

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

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

 **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 agosto 2019

## **INIZIATIVE SEMPLICI E FACILI PER L'ACQUISIZIONE DI IMPORTANTI RISORSE ECONOMICHE DA DESTINARE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, IN PARTICOLARE AGLI INFERMI NON AUTOSUFFICIENTI \***

1. Promozione su tutto il territorio nazionale delle prestazioni domiciliari, nei casi in cui congiunti o terze persone sono volontariamente disponibili a garantire una presenza attiva alle persone non autosufficienti a causa di patologie, più spesso di pluripatologie, gravemente invalidanti, nonché ai cittadini colpiti da disabilità e con autonomia limitatissima o nulla. Le prestazioni domiciliari dovrebbero essere considerate prioritarie dal Servizio sanitario qualora esse possano essere assicurate dal medico di medicina generale dell'infermo che ne abbia riconosciuto la validità e l'assenza di controindicazioni nei confronti dell'accuditore domiciliare, che si impegna direttamente o tramite altre persone di sua scelta a garantire 24 ore su 24 una presenza attiva volta ad assicurare all'infermo gli interventi necessari, nonché provvedere alle eventuali emergenze, richiedendo se occorre l'intervento di relativi servizi delle Asl. All'infermo non autosufficiente o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, l'Asl di competenza in base alla residenza dell'infermo dovrebbe erogare un contributo economico, mediamente non

---

(\*) Come ha precisato l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino nel 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*». Com'è incontrovertibile detti infermi sono persone destinate senza alcuna eccezione a morire nel giro di 5- 6 giorni se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli 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 i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di ottenere le prestazioni occorrenti per la massima riduzione possibile delle sofferenze, per prevenire malattie e disabilità, per acquisire o conservare la maggiore autonomia possibile, di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali e indifferibili esigenze. Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività affidate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti, l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai parenti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità. Pertanto nessuno, né le Regioni (leggi o delibere), nei Comuni, né altri enti pubblici e tantomeno gli organismi privati possono sostituirsi al Parlamento per imporre ai congiunti degli infermi, compresi ovviamente quelli non autosufficienti, attività del Servizio sanitario.

inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche. Le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute.

2. Recupero delle spese vive sostenute dal Servizio sanitario per interventi (trasporto, cure e riabilitazione di infermi) forniti dal Servizio sanitario a seguito di eventi di varia natura (infortuni sul lavoro e malattie professionali, incidenti, attività svolta in zone vietate, ecc.) per i quali la magistratura con sentenza definitiva ha attribuito la colpa ad aziende, enti o persone per violazioni di norme previste dalla legge o da altri provvedimenti pubblici. Al riguardo si unisce (Allegato 1) la proposta di legge presentata il 15 giugno 2010 al Consiglio regionale del Piemonte dalla Consigliera Eleonora Artesio (testo non approvato senza motivo) con il titolo "Recupero delle spese sostenute dal Servizio sanitario nei confronti dei terzi civilmente responsabili". È auspicabile che analoga proposta di legge venga presentata alla Camera e al Senato e venga sollecitamente approvata.

3. Non porre a carico del Servizio sanitario nazionale le spese sostenute per le prestazioni – come risulta dall'articolo "Sanità confusa tra urgenze e scelte impossibili" di Mario Pirani pubblicato su La Repubblica del 23 dicembre 2013 – attualmente fornite gratuitamente per i «traumi dell'infortunistica stradale, sportiva, sul lavoro e la responsabilità di terzi che non rientrano nel costituzionale "diritto alla salute"» le cui spese sono valutate nel citato articolo in «circa 30 miliardi annui»

4. Stabilire sulla base delle condizioni contrattuali (numero, qualifica di tutto il personale addetto calcolato in relazione al numero degli infermi degenti e alle loro condizioni sanitarie) stipulate con case di cura e con Rsa, le opportune verifiche sulla presenza di tutto il personale previsto, sia mediante la trasmissione mensile dei versamenti effettuati all'Inps e all'Inail, nonché la copia delle fatture emesse dagli operatori non dipendenti, sia mediante periodici controlli sulle condizioni di salute degli infermi dimessi.

5. Impegnare tutte le Regioni a stipulare convenzioni con le Rsa (ad esempio la Regione Lombardia non assolve a questo fondamentale compito) anche al fine dell'individuazione della quota del 50% a carico del Servizio sanitario e della segnalazione di detti importi sia agli infermi che ai Comuni tenuti all'integrazione della parte della retta non corrisposta dall'infermo.

6. Assicurare i necessari interventi per porre fine alle procedure secondo cui l'importo totale delle rette di degenza delle Rsa che, come avviene impunemente in Piemonte, risulta superiore anche del 20% se corrisposto dalle Asl, ad esempio per 50 e più posti letto rispetto al singolo utente privato.

