

Torino, 10 settembre 2013

SECONDA NOTA INTEGRATIVA IN MERITO AL RICORSO PER L'OTTEMPERANZA DELLE ORDINANZE N. 609/2012 E 141/2013 E PER LA SOSPENSIONE DELL'EFFICACIA DELLE DELIBERE DELLA GIUNTA DELLA REGIONE PIEMONTE N. 14 E 85/2013

Da un esame più attento della delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 85/2013 emerge, oltre a quanto segnalato nelle precedenti due note dell'8 luglio e del 4 settembre u.s., quanto segue:

1. E' assai probabile che, a seguito di questo nostro ricorso al Tar, i legali della Regione Piemonte presentino la delibera n. 85/2013 come la prova della decisione della Giunta regionale di dare concreta attuazione alle ordinanze del Tar n. 609/2012 e 141/2013.

2. E' ipotizzabile che l'accento venga posto sulla delibera 85/2013 magari dopo la revoca da parte della Giunta regionale della n.14/2013.

3. Nella delibera 85/2013 le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sono scomparse e sono state sostituite da "graduatorie" (5° capoverso della 1^ pagina).

4. La delibera n. 85/2013 ha le caratteristiche della scatola bella ma vuota. A nostro avviso è un pericoloso tentativo di prendere in giro le associazioni di tutela dei malati non autosufficienti e, se possibile, anche del Tar. Infatti non vi sono elementi di sorta che comprovino:

- a) l'asserito recupero di risorse (1° capoverso della pagina 2);
- b) la destinazione di dette risorse alla riduzione delle liste di attesa;
- c) ammesso che dette risorse siano destinate alla riduzione delle liste di attesa, non sono forniti elementi per verificare se vi sarà, come previsto dal secondo capoverso della pagina 2, un «*incremento del 15% dei posti letto disponibili per il Servizio sanitario regionale entro la fine del 2015*» che – guarda un po' che combinazione – è l'anno in cui saranno rinnovati la Giunta e il Consiglio regionale;
- d) non sono precisati i criteri in base ai quali le Asl dovranno intervenire per la riduzione delle liste di attesa. Otterranno le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali coloro che sono da più tempo collocati nelle liste di attesa? Verrà data priorità a coloro che hanno ottenuto, magari da molti mesi, un punteggio più alto? Verranno tutti rivisti dalle Unità di valutazione geriatriche? Verrà data priorità alle prestazioni domiciliari e in quale misura rispetto a quelle residenziali? Si deve aspettare l'approvazione di un'altra delibera per stancare anche sotto il profilo economico le organizzazioni che presentano ricorsi contro gli abusi della Giunta regionale?

5. Ferme restando le precedenti considerazioni che mettono in rilievo l'incertezza del previsto recupero di risorse, occorre considerare che, se non vengono forniti dati oggettivi, non c'è alcuna concreta possibilità di verificare se viene effettuato il previsto aumento del 15% dei posti letto, anche perché nelle delibere n. 14 e 85/2013 non sono previsti altri fondi aggiuntivi rispetto a quelli sopra indicati.

6. In sostanza la delibera 85/2013 espone solamente dei meri intendimenti senza fornire alcun elemento concreto per verificarne l'attuazione. Infatti, se veramente la Giunta intendeva avviare iniziative per ridurre le illegittime liste di attesa, avrebbe dovuto:

- individuare concrete assegnazioni aggiuntive di fondi;
- fornire gli elementi indispensabili per verificare l'andamento della riduzione delle liste di attesa, fornendo in primo luogo per ciascuna Asl l'esatto numero degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone che attualmente ricevono (data da definire) dalle Asl prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali con oneri a carico del Servizio sanitario regionale ed escludendo quindi tutti i soggetti che per gli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali nulla hanno dalle Asl;
- assicurare almeno trimestralmente l'aggiornamento dei dati riguardanti i malati che ricevono dalle Asl prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, in modo da consentire le opportune verifiche.

7. Occorre altresì considerare che nella delibera in oggetto non vengono considerati per gli anni 2014 e 2015 gli aumenti (inevitabili?) riguardanti il costo della vita e quindi anche l'importo delle prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Inoltre è necessario tener conto degli eventuali (inevitabili?) aumenti degli stipendi del personale.

8. Sulla base del «riallineamento al Dpcm del 29 novembre 2001 delle quote di compartecipazione alle tariffe relative all'Alta intensità, all'Alta intensità incrementata e ai Nuclei Alzheimer temporanei» (primo capoverso della pagina 2) la quota giornaliera a carico dell'utente che frequenta i Centri diurni viene aumentata a euro 35,00. Pertanto vi saranno numerosi familiari che provvederanno al ricovero dei loro congiunti stante l'elevatissimo importo richiesto.

