

Rsa, la rivolta delle famiglie “Mancano investimenti” Regione Piemonte nel mirino

Airaud, Cgil, pronto a una class action: “Così viene negato il diritto alle cure”
I gestori insorgono: “Risorse invariate e unità di valutazione a corto di organici”

ALESSANDRO MONDO
TORINO

«Dopo anni in cui me ne sono presa cura a casa, la Sanità pubblica mi volta le spalle all'aggravarsi della condizione sanitaria della mamma, che ci ha costretti al ricovero in Rsa». Donatella, figlia di Nunzia, 84 anni, con un decadimento cognitivo accelerato. Richiesta di convenzione, e risposta della Commissione Uvg: «Caso non urgente», domanda rifiutata.

Anziani in lista di attesa per un posto in Rsa in Piemonte, 11.600, in aumento: fioccano le segnalazioni, dietro ogni caso una storia, un volto, sensi di colpa, frustrazione, difficoltà economiche. L'inchiesta de *La Stampa* ha alzato il coperchio su un tormento collettivo che tracima per ogni dove: lettere, mail, social.

La Regione spiega che non ci sono soldi e contestualmente difende il principio e il sistema delle priorità (urgent, non urgent, differibili), promette di sveltire le pratiche, mentre monta la rabbia di quanti si sentono vittime di un diritto negato.

Anche i casi “urgent”,
892 anziani,
restano comunque
in lista di attesa

Tanto più che, anche tra gli “urgent”, parecchi sono comunque in attesa. «Dagli 8.500 in attesa a febbraio si è passati agli 11.616 al 31 dicembre - spiega la consigliera regionale di Avs Alice Ravinale - Di questi, 892 sono urgent. Altro che casi isolati. E se non entrano in convenzione gli urgent, figurarsi gli altri. «Oggi la Regione spende circa 270 milioni per la quota sanitaria delle Rsa - calcola il consigliere regionale del Pd Daniele Valle - Le famiglie piemontesi, invece, sostengono una spesa complessiva vicina a 900 milioni l'anno: circa 270 per le quote alberghiere degli utenti convenzionati e oltre 600 milioni per le rette integrali degli ospiti esclusi dalla copertura sanitaria. Il problema non è che la Regione spende troppo per le Rsa ma che una parte enorme del costo della non autosufficienza grava sui cittadini, mentre migliaia di persone restano in attesa del riconoscimento della quota sanitaria cui avrebbero diritto».

L'intervista rilasciata dall'assessore regionale alla Sanità Federico Riboldi su *La*

S Così su *La Stampa*



Domande in crescita e pochi posti. L'inchiesta sulle Rsa e il caso Piemonte: nella regione sono 11 mila gli anziani in lista di attesa



L'intervista all'assessore alla Sanità piemontese Federico Riboldi, che aveva definito «casi isolati» i pazienti urgenti senza un posto in Rsa

Stampa, l'unico che peraltro abbia avuto il coraggio di metterci la faccia (non pervenuti i ministri competenti), ha esasperato gli animi, più che placarli. «La Regione tenta di minimizzare una situazione esplosiva, di grandissima sofferenza per le famiglie», replica Maria Grazia Breda, presidente Fondazione promozione sociale ETS. E cita la risposta del direttore generale dell'Asl Torino 3 dello scorso marzo «ad una nostra segnalazione di caso urgente nel distretto pinerolese». Cosa diceva il direttore? «Risultano in graduatoria “urgent” 102 ca-

si, di cui 69 con sfioramento, anche importante, dei 90 giorni». E invitava la Regione alla rivalutazione delle delibere sulla residenzialità oppure ad «uno stanziamento specifico utile a sostenere tale criticità manifestata».

Gli anziani e le associazioni dei malati: come scoprire il vaso di Pandora. E i sindacati. Giorgio Airaud, Cgil Piemonte, valuta una class action: «Piuttosto che misurarsi con la realtà, si sono inventate mille barriere per tenere fuori le persone fragili. Quando a una persona è impossibilitata a compiere le

funzioni essenziali della vita e si applicano le categorie delle liste di attesa, semplicemente si stanno negando sia la cura che l'assistenza».