7. Obbligare tutti i ricoverati nelle Rsa a richiedere l'indennità di accompagnamento (euro 517,84 al mese nel 2019) che l'utente è tenuto a versare per la copertura della quota alberghiera delle Rsa in cui è degente.

8. Nei casi di prolungamento della degenza presso le case di cura convenzionate determinato – a seguito dell'opposizione alle dimissioni di infermi non autosufficienti – dal mancato trasferimento da parte dell'Asl di residenza per malato in un Rsa, imporre agli utenti il pagamento all'Asl della quota alberghiera praticata dalle Rsa.

9. Eliminare tutti i ricoveri presso case di cura di infermi non necessitanti delle prestazioni erogate per patologia acute e/o per interventi riabilitativi fasulli.

10. Utilizzare l'istituto della concessione di pubblico servizio per la creazione dei posti letto mancanti per infermi non autosufficienti, nonché per le comunità alloggio destinate ai soggetti con disabilità intellettiva grave. Infatti, in base a questo strumento, gli oneri per la creazione

di strutture socio-sanitarie sono interamente assunti dal concessionario che diluisce i costi sostenuti inserendo nelle rette per il periodo temporale concordato. L'istituto della concessione di pubblico servizio può essere anche utilizzato per l'affidamento della gestione a privati da parte degli Enti pubblici proprietari di immobile. Al riguardo il Comune di Torino ha incassato oltre 25 milioni di euro e rientrerà nel pieno possesso delle strutture al fine della concessione.

**11.** Eliminazione delle inutili spese clientelari, ad esempio per il Piemonte estinzione dell'Agenzia regionale mangiasoldi per le adozioni internazionali e della rivista patinata "Notizie".

**12.** Verificare l'effettivo rendimento di beni mobiliari e, soprattutto, immobiliari posseduti e provvedere alla vendita di patrimoni (spesso imponenti) valutati proficuamente cedibili.

**13.** Assunzione di iniziative dirette a modificare profondamente le valutazioni sulla povertà assoluta. Al riguardo occorre tener presente che, incredibile ma vero, i criteri scelti dall'Istat per la valutazione della povertà non tengono in alcuna considerazione il possesso di beni immobiliari e mobiliari, qualsiasi sia la loro entità.

A questo proposito si segnala che la legge n. 33/2017 recante norme relative al contrasto della povertà, considerava poveri "assoluti", e cioè persone non aventi nemmeno le risorse economiche per l'alimentazione, anche coloro che, pur avendo importi dell'Isee e dell'Isre rispettivamente non superiori a 6mila e 3mila euro, erano in possesso della prima casa di qualsiasi valore, un secondo immobile di valore non superiore a 20mila euro, nonché nel caso in cui i componenti del nucleo familiare fossero 3 o più, di patrimoni mobiliari, compreso denaro contante, per una somma non superiore a 10mila euro.

Per quanto concerne la recente normativa sul reddito di cittadinanza (legge n. 25/2019) l'importo dell'Isee non deve essere superiore a euro 9.360,00, il valore del patrimonio immobiliare non deve oltrepassare i 30mila euro, mentre quello mobiliare, anche in questo caso compreso il possesso di denaro contante, non può essere superiore a 6mila euro, importo accresciuto di euro 2mila per ogni componente successivo al primo, fino ad un massimo di euro 10mila, incrementato di ulteriori euro mille per ogni figlio successivo al secondo, e aumentati di euro 5mila per ogni componente in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza.

Infine, per quanto concerne le problematiche economiche ritengo che, in primo luogo, occorrerebbe evitare che finanziamenti statali destinati alla Sanità vengano illegittimamente – e finora impunemente – dirottati ad altri settori (per motivi clientelari?) com'è successo in Piemonte. Al riguardo allego l'articolo di Giorgio Cavallero e Rossella Zerbi, "La Sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del Piano di rientro", pubblicato sul n. 1/2017 di "Torino Medica", rivista dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, in cui viene evidenziato quanto segue: *«In realtà una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la Sanità sono stati negli anni utilizzati come cassa per spese extra-sanitarie, come ammesso dall'Assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della destinazione del SSN destinati al SSR che sono stati utilizzati altrove».*

Inoltre segnaliamo che, a parte le somme versate ai poveri fasulli, occorre anche tener conto che l'Inps versa ogni anno oltre 58 miliardi di euro per l'integrazione al minimo delle pensioni la maggiorazione sociale che pensioni sociali, iniziativa corretta per coloro che non dispongono di patrimoni mobiliari e immobiliari, ma regalo immorale per i benestanti.

Altri interventi possibili riguardano l'evasione fiscale, che può anche essere promossa dalle istituzioni come risulta dall'allegata nota "Favorita l'evasione fiscale" pubblicata sul n. 176, 2011 della nostra rivista) e gli sprechi colossali ed evidenti (altra nostra nota "Differenze di prezzo fino a dodici volte per i beni acquisiti dalla sanità: sprechi o truffe?", n. 180, 2012).