

PERCHÉ NESSUNO POSSA DIRE “IO NON SAPEVO”



LIBRO BIANCO

*Sui 24mila malati cronici
non autosufficienti
in lista di attesa, anche da anni,
per ottenere dalla sanità piemontese
il diritto alla convenzione
in Rsa o le cure domiciliari*



SOMMARIO

3 5

INTRODUZIONE

LE NORME VIGENTI CHE GARANTISCONO IL DIRITTO ALLA CURA

a. Chi è il malato cronico non autosufficiente secondo l'OMCEO di Torino e le Società di geriatria; **b.** Le prestazioni Lea a cui ha diritto se non guarisce; **c.** Illegittimo considerare la situazione economica per l'accesso ai Lea; **d.** La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020 ribadisce l'obbligo per lo Stato di finanziare i Lea; **e.** Il diritto alla prestazione Lea deve essere salvaguardato, in quanto nucleo essenziale del diritto alla salute.

11

LE DELIBERE TRUFFALDINE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE: POCHE RISORSE E PRESA IN CARICO IN BASE ALL'ISEE, PER NEGARE IL DIRITTO ALLA QUOTA SANITARIA

Casi emblematici: **1.** Come (non) funziona l'Uvg, ovvero le promesse da marinaio dell'Asl; **2.** La valutazione UVG non considera mai gli anni pregressi di accudimento e cura; **3.** Cosa significa avere difficoltà e nessun intervento dell'Asl; **4.** Solo le urgenze sociali ottengono la convenzione: l'Asl applica criteri economici per l'accesso a prestazioni sanitarie;

Perché nessuno possa dire «io non sapevo»

Editore: Unione per la promozione sociale OdV

Impaginazione: Luca Collignan

Stampa: Pixartprinting Spa

1° edizione, ottobre 2025

ISBN 9791298527218

ISBN (versione digitale) 9791298527249

5. Il punteggio sanitario da tabella non conta; 6. Il malato muore prima del trasferimento in convenzione in Rsa; 7. Punteggio totale è lo stesso, ma per uno c'è la convenzione urgente, per l'altro no; 8. I punteggi sono discrezionali: la tabella prevede da 24 a 28, ma si può ottenere la convenzione con 20 e non con 22, nella stessa Asl; 9. Rette sempre più proibitive; 10. L'inganno della Dgr 10/2022, l'Asl (e la Giunta Cirio) lascia pazienti e famiglie in balia dei legali delle Rsa; 11. Lo stipendio di infermiera non basta per pagare la retta; 12. Il ricovero privato non è sostenibile per la famiglia, ma l'Asl concede la convenzione solo dopo che il malato è morto; 13. Nemmeno i progetti "urgenti" ottengono la convenzione nei tempi indicati dalle deliberazioni regionali; 14. L'Asl nega la presa in carico al malato, dopo oltre due anni di impegno del figlio per la gestione al domicilio e il familiare è costretto a ricorrere al pronto soccorso

33

LE RICHIESTE PRESENTATE ALLA
REGIONE PIEMONTE (GIUNTA CIRIO 2024-2029)

La **Fondazione promozione sociale** è un Ente del Terzo Settore che ha sede a Torino, ma opera in tutta Italia, in collaborazione con il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa, operativo dagli anni Settanta del secolo scorso, e con altre associazioni. Lavora per la **promozione** e la **difesa dei diritti** di coloro che non possono difendersi da sé – i più deboli della società: le persone con disabilità, i malati cronici **non autosufficienti**. La Fondazione non riceve sovvenzioni dalle istituzioni e non gestisce servizi per loro conto. Questa scelta, traddotta in obbligo statutario, garantisce la sua **totale indipendenza**, necessaria per rivendicare i **diritti negati** dalle istituzioni – le cure sanitarie, per esempio – agli utenti che ne hanno diritto, ma sono vittime di ingiustizia istituzionale.

🏠 **Torino, via Artisti 36**

☎ **011.8124469**

✉ **info@fondazionepromozionesociale.it**

Introduzione

Mediamente per accudire un anziano malato cronico non autosufficiente, 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno, al domicilio occorrono 2.000/2.500 euro al mese per l'assunzione di una persona, in aiuto al familiare/caregiver e dai 3.000 ai 4.000 euro per il ricovero in una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

Con valutazioni truffaldine e nessun rispetto delle leggi vigenti, le Asl (e gli ospedali, le case di cura e le Rsa) scaricano tutto l'onere sui familiari, che non hanno obblighi di cura.

I cittadini quasi mai conoscono i loro diritti e le Istituzioni. Le Regioni in primis e poi Asl e Comuni non rispettano la legge e negano contributi e convenzioni. I cittadini malati cronici non autosufficienti in lista d'attesa, anche da anni, per la convenzione, ovvero metà della retta coperta dall'Asl, in Piemonte sono 24mila. Il dato è certificato dallo studio dell'Università Bocconi, per conto della Regione Piemonte, pubblicato sulla bozza di Piano socio-sanitario distribuita nel mese di maggio 2025.

I dati diffusi dalla Regione Piemonte con il documento preparatorio al nuovo Piano socio-sanitario hanno ufficializzato 24mila casi di cure negate (14mila prestazioni domiciliari e circa 10mila richieste di ricoveri in convenzione) da parte delle Asl piemontesi.

Il "Libro bianco" si propone di sollevare il macigno che copre tanta ingiustizia e che crea sofferenza e nuove povertà. Si rivolge ai cittadini intellettualmente onesti che, venuti a conoscenza dei soprusi riportati in questo testo, o perché vissuti in prima persona o nell'ambito delle loro funzioni (assessori, di-

rettori Asl, medici, infermieri, assistenti sociali, sindaci), scelgono di agire perché le loro organizzazioni di rappresentanza (ordini professionali, partiti, sindacati, associazioni) facciano propria la battaglia perché siano garantite le prestazioni di Livello essenziale (Lea) sanitarie e socio-sanitarie a tutti i malati cronici non autosufficienti di ogni età: contributi forfettari e assegni di cura a sostegno del domicilio, centri diurni, ricoveri in convenzione in Rsa.

L'appello è rivolto altresì a tutte le organizzazioni del terzo settore, di volontariato e di tutela dei malati non autosufficienti, perché assumano la cultura del diritto e difendano i malati non autosufficienti quando l'ospedale o un'altra struttura sanitaria vuole dimmetterli senza garantire la presa in carico dell'Azienda sanitaria locale a domicilio (se c'è una famiglia disponibile) o in Rsa con la convenzione.

Infine, il "Libro bianco" si rivolge ai Gestori privati, perché non sia solo il profitto a guidarli. Si schierino anche loro dalla parte degli utenti e le loro rivendicazioni siano rivolte al Ministero della Salute e agli Assessori alla Sanità, perché rispettino l'obbligo di finanziare le prestazioni Lea, che rappresentano il nucleo irriducibile del nostro diritto alla salute, anche in caso di non autosufficienza.

Si ricorda che il Servizio sanitario, in Italia, è finanziato equamente con le tasse: la sua risposta in termini di servizi garantiti a chi li richiede deve essere universalistica e le prestazioni socio-sanitarie che rientrano nei Lea devono essere garantite, cosa che purtroppo diffusamente non accade. Oggi decine di migliaia di malati (quasi ventimila solo in Piemonte) pagano il 100% delle spese di ricovero, nonostante la legge preveda che ne dovrebbero corrispondere non più del 50%. Il motivo: la negazione della convenzione da parte delle Aziende sanitarie locali, coperte da una politica regionale di qualsiasi colore che, in spregio alla gerarchia delle fonti del diritto, ha preteso di limitare i diritti nazionali con delibere locali.