Meno scontata la presa di posizione, molto dura, dei gestori delle Rsa, che non accettano di rimanere con il cerino in mano. Michele Colaci, presidente Nazionale Confapi Sanità: «La Regione vuole sveltire le pratiche da parte delle Unità di valutazione geriatrica? Queste ammissioni arrivano tardi e non sono supportate da investimenti reali. Denunciamo da tempo che non investe adeguatamente nel potenziamento degli organici delle Uvg, questo collo di bottiglia burocratico blocca il sistema, impedendo di snellire anche le sole pratiche urgenti. Inoltre, il sistema è paralizzato dalla carenza di personale qualificato. La Regione non sta mettendo in campo alcuna soluzione o politica attiva per agevolare la formazione e l'immissione di nuovi operatori socio-sanitari da impiegare nelle strutture, rendendo impossibile garantire i livelli di assistenza richiesti senza turni massacranti».

Anche Michele Assandri, Anaste Piemonte, ha qualcosa da dire: «Non è vero che la soluzione per le risorse si debba trovare in Conferenza Stato Regioni, ogni Regione gode di autonomia organizzativa e il fatto che Lombardia, Veneto,

Spese sbilanciate
La Regione spende 270 milioni come quota sanitaria per le Rsa. Le famiglie 900 milioni ogni anno



“
Giorgio Airaud
Cgil Piemonte

Si sono inventati
mille barriere
per tenere fuori
le persone fragili
e negare
cure e assistenza



“
Michele Colaci
presidente Confapi Sanità

Il collo di bottiglia
burocratico blocca
il sistema
e impedisce
di smaltire anche
le pratiche urgenti

La storia di Palmira: non più autosufficiente, ha atteso due anni il ricovero in struttura

“Senza il nostro aiuto continuo mia madre non sarebbe sopravvissuta”

IL COLLOQUIO

«**S**e mamma fosse rimasta sola, senza una famiglia, non sarebbe sopravvissuta». Roberta Caferri accarezza la mano di Palmira, malata cronica e non più autosufficiente, finalmente in una struttura oggi dopo un calvario durato due anni.

È la storia di un paradosso che riguarda decine di migliaia di anziani: «Aumentare l'aspettativa di vita di dieci anni grazie a nuovi farmaci e nuove tecnologie, senza un'assistenza adeguata, equivale ad abbandonare gli

over 70 a loro stessi. Come a dire: “Fate da soli se volete continuare a vivere”».

Una testimonianza particolarmente toccante, che apre uno spaccato su un mondo purtroppo sottaciuto. «Terapie, prenotazioni, burocrazia impossibile e tante, troppe porte in faccia - spiega Roberta - Siamo passati da innumerevoli cadute, terapie gestite male in autonomia, un'assistenza domiciliare inadeguata, nessuna possibilità di ricevere dall'Asl assistenza». Trovare i medicinali dispensati dalle farmacie ospedaliere, le ricette per farmaci ripetitivi per malati cronici non dispensati in automatico ma soggetti a ricette infinite:

praticamente un incubo.

«Tutto questo ricade sulle famiglie, quando ci sono - racconta Roberta - Purtroppo l'unica strada rimasta a noi familiari, dopo l'ennesima caduta è stata quella di portare la mamma al pronto soccorso e, dopo il ricovero, rifiutare le dimissioni. Obbligando l'Asl a prendersene carico». A seguire, un calvario lungo sei mesi per ottenere un posto in Rsa: «È passata da quattro incontri con le assistenti sociali che ci chiedevano di metterla in una struttura privata, totalmente a nostro carico. Impossibile per noi: sfido quale famiglia, possa far fronte a 3 mila euro mensili».