9. Per quanto riguarda i Centri diurni per i malati di Alzheimer occorre tener conto che nelle norme sui Lea non vi sono riferimenti specifici a questi infermi e a quelli colpiti da altre forme di demenza senile.

Al riguardo occorre tener conto che le norme sui Lea al punto 8 dell'Allegato 1.C "Assistenza territoriale semi-residenziale" si riferiscono alla «attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie», con oneri interamente a carico del Servizio sanitario nazionale.

Tenuto conto delle fortissime analogie delle problematiche riguardanti i malati psichiatrici e le persone affette dal morbo di Alzheimer, le succitate disposizioni riguardanti le attività semiresidenziali per i malati psichiatrici dovrebbero essere applicate anche alle persone colpite da demenza senile.

Pertanto anche la frequenza dei Centri diurni Alzheimer dovrebbe essere totalmente gratuita, come lo è la frequenza dei centri diurni per i malati psichiatrici.

10. Qualora non si ritenesse valido quanto indicato al punto precedente, occorre considerare che nella delibera in oggetto non è previsto che all'utente venga garantito il possesso di una somma non inferiore al minimo vitale, il cui importo dovrebbe essere calcolato tenendo conto che nella Dgr 39/2009 era stato stabilito che «al beneficiario delle prestazioni [domiciliare, ndr] spetta una quota di reddito non inferiore alla soglia di povertà indicata dall'Istat». Nella stessa delibera veniva segnalato che l'Istat aveva fissato nel 2007 «la soglia di povertà, per l'anno 2007, in euro 591,81».

Pertanto, preso atto che gli incrementi Istat sono i seguenti: 1 gennaio 2008 – 2,5%; 1 gennaio 2009 – 1,5%; 1 gennaio 2010 – 1,3%; 1 gennaio 2011 – 2,2%; 1 gennaio 2012 – 3,2%; 1 gennaio 2013 – 2,2%, l'importo attuale è di euro 672,30. Occorre dunque assicurare agli utenti dei Centri diurni le risorse indispensabili perché possano provvedere alle loro esigenze vitali, tenendo conto che al massimo le ore annue frequentate presso i centri diurni sono 1.800, mentre quelle totali sono (giorni 365 x 24 ore) 8.760. Dunque i centri diurni sono utilizzati nella misura inferiore al 20%.

Premesso che l'attuale importo dell'indennità di accompagnamento (euro 500 mensili) è assolutamente insufficiente per adempiere alle finalità della legge 18/1980 per gli oneri conseguenti alle loro vitali necessità domiciliari e cioè per compensare le maggiori spese a carico delle persone con invalidità pari al 100x100 e aventi l'esigenza di essere assistite 24 ore su 24, rispetto ai cittadini privi di menomazioni; pertanto l'importo annuo dell'indennità di accompagnamento (euro 6 mila) corrisponde a meno di 1 euro all'ora del tempo trascorso a casa dal soggetto che frequenta i centri diurni (ore 8.760-1.800 = 6.960).

Dunque il minimo vitale dovrebbe comprendere i sopra citati importi di euro 672,30 e 500,00 nonché l'ammontare pro-quota dei beneficiari, delle spese di affitto e riscaldamento.

Nei conteggi relativi all'individuazione del minimo vitale, occorre altresì tener conto delle norme della Dgr 37/2007 riguardanti il "Sostegno al coniuge o al familiare privo di reddito, convivente, precedentemente al ricovero, con l'assistito".

Per quanto concerne la necessità di far riferimento al minimo vitale personale, si ricorda che nella sentenza n. 5185/2011 il Consiglio di Stato, in relazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con la legge 18/2009, aveva affermato quanto segue: «La giurisprudenza ha già sottolineato che la Convenzione si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile (v. l'articolo 3, che impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona, che nel settore specifico rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé, come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato, anche se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici)».

Occorre tener presente che il Consiglio di Stato ha assunto una posizione opposta a quella prevista dalla succitata Convenzione. Infatti nella sentenza n. 6674/2012 ha fatto riferimento ai «doveri di solidarietà e di assistenza» dei congiunti. Cfr. l'allegato articolo "Considerazioni sulla sentenza del Consiglio di Stato riguardante gli obblighi familiari" che verrà pubblicato sul n. 184, ottobre-dicembre 2013 di *Prospettive assistenziali*.

PS. Si segnala la sentenza del Tribunale di Firenze, Sezione lavoro n. 1154/2010 in cui viene precisato che gli atti amministrativi relativi alle liste di attesa devono ritenersi nulli o, comunque, illegittimi.