

**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36  
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95  
e-mail: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)  
*Funziona ininterrottamente dal 1970*

 **Fondazione  
Promozione sociale**  
ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino  
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595  
[info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)  
[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

TORINO, 6 marzo 2018

## **MOLTO ALLARMANTI LE PROPOSTE DELLA GIUNTA DELLA REGIONE PIEMONTE SULLA CRONICITÀ**

Il documento predisposto dalla Giunta della Regione Piemonte “Piano nazionale cronicità. Recepimento accordo Stato-Regioni 15.9.2016 e approvazione delle linee di indirizzo regionali per le annualità 2018-2019. Proposta al Consiglio regionale” contiene norme decisamente negative per le persone colpite da patologie croniche e nettamente contrastanti con le disposizioni delle leggi vigenti n. 833/1978 e articolo 54 della legge 289/2002 che ha reso pienamente esigibili i Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Infatti l'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*». Deve dunque intervenire nei riguardi di tutti gli infermi, nessuno escluso, nonché nei confronti delle persone con disabilità e non autosufficienti, nessuna esclusa.

Inoltre, ai sensi dello stesso articolo 2 il Servizio sanitario nazionale deve provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

Di estrema importanza per tutti gli utenti l'articolo 1 della stessa legge 833/1978, in base al quale il Servizio sanitario nazionale deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» sanitario.

### **Dal Servizio sanitario nazionale ai Servizi socio-sanitari regionali**

Dopo le rituali e imbonitrici parole secondo cui le proposte della Giunta regionale prevedono un «*modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni*» e che l'attività della Regione Piemonte «*si caratterizza per un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di discreta efficienza ed alta qualità*»<sup>1</sup>, nel paragrafo “Fase 3.2 Integrazione socio-sanitaria” viene proposta la creazione

---

<sup>1</sup> La «*discreta efficienza*» e la «*alta qualità*» dell'attuale erogazione dei Lea sono rappresentati dalle illegittime e crudeli liste di attesa di 30mila fra anziani malati cronici non autosufficienti e persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile; dalle dimissioni selvagge (decise senza assicurare la continuità terapeutica dovuta agli infermi non autosufficienti, e quindi con esigenze sanitarie indifferibili) praticata da anni e anni da quasi tutti gli ospedali e da quasi tutte le case di cura private; dalla omessa predisposizione del regolamento della legge regionale n. 10/2010 “Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti”; dalla disponibilità di risorse da parte delle Asl per il pagamento della retta di ricovero presso Rsa di euro 1.500 al mese e dalla contemporanea assenza di mezzi (euro 750 al mese) per il sostegno economico domiciliare degli stessi infermi (lettere dell'Asl To3 del 21 aprile 2015 e dell'8 agosto 2016); dalla discriminazione, vietata dal sopra citato articolo 2 della legge 833/1978 ma praticata da tutte le Asl, per l'accesso alle prestazioni degli infermi sopra indicati sulla base delle condizioni economiche non solo dei malati, ma addirittura dei loro nuclei familiari; dalla disumana omessa considerazione dell'evidente e incontestabile indifferibilità delle esigenze sanitarie di tutte le persone non autosufficienti, come evidenziato

di un assetto istituzionale del Servizio sanitario non previsto dalla legge 833/1978 e non ammesso dalla Costituzione: infatti per le persone colpite da cronicità viene proposto un assetto istituzionale distinto da quello sanitario asserendo ingannevolmente che attualmente «*per realizzare l'obiettivo dell'indispensabile integrazione socio-sanitaria*» occorrerebbe procedere alla «*attribuzione agli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali piemontesi di un ruolo attivo e diretto nella presa in carico dei pazienti cronici, specie di quelli caratterizzati da maggiore fragilità*».

In effetti la Giunta della Regione Piemonte, sulla base di analoghe iniziative di altre Regioni (appena dopo 8 mesi dall'entrata in vigore della legge 833/1978, la Regione Emilia Romagna aveva approvato la legge n. 39/1979 con il preciso scopo di avviare il trasferimento delle competenze dalla Sanità, caratterizzate da diritti esigibili, all'assistenza sociale fondata – ieri, oggi e presumibilmente domani – dalla discrezionalità e dal coinvolgimento economico del nucleo familiare), intende scaricare sempre di più ai congiunti la cura e gli oneri relativi agli infermi, considerati come “poveri” da assistere <sup>2</sup>.