Ogni frase, una notizia:

«Qualcuno sa che dalla retta sanitaria è esclusa la tachipirina? Fa parte degli extra: una vergogna, spesso è la prima cosa che il medico prescrive per il dolore. Esclusi tutti i medicinali da banco». Poi i pannoloni, la nota dolente: «Qualcuno sa che l'iter per ottenerli è trimestrale, e che prima che arrivi la convenzione, li devono pagare le famiglie? Qualcuno lo dice che carrozzina e girello ce li siamo portati da casa perché insufficienti? C'è qualcuno a conoscenza del fatto che, se alla mamma viene un qualsiasi problema dermatologico tutto passa come extra, perché la quota sanitaria non lo copre?».



“
Roberta Caferri
figlia di Palmira

Dalla tachipirina
alle pomate viene
considerato un extra
La prima consegna
di pannoloni
dopo tre mesi

Oggi la signora Palmira sta relativamente bene. «Attualmente è in un Rsa, è stazionaria, seguita e assistita in tutto solo perché la sua famiglia, ha ritenuto che non avrebbe

LA POLITICA

Chi dispone di personale e competenze deve portarle dove le persone desiderano restare

Moltiplicare i posti letto non serve va sostenuta l'assistenza a casa

L'INTERVENTO

VINCENZO PAGLIA*

In questi giorni, rispondendo a un'inchiesta de *La Stampa*, sul fronte politico è emersa la necessità di un aumento della spesa per le Rsa. È l'ennesima prova che non riusciamo a liberarci da una trappola: mentale, istituzionale ed esistenziale. Continuiamo a non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno inevitabilmente bisogno, pur sapendo da decenni cosa ci attende.

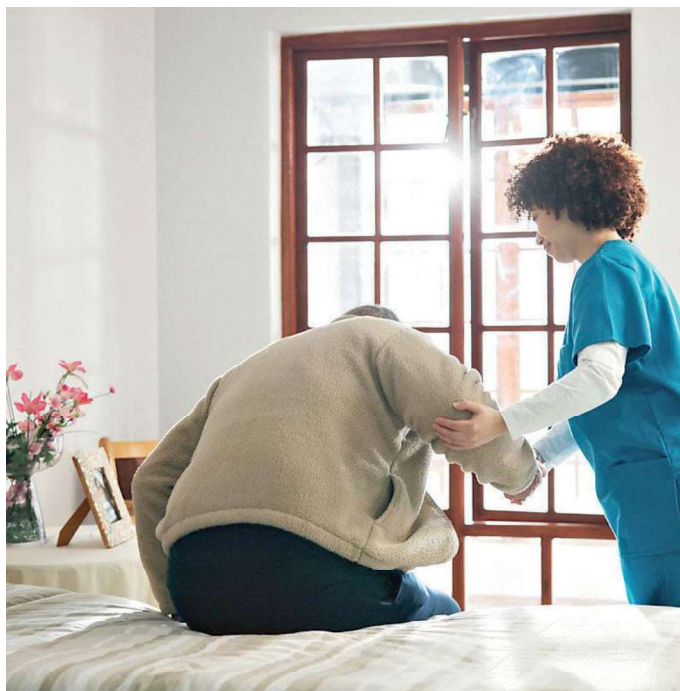
Il punto decisivo non è tanto quanto vivremo, ma come vivremo gli ultimi anni della vita. Si sono allungati gli anni, ma non in buona salute: la porzione di vita trascorsa in condizioni di malattia, limitazione funzionale e non autosufficienza rimane sostanzialmente quella.

Serve un cambio di rotta: questa è un'emergenza prevedibile

È un'emergenza prevista, prevedibile e mai inattesa. La rassegna degli ultimi dieci anni lo dimostra: il disegno istituzionale della long-term care italiana è rimasto pressoché immutato da circa trent'anni, e persino la finestra aperta da pandemia e Pnrr si è chiusa senza un vero cambio di rotta: insomma non abbiamo imparato la lezione.