Le norme vigenti che garantiscono il diritto alla cura

a) Chi è il malato cronico non autosufficiente secondo l'OMCEO di Torino e le Società di geriatria

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, si è espresso in merito con il proprio documento del 6 luglio 2015. *«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».*

A loro volta, le Società di Geriatria del Piemonte, nel documento del 20 gennaio 2022 “La non autosufficienza è un problema di salute”, hanno precisato: *«Si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute. (...) In questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze».*

Perciò *«appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che in ambito sani-*

tario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitarie di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di malattie croniche, per definizione "incurabili", ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale».

La persona non autosufficiente – che si trova in tale condizione a causa di patologie o di loro esiti e/o di disabilità gravemente invalidanti – è un malato destinato senza alcuna eccezione a morire nel giro di pochi giorni, se non riceve le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli stessi infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui il paziente non sia in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati).

Sono quindi malati incurabili, ma sempre curabili.

b) Le prestazioni Lea a cui ha diritto se non guarisce

In base all'articolo 2 della legge n. 833/1978, è il Servizio sanitario nazionale (e non i congiunti) il soggetto tenuto ad assicurare ai malati, compresi quelli non autosufficienti, «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»: sempre il Servizio 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». La stessa legge, all'articolo 1 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.

Inoltre, il Dpcm 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea - Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, prevede e regola idonei percorsi di presa in carico dei malati cronici non autosufficienti (domiciliari, semiresidenziali e residenziali), per garantire cure di lungo termine. In particolare, l'articolo 30 del Dpcm stabilisce che: *«Nell'ambito dell'assistenza residenziale [qual è la Rsa, ndr], il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: (...) b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (...). I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera».*

L'articolo 23 della Costituzione stabilisce poi che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e il Parlamento con la legge n. 833/1978 ha posto in capo al Servizio sanitario nazionale l'obbligo di corrispondere le prestazioni sanitarie, così come declinate dai successivi provvedimenti (d.lgs. 502/1992 e Dpcm 12 gennaio 2017), quale il ricovero residenziale convenzionato se, come nel caso in esame, non vi sono le condizioni per garantire la tutela della salute al domicilio. Inoltre, si rammenta che è stata abrogata la legge n. 1580/1931 (recante "Nuove norme per la rivalsa delle spese di ospedalità e manicomiali"), che al tempo imponeva l'obbligo del rimborso delle spese ospedaliere ai familiari.

c) Illegittimo considerare la situazione economica per l'accesso ai Lea

Secondo quanto previsto dall'articolo 21 del Dpcm 12 gennaio 2017, la Commissione di valutazione (Uvm) non deve considerare la componente economica per l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea (cure domiciliari, centri diurni, Rsa).

L'articolo 21 del Dpcm 12 gennaio 2017 prevede infatti che «2. Il Servizio sanitario nazionale **garantisce** l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. (...). 3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato. (...)».

Il Consiglio di Stato, nella sentenza n. 1858/2019, ha rilevato che non può essere «condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari».

In conclusione, la valutazione è quindi finalizzata a valutare qual è il setting di cura più appropriato in base alle esigenze del malato non autosufficiente e nulla deve essere richiesto sulla situazione economica (Isee) dello stesso

e tantomeno del suo nucleo familiare. L'accesso alla prestazione Lea deve essere garantito ai sensi dell'articolo 1 della legge 833/1978, prima richiamato, perché l'ambito è quello sanitario.

d) La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020 ribadisce l'obbligo per lo Stato di finanziare i Lea

Con la sentenza n. 62/2020, esprimendo un principio che verrà richiamato anche nella successiva sentenza n. 157/2020, la Corte costituzionale ha chiarito che « *“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*».

Inoltre, la Corte costituzionale ha sottolineato che: « *È evidente che se un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indefettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute*».

e) Il diritto alla prestazione Lea deve essere salvaguardato, in quanto nucleo essenziale del diritto alla salute

Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 1/2020, ha precisato che il diritto alla salute è «*un diritto soggettivo pieno ed incondizionato*», e ha evidenziato che «*l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazione delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)*» e che, pertanto, «*l'Ente pubblico dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie*».

È dal 2012 che, per effetto del piano di rientro imposto dal Governo, la Regione Piemonte (Giunte Cota, Chiamparino, Cirio 1 e 2) applica delibere che utilizzano il criterio della valutazione economica per selezionare l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, benché siano erogate dal Servizio sanitario. In tal modo, si riduce notevolmente la platea degli aventi diritto e le risorse stanziare sono molto inferiori al fabbisogno (v. Controcittà). Chi finisce in lista d'attesa (quasi tutti, tranne casi complessi sia sotto il profilo clinico che sociale) ci resta anche per anni.

Le delibere truffaldine della Giunta regionale del Piemonte: poche risorse e presa in carico in base all'Isee, per negare il diritto alla quota sanitaria

Le storie che seguono aiutano a comprendere la disperazione in cui finiscono persone normali che pagano le tasse (tutti i casi citati riguardano lavoratori dipendenti o pensionati) e si sentono trattati come approfittatori.

Immaginate che l'impiegato dello sportello dell'Asl, di fronte alla vostra richiesta di prenotazione di una visita specialistica, vi chieda di presentare l'Isee. Cosa pensereste, se vi invitasse a rivolgervi ad un centro privato pagando l'intero costo della visita? Eppure, è quello che capita a migliaia di cittadini anziani, quando leggono il verbale delle commissioni Uvg delle Asl, dopo la visita del medico dell'Asl e con il parere dell'assistente sociale del Comune, che valuta solo che l'importo dell'Isee è sopra il limite massimo stabilito per escludere dal diritto alla convenzione.

Ecco alcuni esempi che abbiamo seguito nel corso degli anni 2023, 2024 e 2025.

Casi emblematici

1. Come (non) funziona l'Uvg, ovvero le promesse da marinaio dell'Asl

Il signor Marco, ha la madre ricoverata privatamente da ormai tre anni in una Rsa. Scrive allo Sportello di difesa dei diritti della Fondazione promozione sociale: *«Desideravamo chiedere un parere sugli eventuali prossimi passi*

da compiere per arrivare in tempi ragionevoli a questo tanto dovuto quanto osteggiato traguardo, per adesso volendo continuare ad evitare disagi a nostra madre conseguenti alla soluzione del pronto soccorso e della opposizione alle dimissioni.

La nostra ipotesi era quella di attendere, per passare all'eventuale azione, la scadenza dell'anno dall'ultima valutazione, per verificare se entro essa ci viene accordata la convenzione. Nel caso ciò non avvenisse, unitamente ad un eventuale Vs ulteriore gradito e sicuramente utile sollecito, ad adiuvandum, saremmo dell'idea di scrivere parallelamente anche noi una lettera a mezzo Pec con la quale mettere in mora l'Asl fissando una ultima scadenza ed annunciando il ricorso alle vie legali, nel caso non adempiessero entro tale scadenza, per ottenere a quel punto però non solo l'accesso urgente alla convenzione, bensì anche il recupero risarcitorio delle quote di rette pregresse che avrebbero dovuto sostenere loro e che invece sono state pagate da nostra madre.

Tale nostra lettera potrebbe essere inviata anche alla Corte dei Conti, dal momento che l'ostinazione dell'Asl a non riconoscere nei tempi dovuti la convenzione dovuta ai sensi delle leggi e della giurisprudenza consolidatasi, potrebbe generare un notevole, ma potenzialmente evitabile, maggior esborso per l'Ente stesso, in termini di risarcimento appunto anche delle somme pregresse e delle eventuali spese legali in caso di altamente probabile soccombenza».