In parole semplici la Giunta della Regione Piemonte, con il fuorviante pretesto dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali, vuole ampliare l'attuale situazione di emarginazione (non riconoscimento dell'indifferibilità delle cure sanitarie, oneri economici non solo a carico dell'infermo non autosufficiente ma anche dei congiunti conviventi e non conviventi, liste di attesa non trasparenti e lunghissime, ecc.) degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile a tutti gli infermi malati cronici che – aspetto della massima importanza – rappresentano com'è precisato nel documento della Giunta regionale piemontese «*il 70-75% dei degenti ospedalieri*». Per quanto concerne l'ovvia (da molti decenni) e assoluta necessità dell'integrazione socio-sanitaria (ben diversa dalla proposta integrazione assistenziale-sanitaria con graduale prevalenza della competenza istituzionale dell'assistenza sociale), occorre tener presente che:

- fanno parte integrante del Servizio sanitario nazionale non solo assistenti sociali, ma anche educatori professionali e psicologi;

---

anche dal documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015; dallo sconcertante scarico delle competenze sanitarie praticato dall'Assessore alla sanità della Regione Piemonte all'Assessore alle politiche sociali; dalle conseguenti condizioni di povertà inflitte ai nuclei familiari obbligati non dalla legge ma dagli affetti a svolgere attività sanitarie illegalmente non svolte dalla Sanità; il dirottamento truffaldino deciso dalla Giunta regionale di ben 7 miliardi e 258 milioni (cfr. l'articolo di Giorgio Cavallero “Le bugie fanno male alla salute”, pubblicato su “Nuova Società” del 15 dicembre 2016) dal Fondo sanitario ad altri settori, con le conseguenti omesse prestazioni sanitarie ad infermi con esigenze indifferibili; la non attuata richiesta del rimborso delle spese sanitarie sostenute dalle Asl e dalle Aziende sanitarie ospedaliere a causa di comportamenti colpevoli accertati dalla Magistratura, di enti e di persone (com'è successo per le tragiche vicende Thyssen e Eternit); la totale mancanza di verifiche sull'operato delle case di cura private convenzionate in merito all'efficacia dei loro interventi; la corresponsione alle case di cura private delle rette, da 160 a 220 euro al giorno, per infermi aventi l'esigenza di una degenza presso le Rsa (retta di 40-50 euro al dì); l'assegnazione alle Uvg (Unità valutative geriatriche) di compiti illegittimi e truffaldini (condizionamento degli accessi alle cure in base a inammissibili valutazioni economiche, disconoscimento totale dell'indifferibilità dalle esigenze sanitarie).

<sup>2</sup> Mentre il primo comma dell'articolo 38 della Costituzione recita: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al **mantenimento** e all'assistenza sociale*», il primo comma dell'articolo 32 della stessa Costituzione sancisce quanto segue: «*La Repubblica tutela la salute come **fondamentale** diritto dell'individuo e **interesse della collettività** e, garantisce cure gratuite agli indigenti*». Per quanto concerne la socialità del settore dell'assistenza sociale si osservi che non risulta che siano stati pubblicati articoli di singoli assistenti sociali o di gruppi di detti operatori volti a segnalare l'offesa dell'importo della pensione di invalidità concessa a migliaia di persone, prive di risorse e impossibilitate a svolgere attività lavorative proficue, che ricevono la miseria di euro 282,55 al mese per 12 mesi. Inoltre, pur essendo a conoscenza che con il semplice invio di 3-4 raccomandate A/R si ottiene sempre la continuità terapeutica, la stragrande maggioranza degli assistenti sociali non informano gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile della possibilità di opporsi alle dimissioni da ospedali e da case di cura.

- le valenze sociali e relazionali devono essere assunte – per una gestione corretta ed efficace degli infermi di qualsiasi età e dalla nascita alla morte – da tutto il personale operante nei servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali del Servizio sanitario nazionale (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, educatori, psicologi, addetti amministrativi, ecc.) in quanto dette valenze hanno sempre una rilevante validità terapeutica;
- l'attribuzione di competenze istituzionali a due entità (nel caso in esame: Servizio sanitario nazionale e Servizi socio-assistenziali dei Comuni singoli o associati) ha sempre comportato e sempre determinerà conflitti di competenza (o preferibilmente per la non assunzione di competenze e dei relativi oneri economici) da parte dei due enti coinvolti;
- la stragrande maggioranza degli infermi cronici ha molto spesso esigenze acute: da quale entità sarà preso in carico assumendo i relativi costi? Chi risolverà le inevitabili contestazioni concernenti le competenze?

### **Documenti dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia**

Riportiamo alcune parti del documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 ritenendo che le proposte volte alla non creazione di settori autonomi per le prestazioni riguardati le molteplici esigenze degli aventi diritto agli interventi del Servizio sanitario nazionale valgono non solo per gli anziani malati cronici non autosufficienti e per le persone con demenza senile, ma per tutti gli infermi, compresi quelli colpiti da patologie croniche.

In detto documento, dopo aver evidenziato l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie per tutti i sopra citati malati e rilevata la necessità del «*riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari*» viene chiesto agli organi istituzionali della Regione Piemonte (istanza valida per tutte le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento): a) «*di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza e accettazione degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg*»; b) «*di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi*».