Sarebbe bello moltiplicare i posti in Rsa? Sarebbe invece dannoso e insostenibile: raddoppiare la platea residenziale significherebbe una minaccia per i conti pubblici e, insieme, un incubo per gli anziani stessi.

Abbiamo ricevuto risorse importanti dal Pnrr per l'Assistenza Domiciliare Integrata (Adi): con la misura "Casa come primo luogo di cura" l'obiettivo era portare l'Adi al 10% degli over 65. E qui sta il paradosso denunciato dalla Corte dei conti nel Quaderno n. 4/2025: l'obiettivo di copertura è stato formalmente centrato - con il target di assistiti adeguato - ma la spesa effettiva resta largamente indietro, tanto che ben il 76% del budget dell'intera Missione 6 Salute (circa 12 miliardi) dovrà ancora essere speso negli ultimi due anni del Piano, e a fine 2024 risultava completato solo il 41% degli obiettivi europei. È stata spesa solo una parte dei fondi destinati all'Adi. Il risul-



Risorse dimenticate I fondi Pnrr per l'assistenza domiciliare non sono stati spesi integralmente

tuplicare i posti letto: serve portare la cura dentro le case. L'idea è incoraggiare le Rsa e le case di riposo a diventare anche presidi di assistenza domiciliare, aprendosi al territorio invece di limitarsi ad accogliere tra quattro mura. Chi già dispone di personale, competenze e organizzazione può estendere la propria attività fin dentro le abitazioni degli anziani, portando l'assistenza dove le persone desiderano restare.

Un esempio concreto arriva dal Lazio, con la nuova legge sui servizi e le strutture socioassistenziali, approvata all'unanimità a giugno. Il cuore della riforma è proprio l'assistenza domiciliare diretta: le case di riposo potranno assistere gli anziani non solo all'interno delle strutture, ma anche a casa loro, e si introducono cohousing, condomini solidali, alloggi assistiti e la figura della "badante di condominio". È la direzione giu-

Si è scelto di assistere più persone, ma dando a ciascuna sempre meno tempo di cura

sta: permettere agli anziani di restare nella propria vita e ricevere lì l'assistenza che meritano.

I vantaggi di un simile approccio sarebbero diffusi: a) gli over 65 potrebbero restare nella propria casa, dove desiderano stare, con una presa in carico reale e non simbolica; b) i gestori amplierebbero il proprio bacino di utenza, valorizzando competenze e personale già esistenti; c) le Regioni potrebbero tariffare l'assistenza domiciliare a costi sensibilmente più bassi, non dovendo coprire vitto, alloggio e utenze. Insomma, un po' più di cuore e anche di pensiero! Ma pensare davvero significa una cosa sola: pensare e ripensare l'assistenza come se riguardasse ognuno di noi, e non qualche astratta "categoria" di anziani lontana dalle nostre vite. Quell'anziano solo, in fondo, siamo noi tra vent'anni; è nostra madre, è nostro padre, oggi. Solo quando lo sentiremo così, sulla nostra pelle, troveremo l'energia per uscire da queste trappole. Sono trappole vecchie, le conosciamo bene da decenni. Proprio per questo possiamo, e dobbiamo, evitarle per tempo.

*Presidente della Fondazione Età Grande Ets e Presidente emerito della Pontificia Accademia per la Vita

Toscana ed Emilia abbiano in proporzione al Piemonte quasi il doppio dei posti letto convenzionati in Rsa, ne è una conferma. L'Isce non pesa? «Il punteggio economico nella valutazione geriatrica fatta dall'Asl pesa e come sulla possibilità di essere inseriti in convenzione: lo dimostra il fatto che quasi il 100% delle persone che fanno domanda di inserimento in convenzione godono già dell'indennità di accompagnamento, per cui sono già state valutate da una commissione medico-legale come incapaci di svolgere in autonomia la vita quotidiana». L'aumento dei posati in convenzione? «Se le risorse rimangono uguali negli anni, anche a fronte di una domanda crescente, il numero delle persone in lista di attesa salirà costantemente». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