La madre del signor Marco – ricoverata in Rsa privatamente da ormai tre anni – è stata valutata «non urgente» dalla Commissione Uvg dell'Asl competente, precisando che: «I progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità “non urgente” viene individuato un tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione».

Peccato che, dalla ricostruzione effettuata dalla stessa Uvg, sia risultato che la prima valutazione risaliva al 2/12/2020, una seconda era occorsa il 19/12/2021 ed una terza era stata richiesta il 16/11/2022. L'esito sempre lo stesso: *“non urgente”* e a marzo del 2024, ancora non era stata concessa la convenzione Asl, a più di tre anni dalla prima richiesta di valutazione presentata dal figlio. L'Asl si è sempre limitata a confermare che *«in virtù della valutazione Uvg ottenuta ed il grado di priorità assegnato, l'inserimento in convenzione non è al momento attuabile»*. Altro che convenzione in un anno dalla valutazione!

2. La valutazione UVG non considera mai gli anni pregressi di accudimento e cura

La valutazione delle Commissioni Uvg non considera mai il carico pregresso di costi e responsabilità di cura sostenuti dai congiunti del malato cronico non autosufficiente, considerato che non hanno nessun obbligo, andrebbe invece valorizzato l'impegno volontario che è stato assicurato anche per anni, come nel caso che segue.

Il 20 ottobre 2022 la signora Daniela ci invia una mail con la quale chiede aiuto per sollecitare la convenzione della suocera. Nel testo riepiloga la situazione: la suocera ha 80 anni e vive con il marito; colpita da ictus diventa malata cronica non autosufficiente, con 100% di invalidità e indennità di accompagnamento; è seguita al domicilio dal marito con l'aiuto dei familiari e di una badante assunta privatamente; nel 2021 cade: non può più camminare, né alimentarsi da sola e finisce per restare sulla sedia a rotelle. I familiari sono costretti a ricorrere ad un ricovero privato in Rsa, mentre si attivano per richiedere la valutazione Uvg, finalizzata all'ingresso in convenzione in Rsa.

Per l'Uvg la situazione è “differibile”, senza alcuna tempistica certa per la presa in carico.

Nonostante quattro anni passati duramente nei quali la famiglia si è fatta carico del problema economicamente della gestione della malata non autosufficiente, della badante e della casa, per la commissione Uvg questo non è ancora abbastanza per avere il diritto alla quota sanitaria a carico dell'Asl (il 50% della retta di ricovero della Rsa), prevista dai Lea e, quindi, un diritto soggettivo esigibile.

La valutazione sanitaria secondo l'Uvg è di 11 punti su 14 che, sulla base delle definizioni di cui alla Dgr. 45/2012 e.s.m.i., corrisponde a *«Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni»*.

Un anno e mezzo dopo aver dovuto ricorrere ad un ricovero privato in Rsa (ovvero aver sborsato 54.000 euro), i familiari sollecitano la convenzione all'Asl, che resta sorda alle loro legittime richieste.

Nella risposta si limita a comunicare che: *«La signora risulta (...) differibile (...) Si fa riferimento normativo alla Dgr 14-5999 del 25/06/2013 la quale definisce i criteri per individuare il grado di priorità all'ingresso in struttura residenziale. (...) In caso di punteggio compreso tra 19 e 23 il caso è definito "non urgente" o "differibile". Per i progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità "non urgente" viene individuato un tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione; i progetti invece per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità "differibile" prevedono un monitoraggio socio-sanitario»*.

In sostanza non viene data nessuna tempistica certa per la presa in carico da parte dell'Asl.

3. Cosa significa avere difficoltà e nessun intervento dell'Asl

La signora Giovanna ci scrive quanto segue: «Mia suocera è ospitata privatamente da fine giugno 2021 presso la Rsa *** di Orbassano. Mia suocera di 80 anni, dopo un grave ictus a settembre 2017 (invalidità 100% con indennità di accompagnamento) presenta attualmente oltre all'emiplegia sinistra, patologie croniche quali rettocolite ulcerosa, asma bronchiale e diabete, doppia incontinenza. Le funzioni cognitive sono integre.

È stata gestita al domicilio fino a gennaio 2020 dal marito, che però ha avuto un'emorragia cerebrale (emiparesi destra e invalidità al 65%) e dal febbraio 2020 è stata assunta una badante convivente. Ma a maggio 2021 mia suocera ha "mandato via" la badante ed ha voluto solo più un aiuto per le pulizie. A fine giugno 2021 mia suocera è caduta fratturandosi in modo scomposto il collo dell'omero del braccio destro, ma i sanitari hanno scelto di non intervenire. Riportata al domicilio non poteva più utilizzare alcun braccio per tenersi al deambulatore e poter quindi camminare fino al bagno o anche solo alimentarsi.

Vista la situazione di emergenza ho chiesto un ricovero di sollievo privato presso la Rsa *** di Orbassano; purtroppo però il braccio non ha più ripreso la totale funzionalità e lei attualmente è in carrozzina.

A dicembre 2021 la geriatra è venuta al domicilio di mio suocero, in seguito alla richiesta di visita Uvg per entrambi, in cui chiedevamo la convenzione per la Rsa per mia suocera e un aiuto domiciliare per mio suocero. Il giorno seguente si è recata presso la Rsa. Poi mi ha contattata solo telefonicamente l'Assistente sociale: mi è stato detto a voce che mio suocero sarebbe stato inserito nella lista regionale per la domiciliarità, ma che i tempi sarebbero stati infiniti. La risposta per mia suocera è invece stata di differibilità.

Attualmente con il nuovo aumento della Rsa e la consapevolezza che non sarà possibile il rientro al domicilio per mia suocera, nonché con le spese ulteriori per aiutare a casa anche mio suocero, iniziamo a trovarci in difficoltà. Vi chiedo pertanto un aiuto per inviare un sollecito per la convenzione da parte dell'Asl per mia suocera».

4. Solo le urgenze sociali ottengono la convenzione: l'Asl applica criteri economici per l'accesso a prestazioni sanitarie

Non è raro, anzi è quasi la norma, che il criterio socio-economico diventi il vero e proprio metro di giudizio delle Unità valutative geriatriche. Mentre le Uvg dovrebbero valutare il proprio intervento unicamente con riguardo alla situazione sanitaria dei malati non autosufficienti, la valutazione socio-economica viene invece considerata preponderante: così una valutazione sociale “bassa” (pur a fronte di un quadro clinico grave) diventa motivo di inserimento in lista d’attesa a tempo indeterminato, mentre una valutazione sociale “alta” (anche a fronte di una valutazione sanitaria di minore rilievo) può aprire le porte all’ottenimento della convenzione Asl.

Il Servizio sanitario non garantisce più l’accesso alle cure a tutti, vecchi e poveri, a solo a chi è innanzitutto povero e poi non autosufficiente. Siamo tornati a prima della legge 833/1978!

Leggiamo ad esempio l’esito dato dall’Uvg dell’Asl Città di Torino al signor A.B.: punteggio sanitario 9, punteggio sociale 13, livello di intensità «media», esito «urgente». La convenzione in Rsa viene attivata con effetto immediato.

Diverso invece il caso del signor C.D., sempre valutato dall’Asl Città di Torino: punteggio sanitario 13 (su un massimo di 14), punteggio sociale 7, livello di intensità «alta», esito «non urgente». La convenzione non viene attivata e il malato viene inserito in lista d’attesa, senza alcuna tempistica certa per la presa in carico da parte dell’Asl.