### **Aspetti economici**

Ammissa e non concessa la necessità di ridurre le spese a carico del Servizio sanitario nazionale (ma la percentuale italiana sul Pil è attualmente inferiore a quella della stragrande maggioranza dei Paesi), ammesso e non concesso che l'eliminazione degli sprechi e le azioni di rivalsa delle spese sostenute a causa di comportamenti colpevoli di aziende e persone non risolvono le esigenze economiche, si propone – invece della separazione delle competenze e cioè la costituzione di un Servizio socio-sanitario parallelo a quello sanitario – l'imposizione di contributi economici non punitivi in tutti i casi in cui le degenze di adulti presso ospedali, case di cura private convenzionate, Residenze sanitarie assistenziali superi un prefissato periodo (ad esempio 30-60 giorni). Il relativo importo dovrebbe essere esclusivamente a carico dell'infermo, tenendo conto delle sue personali esigenze, dei suoi redditi e beni mobili e immobili, dei suoi obblighi familiari e degli impegni economici assunti prima della degenza.

Operando secondo queste modalità non solo verrebbe rispettato il principio contenuto del citato articolo 32 della Costituzione (garanzia delle cure gratuite agli indigenti), ma verrebbe eliminata l'attuale discriminazione, sopra segnalata, in base alla quale le contribuzioni sono imposte solamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

## **Priorità delle prestazioni domiciliari**

Migliori condizioni di vita e maggiore efficacia delle cure e notevoli risparmi economici da parte dello Stato sono realizzabili stabilendo con atti concreti (leggi nazionali e regionali) la priorità delle prestazioni domiciliari non solo per gli infermi acuti, ma anche per quelli cronici.

Al riguardo si allega il testo della Petizione predisposta da questa Fondazione promozione sociale onlus sottoscritta da 18 organizzazioni sociali e inviata il 19 luglio al Parlamento europeo, la sopra citata legge della Regione Piemonte n. 10/2010.

Si allegano altresì i documenti dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016 sulla priorità delle prestazioni domiciliari.

## **Competenze del settore dell'assistenza sociale**

Mentre gli assistenti sociali dovrebbero operare nell'ambito dei servizi sociali di tutti i settori in cui le esigenze personali e le relazioni comunitarie sono componenti essenziali unite alle specifiche prestazioni "tecniche" (sanità, casa, lavoro, cultura, ecc.), per quanto concerne il settore dell'assistenza sociale, tenuto conto del sopra citato primo comma dell'articolo 38 della Costituzione, le attività dovrebbero riguardare in particolare:

- il mantenimento delle persone inabili al lavoro (adeguamento degli importi alle esigenze di detti soggetti; azione di sostegno dei soggetti interessati e del loro nucleo familiare di origine e, occorrendo, di quelli successivi; rapporti con gli altri settori tenuti ad intervenire, quali prescuola, scuola, formazione professionale, lavoro, cultura, ecc.);
- sostegno economico alle persone e ai nuclei familiari in gravi difficoltà socio-economiche e sociali, nonché attività promozionali nei confronti dei settori di intervento coinvolti o da coinvolgere (sanità, casa, scuola, ecc.);
- accertamenti relativi ai minori privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori e dei parenti tenuti a provvedere e segnalazioni alle competente autorità giudiziaria;
- azioni promozionali e valutazione sociale degli aspiranti adottanti e delle persone disponibili all'affidamento familiare a scopo educativo;
- esercizio delle tutele, delle curatele e delle amministrazioni di sostegno, nei casi in cui dette funzioni non vengano esercitate dai congiunti o da altre persone idonee e disponibili a provvedervi a titolo gratuito;
- supervisione, previo accordi con i Giudici tutelari, delle tutele, delle curatele e delle amministrazioni di sostegno di cui al punto precedente;
- collaborazione con gli altri sopra citati settori di intervento, in particolare con i relativi servizi sociali;
- accompagnamento delle persone in difficoltà volto all'ottenimento delle prestazioni disponibili da parte dei settori della sanità, casa, scuola, ecc.
- gestione diretta o indiretta delle attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali (comunità alloggio, gruppi appartamento) dei soggetti aventi esigenze di competenza dell'assistenza sociale e quindi non aventi diritto alle prestazioni della legge 833/1978 e dei Lea;
- attività di vigilanza sulle attività assegnate a organizzazioni private;
- rapporti con le organizzazioni di volontariato operanti nel settore dell'assistenza sociale, con le associazioni di tutela dei soggetti deboli e con quelle di promozione sociale;
- redazione di relazioni almeno annuali sulle attività svolte e sui problemi aperti.

**NOTA.** *Tutte le sopra indicate attività hanno lo scopo di garantire condizioni di vita accettabili alle persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere, nonché di prevenire in tutta la misura del possibile la caduta dei soggetti più deboli nell'inabilità lavorativa volontaria o indotta dalle circostanze sociali e nella relativa insufficienza dei mezzi indispensabili per vivere con dignità.*