoriale le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionali previste dai Lea (art. 22, dpcm del 12 gennaio 2017);
- garantire prioritariamente il diritto alle cure socio-sanitarie domiciliari di lungo termine, indispensabili per le persone malate croniche/o con disabilità non autosufficienti, compreso un contributo, anche forfettario, a carico del settore sanitario, qualora vi siano congiunti che volontariamente assicurano tutte le prestazioni di cui necessita la persona 24 ore su 24, direttamente o mediante l’aiuto di terze persone, secondo le indicazioni del progetto di cura predisposto dall’Asl;
- stabilire che il contributo di cui sopra, analogo all’assegno di cura previsto per i malati psichiatrici, qualora alternativo al ricovero, concorre – per gli aventi diritto - alla definizione del budget di cura di cui alla deliberazione del 13 novembre 2020,

² Come risulta dal documento “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” predisposto nell’ottobre 2000 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale «nel corso del 1999, 2 milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà a fronte del carico di spese sostenute per la “cura” di un componente affetto da una malattia cronica».

³ Nel VII rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, che reca la data del 7 giugno 2017, viene segnalato che «ben il 51.4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria [spesso per l’illegittimo confinamento di detti infermi in crudeli liste d’attesa, ndr] ha avuto difficoltà nell’affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico» e che nell’area dei “salute impoveriti” e cioè delle persone (1,8 milioni) che «dichiarano di essere entrate nell’area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria (...) ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medi, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale».

⁴ (Oppure: l’Assemblea del Sindaci del Consorzio impegna il Presidente ed il Consiglio di Amministrazione del Consorzio/Il Presidente del Coordinamento degli Enti gestori socio assistenziali Piemonte).

n. 3-2257 relativa al Piano per la non autosufficienza ed è mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche (o di altre strutture residenziali per le persone con disabilità);

- avvalersi della legge n. 3/2018 per ottenere il riconoscimento a livello nazionale del profilo professionale di “Assistente familiare” – già previsto e normato, per il Piemonte, dalla legge n.10/2010 – che in tal modo rientrerebbe, a pieno titolo, tra quelle abilitate a fornire le prestazioni Lea;

2. **Prevedere prestazioni semiresidenziali** (centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile, di malati psichiatrici gravi e di persone con disabilità intellettiva e/o autismo con limitata o nulla autonomia, possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali e dalla possibilità di poter usufruire di ricoveri di sollievo.

3. **Operare per ottenere che le RSA siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario** e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati, norme per rendere obbligatorie:

- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna RSA dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle RSA al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle RSA all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;
- la presenza in tutte le RSA di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e le strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione del ricovero nelle RSA di infermi con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- l'attribuzione al Fondo sanitario nazionale e regionale dei maggiori oneri che ne derivano, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti;
- la rimozione degli ostacoli normativi che, in contrasto con gli articoli 1 e 2 della legge 833/1978, limitano o ritardano l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea.

4. **Programmare a medio-lungo termine Ospedali multifunzionali**

La proposta è di considerare il vantaggio di prevedere la predisposizione in un unico Ospedale che abbia in sé sia la specializzazione sia tutti i reparti di un ospedale tradizionale, a cui vanno aggiunti uno-due reparti (40 posti letto), in base alla dimensione, per la degenza di malati cronici anziani non autosufficienti e di un altro reparto (20 posti letto) per le persone colpite da malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile con i seguenti compiti:

- cura dei degenti
- preparazione del personale medico, infermieristico, nonché degli psicologi, degli educatori e degli altri addetti, compresi quelli per le pulizie, in modo che anche questi malati siano curati da operatori preparati ovunque essi vadano a lavorare, siano esse strutture pubbliche o private;
- valutazione sul campo delle esigenze specifiche di questi infermi e dei loro congiunti anche al fine della predisposizione di adeguate cure palliative e terapie del dolore;
- acquisizione degli elementi necessari per una individuazione corretta dei corrispettivi da erogare ai privati sulla base delle esigenze numeriche e qualitative del personale da adibire.

Una sola struttura di riferimento, con garanzia di continuità diagnostica e terapeutica e con un gruppo di medici e di infermieri che gli infermi conoscono, è anche un elemento non trascurabile di autoformazione e di assunzione di responsabilità, per evitare gli scaricabarile da un complesso (ospedale super-specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità, Rsa) all'altro.

Il presente Ordine del giorno è trasmesso al Presidente della Giunta regionale, all'ANCI Piemonte e a FederAnciSanità

ALLEGATO, parte integrante dell'ordine del giorno

Norme generali di riferimento

Gli adulti e anziani malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer o con altre forme di demenza hanno diritto alle cure sanitarie «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario (articolo 1 della legge 833/1978).

In base all'articolo 2 della sopra citata legge deve essere assicurata «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», provvedendo «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».

Secondo l'articolo 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. Pertanto, nessuno, né le Regioni (leggi o delibere), né i Comuni, né altri Enti pubblici e tanto meno gli organismi privati possono sostituirsi al Parlamento per imporre ai congiunti degli infermi, compresi ovviamente quelli non autosufficienti, attività del Servizio sanitario.

▪ Per quanto concerne le cure palliative

L'articolo 1 della legge 38/2010 «diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore» stabilisce che «si intende per: "cure palliative": a) l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; b) "terapia del dolore": l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore» (art. 2).

▪ Per quanto concerne le cure e prestazioni domiciliari

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" con specifico riferimento alle cure domiciliari, all'articolo 22, comma 1, prevede che «**Il servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio** costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. **L'Azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza (sanitaria n.d.r.) a domicilio**»;

il comma 4 del medesimo articolo dispone inoltre che «**Ai sensi dell'articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria", le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni (la Regione Piemonte ha già approvato la legge 10/2010 n.d.r.) le province autonome sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi**»;

▪ Per quanto riguarda il finanziamento dei Lea

La Corte Costituzionale con sentenza n. 62/2020 ha precisato che «l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il

finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale.

Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]”*.

È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

▪ **Assistenza.**

Si ricorda che la parola “assistenza” individua con precisione una competenza dello Stato sancita dalla Costituzione all'articolo 38, che deve essere attivata in presenza di ogni cittadino *«inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere»* che *«ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*. La platea dei beneficiari viene quindi “selezionata” in base a criteri economici e di condizione personale/familiare. Nulla a che vedere, quindi, con l'universalismo del Servizio sanitario di cui all'articolo 32 della Costituzione, ove è sancito che *«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»*. Pertanto, con la chiamata in causa del settore socio-assistenziale è evidente che, con il pretesto di favorire l'umanizzazione delle pratiche, la relazionalità ed il coinvolgimento della comunità (che spetta come è ovvio a tutti gli ambiti compreso quello sanitario), si intende perseguire in realtà lo scopo di realizzare risparmi di spesa, scaricando tutto il peso delle cure sui familiari.