Si rileva che, nonostante la gravità stabilita dal punteggio sanitario, l'Asl non propone mai la presa in carico del Medico di medicina generale e un piano comprensivo di prestazioni domiciliari.

5. Il punteggio sanitario da tabella non conta

La tabella 1 allegata alla Dgr 45-4248/2012 riporta le definizioni date dalla Regione Piemonte per i vari livelli di gravità individuati dalle Uvg, nonché i punteggi corrispondenti per le valutazioni sanitarie.

Di seguito riportiamo un estratto dei livelli più frequenti e la corrispettiva definizione data.

<i>Punteggio sanitario</i>	<i>Livello di intensità</i>	<i>Definizione</i>
Non dato	Alzheimer e altre demenze (NAT)	Demenze di grado elevato con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche; gravi disturbi comportamentali e/o problemi sanitari/assistenziali di elevata complessità che necessitano di un intervento socio-riabilitativo intensivo
12	Alta Livello incrementato	Non-autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate (ad es. condizioni cliniche instabili e/o frequenti riacutizzazioni, decubiti di stadio ≥ 3). Demenza con alterazioni comportamentali limitate a tentativi di fuga con necessità di alta sorveglianza o di ambiente protetto. Alimentazione enterale (PEG)

10/11	Alta	<p>Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni; deficit cognitivo di grado variabile (anche di grado severo), associati o meno ad alterazioni comportamentali anche di grado elevato (A.Di.Co 2), tranne che per tentativi di fuga e problematiche richiedenti ricovero in nucleo protetto.</p> <p>Decubiti fino allo stadio 3.</p> <p>Alimentazione enterale (PEG).</p>
9	Medio-alta	<p>Patologie cronico degenerative con compromissione dell'autonomia di grado medio, associate o meno a deficit cognitivi e alterazioni comportamentali di grado lieve/moderato (< 2 all'A.Di.Co). In tale fascia assistenziale possono essere ricompresi quei pazienti con bisogni assistenziali analoghi a quelli sopra indicati ma che necessitano di interventi sanitari e assistenziali di livello meno elevato. Alimentazione enterale (PEG).</p>
7/8	Media	<p>Polipatologie a carattere cronico-degenerativo, moderatamente stabili da un punto di vista clinico, associate a deficit di autonomia funzionale di grado medio e a un eventuale deterioramento cognitivo di grado variabile con lievi disturbi del comportamento (< 2 all'A.Di.Co)</p>

Si può vedere come, anche ad un punteggio 7 o 8, la persona risulti sempre malata cronica e non autosufficiente, con diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea.

6. Il malato muore prima del trasferimento in convenzione in Rsa

Diversi sono purtroppo i casi di persone decedute nell'attesa della convenzione dell'Uvg. In alcuni casi questa arriva addirittura dopo il decesso del malato: una beffa per i familiari che per mesi o anni hanno dovuto sostenere privatamente il costo del ricovero.

Si ricorda che, non avere la convenzione dell'Asl, penalizza l'anziano malato cronico non autosufficiente che non ha diritto in tal modo a molte prestazioni gratuite assicurate dalla convenzione, nonché ad un rapporto più tutelante di quello stabilito dal contratto privatistico. Senza dimenticare che è solo in caso di convenzione che si può chiedere l'eventuale integrazione economica del Comune al pagamento della retta alberghiera.

Ci scrive la signora Silvia: *«L'Asl ha autorizzato il ricovero definitivo in convenzione con priorità assoluta in un reparto si alta intensità per mio papà.*

Noi abbiamo presentato la domanda all'Uvg a fine giugno 2021 e abbiamo ricevuto risposta con invio di pre-impegnativa a metà settembre 2021.

L'Asl si è fatta carico di tutti i costi relativi al ricovero in una clinica privata in convenzione, nella quale mio papà si trovava già da fine aprile 2021. A inizio luglio, grazie al vostro aiuto e alla vostra assistenza, ci siamo opposti alle dimissioni dalla clinica. Mio papà è morto il 19 ottobre 2021 in clinica, prima del suo trasferimento in Rsa».

Come correttamente osservato dalla signora Silvia, i tempi biblici dell'Uvg diventano una beffa anche per la stessa Asl che, in questo caso, ha sostenuto interamente il costo del ricovero, mentre attivando subito la convenzione per la Rsa, avrebbe realizzato un risparmio rispetto alla tariffa intera della Casa di cura.

7. Punteggio totale è lo stesso, ma per uno c'è la convenzione urgente, per l'altro no

Nemmeno con lo stesso punteggio si è certi di poter ottenere la convenzione. È quanto sperimentato dalla signora Francesca che di colpo si è trovata a dover gestire contemporaneamente la non autosufficienza di entrambi i genitori.

Marito e moglie sono stati ricoverati insieme, prima in ospedale e successivamente in Rsa per la continuità delle cure. La figlia, preso atto che la condizione di entrambi i genitori non rendeva più possibile un rientro al domicilio, si è immediatamente attivata con l'Asl Città di Torino per ottenere la convenzione definitiva.

Pur con il medesimo punteggio, l'esito è stato differente per i due malati, entrambi non autosufficienti: 20 punti in totale (10 sia di punteggio sanitario che sociale) e definizione «urgente» per la madre. Per il padre la figlia aveva chiesto una rivalutazione, che ha dato un esito identico a quello della madre: 20 punti in totale (10 sia di punteggio sanitario che sociale), ma definizione «non urgente». Il padre non ha ottenuto la convenzione ed è stato inserito in lista d'attesa, senza alcun tempo certo di presa in carico e con il pagamento dell'intera retta di ricovero in Rsa.

L'Asl ha quindi dato due esiti completamente opposti per lo stesso identico punteggio ottenuto dai coniugi, senza fornire alcun chiarimento e rifiutando di coprire le quote sanitarie per il ricovero del padre malato non autosufficiente, come più volte richiesto dalla figlia.

8. I punteggi sono discrezionali: la tabella prevede da 24 a 28, ma si può ottenere la convenzione con 20 e non con 22, nella stessa Asl

Per giustificare le liste d'attesa e contestualmente negare la convenzione ai

malati cronici non autosufficienti, le Asl sono solite rifugiarsi dietro la giustificazione per cui, in base alle norme regionali vigenti, non sarebbe possibile concedere l'attivazione del ricovero in convenzione se non si ottiene un punteggio Uvg di minimo 24 punti su 28.

Si tratta, come spesso accade, di una giustificazione priva di fondamento, che di fatto viene utilizzata per celare la discrezionalità che governa l'assegnazione degli esiti Uvg.

Secondo la Dgr 14-5999/2013, infatti, le Uvg assegnano «*sulla base dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione, (...) un grado di priorità tra "Urgente", "Non urgente" e "Differibile" al Progetto assistenziale residenziale*».

Si definiscono quindi urgenti i casi con «*valutazione complessiva dell'Uvg con punteggio pari o superiore a 24. L'U.V.G. potrà comunque assegnare un grado di priorità "urgente" anche a casi con punteggio inferiore a 24 qualora sussistano: - Alta complessità assistenziale sanitaria e sociale; - Alta complessità sanitaria; - Gravissimo disagio sociale e/o socio-economico, ivi compresi gli anziani non autosufficienti già valutati dall'Uvg e inseriti in struttura autonomamente*».

Ecco, quindi, che nella pratica l'ottenimento dell'urgenza Uvg dipende meramente dalla discrezionalità della Commissione esaminatrice, arrivando a risultati che, se confrontati tra loro, portano ad una conclusione paradossale, come l'esempio che segue.