tollerato di trovarla caduta a terra per l'ennesima volta - precisa la figlia -. L'Asl? Era pronta a rimandarla a casa con un cerotto. Purtroppo se hai la sfortuna di avere patologie invalidanti e non sei più autosufficiente, o sei nella condizione di avere i soldi per una struttura privata o hai la fortuna di avere una famiglia che ingaggia una vera battaglia per te, per garantirti una vecchiaia dignitosa. Oppure, come spesso accade, ti spegni lentamente a casa, in solitudine».

Serve aiuto, e va cercato dov'è possibile trovarlo: «Ringrazio Fondazione Promozione sociale per avermi assistito, portando a conoscenza i vertici Asl della nostra situazione, uguale a quella di migliaia di famiglie: solo così la situazione si è sbloccata». Assicurare un fine vita dignitoso ad un genitore che ti ha dato tutto: l'assillo di qualsiasi figlio. ALE. MON. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vincenzo Paglia
Fondazione Età Grande Ets

Continuiamo a non voler costruire il sistema di cui i nostri padri e le nostre madri avranno bisogno

Dove vorremmo invecchiare? La risposta è quasi sempre la stessa: a casa nostra. Tra le nostre cose

una volta poche ore su tutti. Avremo finalmente il coraggio di cambiare paradigma? Il punto non è il budget, è la logica. Oggi l'Adi è pensata come prestazione: un operatore entra, esegue un atto, esce, e la voce viene conteggiata. Ma un anziano fragile non ha bisogno di prestazioni sparse: ha bisogno di un servizio continuativo, di una vera presa in carico. Di qualcuno che risponda nel tempo, che integri il sanitario con il sociale - la spesa, i pasti, le pulizie, la compagnia - che abbia un referente stabile e un progetto di cura personalizzato. Smettiamola di ragionare per prestazioni e cominciamo a fare dell'assistenza domiciliare un servizio normale, con una normale presa in carico. E qui che i fondi residui possono ancora fare la differenza, ed è qui che si salda la promessa della Legge 33/2023: portare a casa non un atto, ma un sistema di cura.

E arriviamo alla trappola più profonda, quella che tocca il cuore. Chiediamolo con semplicità: dove vorremmo invecchiare? La risposta è quasi sempre la stessa: a casa nostra, tra le nostre cose, i nostri odori, i nostri ricordi. Non è un capriccio, è il desiderio più umano che ci sia. Eppure, diciamo "resta pure a casa" e poi lasciamo l'anziano solo.

La buona notizia è che una strada c'è, e comincia a intravedersi. Non serve mol-

tato è paradossale: la copertura è aumentata molto, ma le ore garantite a ogni anziano sono diminuite, scendendo sotto le 16 ore all'anno. In pratica si è scelto di assistere più persone, ma dando a ciascuna sempre meno tempo di cura.

Viene allora spontaneo chiedersi come si intendano spendere i circa 12 miliardi ancora da utilizzare, e per giunta in circa un anno. Il tema è tanto più urgente perché, a partire da settembre, verranno meno le risorse del Pnrr dedicate all'Adi: già oggi si pone il problema di trovare i fondi per garantire la continuità del servizio. Il rischio è duplice: da un lato, risorse ingenti da spendere in tempi strettissimi, con il pericolo di una spesa affrettata o inefficace, dall'altro, un modello ancora troppo "prestazionale" e frammentato, che allarga la platea senza offrire un'assistenza davvero adeguata ai non autosufficienti.

Anche l'Ocse ha rilevato che l'Italia garantisce una copertura ampia ma un'intensità delle cure troppo bassa, invocando un modello più integrato tra sanitario e sociale. La trappola istituzionale è questa: fingere una presa in carico domiciliare e lasciare che tutto proceda come prima.

Insomma: abbiamo usato i fondi per rincorrere un numero, spalmando ancora