Caso A: punteggio sanitario 10, punteggio sociale 10, totale 20/28, priorità «*urgente*».

Caso B: punteggio sanitario 11, punteggio sociale 11, totale 22/28, priorità «*non urgente*».

Si noti che entrambi i casi sopra citati sono di competenza della stessa Asl.

9. Rette sempre più proibitive

Mantenere un anziano malato cronico in una struttura di ricovero privatamente, in attesa dell'ottenimento della convenzione Asl, è una spesa proibitiva per la maggior parte delle famiglie, in quanto si aggira facilmente intorno a cifre di 3.000/3.500 euro al mese e anche oltre con le prestazioni extra obbligatorie: o le accetti o ti cerchi un altro posto.

Si legge su Nichelino Comunità del 29 marzo 2025: «L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Piemonte è una questione sempre più critica, aggravata da politiche – nazionali e locali – di fatto inadeguate, che colpiscono migliaia di famiglie.

Le cure domiciliari di lungo termine sono, di fatto, inesistenti. Un familiare che sceglie di prendersi cura a casa di un anziano malato non autosufficiente deve fare i conti con un sostegno economico irrisorio e del tutto insufficiente. Un paradosso, considerando che l'assistenza domiciliare non solo è una soluzione vantaggiosa per il benessere del paziente, ma rappresenta anche un'alternativa meno onerosa rispetto al ricovero in struttura.

Per quanto riguarda la residenzialità, la rigidità delle risorse pubbliche e il continuo aumento dei costi di gestione delle strutture, hanno trasformato il diritto alle cure socio-sanitarie - peraltro sancito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - in un privilegio per pochi.

Il Piemonte dispone nelle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) di 33.000 posti letto accreditati. Tuttavia, solo la metà di questi posti è effettivamente convenzionato con il Servizio sanitario, ovvero coperto da finanziamento pubblico. Il resto è a regime privato, a pagamento.

Già nel 2021 le liste d'attesa contavano oltre 5.000 persone. E il problema si è ulteriormente aggravato, senza che la Regione abbia stanziato risorse adeguate per affrontare questa emergenza. Anzi. Delibere della Giunta Regionale hanno bloccato la spesa sanitaria per le RSA ai livelli del 2019, prefissando pure un tetto di spesa annuo (268 milioni di euro). Risorse che dovrebbero permettere di garantire un diritto esigibile, mentre in realtà sono del tutto insufficienti per coprire e adeguarsi alle necessità.

Queste politiche negano il diritto alle cure agli anziani malati non autosufficienti, costretti ad attendere mesi o addirittura anni per ottenere un posto convenzionato in RSA, con un impatto devastante sulle famiglie che spesso si trovano costrette a sostenere rette proibitive per il ricovero in RSA private. (...)».

Un esempio è l'appello inviatoci dal signor Renato: «Colgo l'occasione per aggiornarvi degli ultimi eventi, proprio di questa mattina. Infatti, la Rsa presso la quale è ricoverata nostra madre, ha contattato proprio oggi mia sorella per avvisarla che, a seguito di revisione del PAI di nostra madre, dal 1° febbraio prossimo ella verrà trasferita in un reparto ad alta intensità, con incremento della retta mensile di 20 €/giorno, con un ulteriore aggravio di 600 €/mensili, il che porta la retta mensile complessiva a cifre elevatissime, non lontane ormai dai 4.000 €/mensili.

Cercheremo certamente di capire meglio, ma la situazione, in assenza della convenzione, sta così ormai divenendo economicamente difficile da sostenere. A riguardo vi chiederei cortesemente, in base alla Vs esperienza, se aumenti delle rette per tale motivazione, sarebbero poi coperti da un parallelo adeguamento della quota sanitaria in carico alla Regione.

Avevo appreso nei giorni scorsi dai media che le rappresentanze delle Rsa si sono recate in Regione per chiedere un aumento delle tariffe: viene il sospetto, vista la coincidenza delle tempistiche, che la grave notizia che ci ha dato oggi la Rsa sia forse più legata a motivazioni simili a quelle che hanno portato le associazioni delle Rsa a "batter cassa" in Regione».

10. L'inganno della Dgr 10/2022, l'Asl (e la Giunta Cirio) lascia pazienti e famiglie in balia dei legali delle Rsa

Con Dgr 1-5265 del 28 giugno 2022 e successiva Dgr 10-5445 del 29 luglio 2022, la Regione Piemonte ha approvato il “Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, Lungodegenza, Cavs) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR”. Tale percorso è volto in particolare a dare *«attenzione ai bisogni assistenziali»* dei pazienti.

La Regione Piemonte dimentica che i degenti, oggetto della suddetta delibera, sono malati cronici non autosufficienti con necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili, al pari di ogni altro intervento in grado di assicurare il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane indispensabile alla tutela della loro salute. Il loro non è quindi un percorso solo di natura “assistenziale” e, pertanto, rimangono nella piena competenza del Servizio sanitario nazionale.

Il percorso delineato dalla delibera in discorso prevede, al termine del ricovero ospedaliero, un primo mese di degenza in Rsa a carico del Servizio sanitario ed un eventuale secondo mese in compartecipazione al 50% tra Asl e utente/Comune.

L'obiettivo è finalizzato al rientro al domicilio del degente, salvo diversa indicazione dell'Asl che, per esperienza pratica (la Fondazione nel solo 2024 ha seguito 700 casi individuali), è un'ipotesi molto residuale: per la maggior parte dei degenti, al termine del secondo mese di ricovero lo stesso si trasforma automaticamente in un ricovero privato, con oneri a totale carico del familiare che sottoscrive il contratto con la Rsa.

Le conseguenze per i malati non autosufficienti e i loro familiari sono drammatiche. Prendiamo il caso della signora Lucia, un'anziana malata cronica non autosufficiente ricoverata in regime di Dgr 10-5445/2022 presso una Rsa di Torino.

Prima del termine del secondo mese di ricovero, nel novembre 2022, la figlia si oppone alle dimissioni, perché non è più praticabile il rientro al domicilio. Richiede pertanto la prosecuzione del ricovero fino all'autorizzazione della convenzione da parte dell'Uvg, che l'Asl nega nonostante la grave situazione sanitaria (prima 10 punti, poi aggiornati a 12, ma sempre «differibile» a causa del punteggio sociale giudicato troppo basso).

La figlia prosegue il ricovero in Rsa, non potendo fare altrimenti, ma copre solo la retta alberghiera, richiamandosi alla normativa nazionale: l'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017 (cfr. pagina 3 del presente documento).

Ad agosto 2024 la figlia, dopo due precedenti solleciti del legale della Rsa, in solido con la madre ricoverata, riceve l'ingiunzione di pagamento per il debito accumulato, circa 25mila euro.

La sceglie di opporsi al decreto ingiuntivo ricevuto e conferma la richiesta di riconoscimento della quota sanitaria a carico dell'Asl.

La convenzione per la madre viene concessa alla fine nel mese di aprile 2025, dopo due anni e mezzo di attesa e un'ingiunzione di pagamento della Rsa.

11. Lo stipendio di infermiera non basta per pagare la retta

Anche gli operatori sanitari possono trovarsi a dover gestire la situazione di un familiare non autosufficiente, come ha scoperto la signora Monica, che ha dovuto ricorrere al ricovero del padre, anziano malato cronico non autosufficiente, in una Rsa in regime privato, in attesa della convenzione da parte della stessa Asl della quale lei è dipendente.

Il padre della signora Monica ha ottenuto una valutazione Uvg molto grave dal punto di vista sanitario: 12 punti su 14 ed intensità «alta in nucleo NDC [nucleo disturbi cognitivi, ndr]»; anche la valutazione sociale è importante (10 punti). Nonostante ciò, l'Asl ritiene che la situazione sia «non urgente». La è costretta a contribuire di tasca propria alla retta di ricovero, dal momento che le risorse economiche del padre – insufficienti – sono state esaurite.

La beffa ulteriore? La signora Monica si è confrontata con alcune sue colleghe ed ha scoperto che, in altre Asl, situazioni con punteggi più bassi di quello del padre hanno ottenuto la convenzione con attese di molto inferiori.

Questo l'appello ricevuto. *«Attualmente le spese che ho affrontato da marzo 2023 a gennaio 2024 ammontano a 31.854,89 euro per quanto riguarda la struttura in regime privato. Si aggiungono 353,80 euro di servizio lavanderia da settembre 2023 poiché il mio nuovo orario di lavoro mi impedisce di andare a trovare mio padre con la regolarità utile a fornirgli i cambi necessari. Ogni mese, inoltre, la struttura mi richiede un'ulteriore fornitura di pannoloni, oltre a quella prevista dal Piano Terapeutico in numero di 60. All'incirca si tratta di una spesa mensile di 36 euro (390,00 euro circa da inizio ricovero). Si consideri che percependo, mio padre, una pensione di 915,00 euro, e dovendo sostenere le utenze della sua casa, mensilmente, riesco ad utilizzare circa 800 euro e aggiungo circa 2.500,00 euro miei.*

Io, però, sono monoreddito, con un figlio a carico ed un mutuo casa. Sono infermiera presso le cure domiciliari da ottobre 2023, pertanto non mi avvalgo di uno stipendio elevato in quanto non turnista. Ho quasi terminato quelli che erano i miei risparmi, utili a farmi vivere più tranquilla visto che sono single e figlia unica e non posso avvalermi dell'aiuto di terzi in caso di necessità.

Osservo che nell'Asl To4 valutano con criteri più favorevoli i casi analoghi al mio, per cui ritengo che la sottoscritta stia subendo una discriminazione ingiustificata da parte del servizio sociale della mia Asl To3».

12. Il ricovero privato non è sostenibile per la famiglia, ma l'Asl concede la convenzione solo dopo che il malato è morto

Ci scrive la signora Maria, la cui madre è ricoverata privatamente presso una Rsa, perché l'Asl To3 continua a negare la convenzione: *«Mia mamma da tre anni è invalida grave a causa di fratture vertebrali ed è costretta a letto. Per circa due anni e mezzo, con difficoltà, siamo riusciti ad assisterla a casa cambiando mille badanti. Nel frattempo abbiamo inoltrato la prima richiesta Uvg per avere un supporto economico da parte della Regione, ma purtroppo il punteggio sociale e sanitario è stato piuttosto basso [così non è: 21 punti, 11 per la parte sanitaria e 10 per la parte sociale, n.d.r.]. Quest'anno la situazione fisica di mia mamma è nettamente peggiorata e dopo numerosi ricoveri siamo stati costretti a spostarla in una struttura (Rsa).*

La retta, avendo un livello assistenziale alto, è di 3.200 euro. Abbiamo inoltrato una nuova domanda Uvg per avere il contributo, ma anche questa volta è stato negato [il nuovo esito è di 23 punti, 12 sanitari e 11 sociali, ma la priorità è "differibile", n.d.r.].

Vista la cospicua somma, a breve non so se riusciremo a coprire la retta richiesta. Anche la situazione sociale è peggiorata e a giugno è venuto a mancare mio papà».

Maria sollecita formalmente l'Asl per l'ottenimento della convenzione, facendo presente che tra il ricovero attuale e le spese per gestire la persona a domicilio prima di ricorrere al ricovero in struttura la famiglia ha dovuto sostenere costi di oltre 30mila euro, ma la risposta dell'Asl è perentoria: *«La Commissione ha espresso parere favorevole a progetto residenziale con punteggio 23 (...). In base ai parametri normativi vigenti sono stati calcolati il livello di intensità assistenziale (Alta) ed il grado di priorità (Differibile). Sempre in base alla normativa vigente, per le valutazioni con grado di priorità "differibile" sono previste periodiche rivalutazioni sanitarie d'ufficio (...). Il diritto alla convenzione con il SSR viene soddisfatto non appena maturati i*

requisiti che devono rispondere alla normativa vigente ed ai principi di trasparenza ed equità validi per tutti i richiedenti».

In pratica, l'Asl conferma l'inserimento in lista d'attesa a tempo indeterminato della malata non autosufficiente, che nel mentre dovrà continuare a sostenere privatamente i costi del ricovero.

La conclusione della vicenda non può che lasciare con l'amaro in bocca. A distanza di sei mesi l'Asl informa Maria dell'ottenimento dell'autorizzazione al ricovero in convenzione: la madre è però deceduta il mese precedente.

13. Nemmeno i progetti “urgenti” ottengono la convenzione nei tempi indicati dalle delibere regionali

Solitamente le Asl giustificano i lunghi tempi di attesa per l'ottenimento della convenzione in Rsa richiamando quanto previsto alla Dgr 14-5999/2013, in base alla quale: per i casi “urgenti”, la convenzione viene attivata entro il termine di 90 giorni; per i casi “non urgenti”, la convenzione viene attivata entro un anno dalla valutazione; per i casi “differibili”, non esiste un termine per la presa in carico, ma solo una revisione periodica della valutazione.

Fermo restando che tali termini non sono perentori, da ciò dovrebbe derivare che una situazione definita “urgente” dovrebbe ottenere la convenzione entro tre mesi dalla valutazione Uvg, proprio in virtù della situazione d'urgenza certificata dall'Asl To3.

Non è così in molti casi, come per la signora Benedetta che, nonostante una valutazione di ben 14 punti sanitari su 14, con livello di intensità «Alta incrementata» e grado di definizione «urgente», ha dovuto continuare a provvedere privatamente per il pagamento della retta di ricovero in Rsa della madre anziana malata cronica non autosufficiente.

La signora Benedetta ha sollecitato l'Asl To3 ad intervenire con il riconosci-

mento della convenzione per il ricovero della madre, ricordando che, ai sensi della Dgr 14-5999/2013, *«I progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità “Urgente” dovranno trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione»*. Peccato che dalla valutazione *«sono passati ormai sette mesi»*.

La signora Benedetta segnala all'Asl che *«dall'inizio del ricovero presso la struttura attuale ad oggi, abbiamo già dovuto sostenere una spesa di 100.000 euro. Tale esborso economico non è più assolutamente sostenibile»*, ma la convenzione non arriva.

L'Asl To3, nonostante il riconoscimento della valutazione *“urgente”* del malato e ben sapendo che la persona è ricoverata da anni in Rsa, ricovero per cui sono stati sostenuti costi esorbitanti (l'equivalente del prezzo di un alloggio), si ostina a negare la convenzione, andando a violare anche i termini previsti dalle delibere regionali cui però è sempre pronta a fare riferimento per giustificare la mancata attivazione delle convenzioni nei casi *“non urgenti”* o *“differibili”*.

14. L'Asl nega la presa in carico al malato, dopo oltre due anni di impegno del figlio per la gestione al domicilio e il familiare è costretto a ricorrere al pronto soccorso

Il signor Roberto ha lasciato il lavoro per poter seguire la madre, anziana malata cronica non autosufficiente, al domicilio. Quando non è stato più in grado di accudire la madre, nel frattempo aggravatasi, si è rivolto all'Uvg dell'Asl e ha chiesto il ricovero in convenzione in Rsa.

L'Uvg ha dato un esito *“differibile”*, pur riconoscendo una importante situazione sanitaria (10 punti) e senza dare alcuna prospettiva temporale di attesa. Il figlio ha quindi sollecitato l'Asl precisando che, qualora l'Asl non fosse intervenuta, sarebbe stato costretto a ricorrere al ricovero ospedaliero tra-

mite pronto soccorso, come riconosciuto dalla sentenza n. 62/2020 della Corte costituzionale (sopra richiamata, nel capitolo sulle norme vigenti).

L'Asl To3 non ha risposto e il figlio ha ricoverato la madre, passando dal pronto soccorso ospedaliero.

Il signor Roberto ha poi informato della situazione l'Assessorato regionale alla Sanità, chiedendo di intervenire.

Qui il suo appello: *«Mia mamma, C.D., è una malata cronica non autosufficiente di 84 anni residente a ***, di competenza dell'Asl To3. Ha la demenza senile e una serie di patologie che la rendono non autosufficiente per cui necessita di cure sanitarie come ad esempio essere alimentata, farle igiene personale, somministrarle medicine varie, etc. Lo dimostrano i referti del centro per le demenze dov'è seguita, l'invalidità INPS al 100% con accompagnamento e l'ultima certificazione di un geriatra delle Molinette che sostiene che mia mamma ha necessità di cure sanitarie inderogabili ... tutti documenti che posso fornire.*

Ha richiesto la valutazione UVG presso l'Asl To3 nell'aprile 2024 ottenendo un punteggio basso (18) che non le permette di avere un accesso in tempi rapidi in Rsa in convenzione con l'Asl To3 (pagamento a carico nostro del 50% della retta=quota alberghiera, circa 1500€), che poi è il nostro obiettivo. Si parla di non meno di 2/3 anni di attesa e forse di più che per una persona anziana son tantissimi.

E sono molti anche per me, visto che essendo figlio unico e volendo un bene dell'anima a mia mamma poco più di due anni orsono ho deciso di accogliere mia mamma a casa mia, per curarla e provvedere a tutte le sue esigenze, improvvisandomi infermiere, OSS, etc. Ma già da alcuni anni in precedenza la assistevo, in modo meno intenso.

Son partito con le migliori intenzioni, lasciando l'azienda per la quale lavoravo, sacrificando me stesso e la mia vita per dedicarmi a lei.

Ora non ce la faccio più. Non ce la faccio più finanziariamente (come si fa a vivere a lungo senza un lavoro?) e non ce la faccio più anche a reggere questa situazione di sacrificio della mia vita per lei. Lo ammetto, ho sottovalutato le difficoltà legate alla gestione di un malato non autosufficiente.

Visto che la legge italiana garantisce un diritto alle cure sanitarie che è soggettivo ed esigibile ho deciso a metà ottobre di oppormi alle dimissioni in primis dal P.S. del Giovanni Bosco e poi dall'ospedale di Rivoli, reparto lungodegenza.

L'ospedale di Rivoli (non ho scelto io di ricoverare mia mamma lì, ma è stata una scelta dell'Asl To3 che la ha trasferita dal Giovanni Bosco) sostiene che è un ricovero improprio e mia mamma è dimissibile.

Mi permetto di contattarla per sottoporre alla sua attenzione una situazione che, secondo me, è paradossale sia da un punto di vista sanitario sia da un punto di vista di spreco di soldi pubblici. Quanto costa alla sanità piemontese tenere mia mamma in ospedale per un mese? 12.000€? 15.000€? Non lo so, ma costa molto, molto di più di concedere a mia mamma la convenzione per ingresso in Rsa (costo di circa 1.500€=retta al 50%) che io sto chiedendo e non mi viene concessa.

La sanità piemontese potrebbe risparmiare circa 13.500€ in un mese.

Non sono tanti probabilmente all'interno di un budget regionale però, come diceva mio padre, la goccia fissa rompe il sasso.

Mi dicono che sono due centri di costo diversi (l'ospedale di Rivoli e l'UVG del distretto di Venaria), che ognuno ragiona per sé. Anche se fanno parte della stessa Asl To3 che poi ha la facoltà di decidere come spendere questi soldi.

Il paradosso non è solo finanziario ma anche sanitario. Infatti, a detta della dottoressa responsabile del reparto di lungodegenza di Rivoli il ricovero di mia mamma è improprio. La Rsa è la soluzione più adatta forse.

Ma allora se costa di più alla Regione tenere mia madre in ospedale che non contribuire al pagamento della metà parte della retta, perché l'Asl To3 non

ci concede l'ingresso in Rsa in convenzione?

Io non me lo spiego.

Sottopongo alla Sua attenzione, Signor Assessore, tale tematica, perché di sicuro ha una visione più ampia e complessiva (dell'Asl To3) di tutti questi aspetti finanziari e sanitari.

La mia richiesta è di avere la possibilità di inserire mia mamma in una Rsa di mia scelta, con pagamento della retta in convenzione con l'Asl To3. Cosa che renderebbe "contento" me e consentirebbe alle finanze regionali di risparmiare qualche soldino. Win win. Vinciamo tutti».

Viste le situazioni precedentemente descritte, si rende evidentemente necessaria una riflessione sulle modifiche che il sistema attualmente vigente

Le richieste alla Regione Piemonte (Giunta Cirio 2024-2029)

necessita, al fine di poter rendere pienamente esigibile il diritto alle cure e, in particolare, le prestazioni socio-sanitarie Lea per le persone malate croniche non autosufficienti.

La Giunta regionale del Piemonte dovrebbe innanzitutto riscrivere le delibere regionali in vigore, in contrasto con la normativa nazionale sui Lea socio-sanitari.

È anzitutto necessario lo stanziamento immediato di risorse finalizzate al riconoscimento della convenzione in Rsa agli anziani malati cronici non autosufficienti che si trovano in lista d'attesa.

Ciò comporta in primo luogo **l'inserimento immediato in convenzione di tutti i malati valutati «urgenti»** dalle Uvg, nonché il riconoscimento della convenzione a chi è in ricovero privato da oltre un anno, sulla base della sola valutazione sanitaria.

Sul piano normativo, **è necessaria una riforma dello strumento dell'Uvg**, che deve riprendere l'originario compito tecnico e non finanziario, che consiste nel valutare complessivamente l'anziano malato cronico non autosufficiente, elaborare e poi monitorare il piano personalizzato di cure. Ruolo oggi, quello delle Uvg, completamente mutato perché di fatto finalizzato a negare o ritardare sine die l'accesso a prestazioni Lea, come già approfondito nella prima parte del presente libro bianco.

Le risorse stanziate dalle Asl piemontesi per le convenzioni in Rsa devono essere parametrize al fabbisogno collettivo e non a vincoli di bilancio, illegit-

timi per prestazioni Lea, quale è il ricovero in Rsa.

È poi **necessario collocare la Dgr 10-5445/2022 nell'ambito della fase estensiva dei Lea** (articolo 30, Dpcm 12 gennaio 2017), che prevedono almeno 60 giorni a carico del Servizio sanitario e, al termine, nel caso non vi siano le condizioni per il rientro al domicilio, deve essere garantita la prosecuzione in convenzione con la sola quota alberghiera a carico del degente. Oggi, invece, nella quasi totalità dei casi, l'anziano malato cronico non autosufficiente e i suoi congiunti sono costretti a pagare tutto privatamente!

Nella sola Asl Città di Torino, (fonte: Regione Piemonte/Asl Città di Torino) i **dati riferiti al 2022 e al primo semestre 2023** hanno confermato che nel **25% dei casi**, i malati trasferiti nelle Rsa (impossibilitate a garantire cure estensive) muoiono entro pochi giorni oppure rientrano in ospedale in urgenza (magari un altro ospedale rispetto a quello di invio). **Il 25%** al termine dei 60 giorni **è dimesso a casa, ma senza alcuna presa in carico dell'Asl o del Medico di medicina generale.**

Molti vengono trasferiti dai familiari che cercano soluzioni più economiche, a volte distanti anche 100 chilometri dal luogo di residenza, con gravi ripercussioni per gli anziani malati non autosufficienti, specie se affetti da demenza o Alzheimer. **Per molti altri vi è il rischio concreto di finire in strutture abusive**, perché meno costose. I malati e le loro famiglie sono messi in una condizione capestro: o firmano il contratto o vengono letteralmente «buttati fuori» dalla Rsa, previe intimidazioni dei legali. La sanità pubblica piemontese ha letteralmente scaricato i malati non autosufficienti e le loro famiglie alla mercè dei gestori privati, spesso multinazionali che non esitano a ricorrere ai loro avvocati.

Una sezione a parte meritano le cure domiciliari. L'offerta attuale è estremamente carente. L'ospedalizzazione a domicilio è rimasta una speri-

mentazione dell'ospedale Molinette di Torino; l'Assistenza domiciliare integrata – Adi è prestazione Asl attivata dal Medico di medicina generale, ha una media di 17 ore all'anno (sì, proprio all'anno!) per paziente, prevede solo figure professionali (medico, infermiere, altri operatori) e non risponde alle esigenze continuative e quotidiane dei malati non autosufficienti. Le cure domiciliari di lunga durata per i malati non autosufficienti sono oggi erroneamente confinate nell'ambito degli interventi socio-assistenziali (dei Comuni), mentre i costi per le prestazioni indifferibili che consentono di monitorare e intervenire sulla condizione di salute di un malato non autosufficiente con personale familiare o informale (assistente personale) sono “scaricati” prevalentemente sui malati e i loro congiunti. Motivo questo di impoverimento dei nuclei familiari, anche del ceto medio.

I centri diurni per le persone con demenza o malate di Alzheimer vanno assicurati con frequenza a tempo pieno, con retta a carico degli utenti comprensiva di pasti e di trasporto, in percentuale del 30%, così come stabilito dall'articolo 34 del Dpcm 12 gennaio 2017.

È infine non più rinviabile una radicale riforma delle Rsa. L'esperienza pandemica ha fatto emergere che i ricoverati nelle Rsa sono malati così gravi da aver perso la loro autosufficienza e, spesso, anche la capacità di manifestare le loro più elementari esigenze.

Le Rsa sono già strutture accreditate dal Servizio sanitario e rientrano pertanto nei Lea, articolo 30 del dpcm 12 gennaio 2017, ma vanno riorganizzate radicalmente per inserirle a pieno titolo nella filiera delle strutture residenziali sanitarie.

I principali interventi necessari riguardano: la riorganizzazione del personale delle strutture, nelle quali è necessario importare la logica del lavoro in équipe, superando la frammentazione delle competenze odierne tra direttori sanitari che non decidono del percorso terapeutico e operatori sanitari (in-

fermieri e oss) che dovrebbero attenersi alle indicazioni del medico di medicina generale del malato; la modifica dei requisiti strutturali per la qualificazione delle strutture come fornitrici di cure palliative e di contrasto al dolore, prestazioni riabilitative di primo e secondo livelli, nuclei Alzheimer e hospice.

Per quanto sopra, all'Amministrazione regionale del Piemonte **la Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa chiedono di aprire con il Governo la revisione del Dpcm del 12 gennaio 2017 per proporre e ottenere:**

a) la modifica dell'articolo 22 del Dpcm di cui sopra, con il riconoscimento al malato cronico o alla persona con disabilità non autosufficiente il diritto del 50% del budget di cura a carico del Servizio sanitario, finalizzato ad un contributo forfettario a sostegno dei costi sostenuti dai familiari che direttamente assicurano le prestazioni domiciliari informali, o di un assegno di cura che permetta l'assunzione di personale di aiuto per garantire tutte le prestazioni indifferibili necessarie 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno;

b) la modifica dell'articolo 30 del suddetto Dpcm, per aumentare la quota sanitaria per le prestazioni residenziali (Rsa) dal 50% al 70%, al fine di garantire le prestazioni di alta intensità, nonché al 100% per le situazioni rientranti nella legge 730/1983, articolo 30, («Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali») e del Dpcm 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie», in particolare l'articolo 3, punto 3 («3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-

infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza»). Tali modifiche sono fondamentali per la conseguente e necessaria riorganizzazione delle strutture sanitarie residenziali per le cure di lunga durata (Ltc - Long term care).



5X1000

c.f. 97638290011

cinquepermille

Anche quest'anno puoi destinare alla Fondazione promozione sociale il 5 per mille

dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi.

PERCHÉ SOSTENERCI

La Fondazione promozione sociale onlus/ets non riceve contributi da enti pubblici e il tuo 5x1000 contribuisce a permetterci di essere liberi di agire nei riguardi delle istituzioni (Regioni, Asl, Comuni...) quando non rispettano i diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente.

I costi per la gestione della sede e per i dipendenti (assunti a tempo pieno proprio per garantire l'attività di consulenza che non può essere retta solo con volontari) sono coperti solo in parte con il patrimonio della Fondazione.

Con il tuo contributo ci aiuterai a portare avanti le iniziative per

tutelare i diritti delle persone malate non autosufficienti e/o con gravi disabilità e per garantire il loro e il tuo diritto alla salute: ciascuno di noi può diventare un malato cronico non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

Relazione attività su:

www.fondazionepromozionesociale.it

CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ

Per ulteriori contributi (deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi):

Fondazione promozione sociale onlus/ets

Iban: **IT 66L 02008 01058 000020079613**

Segui la nostra attività: www.fondazionepromozionesociale.it
sulla pagina Facebook  **Fondazione promozione sociale onlus**



In Piemonte sono stati certificati dalla stessa Giunta regionale 24.000 casi di cure di lunga durata negate, di cui quasi 10.000 richieste di ricovero in convenzione Rsa, cioè con metà della pesante retta di degenza pagata dalle Aziende sanitarie regionali. Convenzioni che sono state negate, esponendo le famiglie piemontesi alla doppia ingiustizia del diritto calpestato e del danno economico, perché per curare un anziano malato cronico non autosufficiente, 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno, a casa servono più di 2.000 euro al mese per l'assunzione di assistenti personali, oltre al familiare/caregiver, e per i ricoveri privati in Residenza sanitaria assistenziale – Rsa, le rette oscillano tra i 3.000 e i 4.000 euro mensili.

Con valutazioni truffaldine, che non riconoscono il fabbisogno di migliaia di malati, e nessun rispetto delle leggi vigenti, le Asl (e gli ospedali, le Case di cura e le Rsa) scaricano tutto l'onere della cura dei malati cronici non autosufficienti sui familiari, che non hanno obblighi in materia, mentre il Servizio sanitario è tenuto ad intervenire con prestazioni (convenzioni Rsa, cure a casa...) di Livello essenziale (Lea) per tutti. E quindi anche per i più malati tra i malati..

Questo Libro bianco si propone di squarciare il velo su tanta ingiustizia, che crea sofferenza e nuove povertà. Perché nessuno possa dire «lo non sapevo». Viene distribuito gratuitamente e sarà sempre disponibile in versione digitale sul sito www.fondazionepromozionesociale.it, come strumento di autodifesa e di rivendicazione dei diritti esigibili oggi vigenti.