

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

Via Artisti 36 – 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
In attività ininterrottamente dal 1970

 **Fondazione
Promozione
Sociale ETS**

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

Torino, 1° aprile 2022

Ill.mo Prefetto della Città di Torino

Oggetto: Pro-memoria sulla situazione dei malati cronici non autosufficienti, con particolare attenzione agli anziani, comprese le persone con demenza o malattia di Alzheimer

Con richiesta di informare il Ministro della salute, On. Roberto Speranza, nonché il Presidente della Giunta regionale, On. Alberto Cirio e gli Assessori regionali alla sanità, Luigi G. Icardi, e alle politiche sociali, Maurizio Marrone, sulle problematiche di seguito richiamate.

1. Il mancato rispetto del diritto alla continuità terapeutica dei malati

Come ha precisato l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia nel suo 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***».

Quanto sopra è stato confermato da recenti importanti documenti e relazioni di professionisti sanitari, tra i quali citiamo quello promosso dal Prof. Giancarlo Isaia, presidente dell'**Accademia di Medicina** dell'Università degli Studi di Torino) "La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte" (gennaio 2022, accademia.medicina@unito.it) e il documento "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute" (20 gennaio 2022) sottoscritto dai presidenti della Società italiana geriatria e gerontologia (Mario Bo), Società italiana geriatri ospedalieri e territoriali (Piero Secreto), Associazione italiana psicogeriatrics (Antonino Maria Cotroneo), Associazione geriatri extraospedalieri (Gianluca Isaia). Tutti concordano sul fatto che la causa della non autosufficienza è determinata da pluripatologie croniche, la cui diagnosi e cura in tutte e

forme e per tutta la durata della loro manifestazione rientrano a pieno titolo nella competenza e nei doveri del Servizio sanitario nazionale.

La **normativa di riferimento**, che discende dall'articolo 32 della Costituzione, sono gli articoli 1 e 2 della legge 833/1978; il decreto legislativo 502/1992 e s.m.i; il decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie. Tutte le norme sopra richiamate, sanciscono il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati cronici non autosufficienti senza limiti di durata, qualunque sia la malattia cronica e indipendentemente dalle condizioni personali dell'interessato, nonché la prosecuzione delle cure in continuità terapeutica.

Nella Regione Piemonte le Asl continuano invece ad applicare le Dgr n. 14 del 2012, 45 e 85/2013 e 34 del 2016 (allegato B, punto3) che contengono procedure **in contrasto con le norme nazionali** e con il **diritto esigibile alle prestazioni sanitarie** per i cittadini malati (sia che essi siano autosufficienti, sia che non lo siano).

In particolare, si segnala che le **Commissioni di valutazioni delle Asl** (Uvg – Unità di valutazione geriatrica) considerano prevalente la **condizione sociale**, rispetto a quella clinica sanitaria, anche nei massimi livelli di gravità; condizione sociale che è determinata anche dalla valutazione socio-economica dell'intero nucleo familiare del malato non autosufficiente. Una condizione individuale estranea alla condizione di malato dell'utente ne comporta, di fatto, l'esclusione dalle prestazioni sanitarie (per esempio la quota sanitaria del ricovero in struttura residenziale Rsa). Ciò avviene in evidente contrasto con il diritto universalistico alle prestazioni sanitarie sancito dalla legge 833/1978 (art. 1: «(...) *Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*»).

È così – come nelle Cabine di Regia Prefettura-Città metropolitana sul tema delle Rsa si è reso evidente dal bisettimanale conto dei malati che rivolgevano richiesta all'Uvg, ma non ne ottenevano la presa in carico – che la stragrande maggioranza degli anziani malati cronici non autosufficienti **non riceve le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a cui ha diritto** e finisce nelle cosiddette «**liste d'attesa**» (ben diverse da quelle per gli esami e le visite diagnostiche, poiché relative a pazienti che non sono autosufficienti e strutturate in modo da non avere una data prevista di presa in carico).

Nella stessa logica si sta purtroppo muovendo il Governo con la definizione di una dannosa «**legge delega sulla non autosufficienza**» da sottoporre al Parlamento. Si tratta, senza giri di parole, di una misura discriminatoria che attua, incredibile a dirsi, ma verificato nei fatti, un **razzismo contro i malati inguaribili**, che verrebbero esclusi dal Servizio sanitario nazionale per essere, in minima parte, confinati in un Servizio assistenziale senza diritti e con limitatissime risorse (anche di personale e professionali) e per la maggior parte scaricati sulle loro famiglie senza prestazioni.

1. Le nostre istanze

Le nostre organizzazioni chiedono:

al Presidente e agli assessori competenti della Giunta della Regione Piemonte di stabilire nella Dgr 23/2021, che è in via di essere confermata e prolungata rispetto alla scadenza del 31 marzo 2022, che la presa in carico è **assicurata senza discontinuità** secondo la logica della continuità assistenziale ovvero terapeutica, così come previsto nella Dgr 10-4727 del 4 marzo 2022, "Revisione del percorso dedicato a soggetti affetti da decadimento cognitivo (...)". La normativa di riferimento è la medesima: articolo 30 del dpcm 12 gennaio 2017; non si possono discriminare i malati non autosufficienti in base alla malattia;

al Ministro della salute, On. Roberto Speranza, di avviare un **monitoraggio delle attuali liste d'attesa** dei malati non autosufficienti (tutt'altra cosa rispetto a quelle per la diagnostica e gli interventi), per stabilire il fabbisogno reale delle richieste di prestazioni domiciliari e residenziali valutate dalle Commissioni Uvg delle aziende sanitarie in modo da predisporre i **necessari finanziamenti** per le prestazioni socio-sanitarie che rientrano nei Lea e rappresentano il nucleo irriducibile del diritto costituzionale alla salute. Le liste d'attesa per i malati che hanno esigenze indifferibili sono illegittime; al malato cronico non autosufficiente deve comunque essere data una risposta sanitaria di presa in carico. I congiunti – quando ci sono – non hanno obblighi di cura che la legge 833/1978 pone in capo al Servizio sanitario nazionale.

2. Prestazioni sanitarie domiciliari: mancanza del progetto individualizzato di cura e di contributi della sanità per chi ha esigenze di cure di lunga durata e di prestazioni indifferibili

Secondo i dati regionali forniti dal Direttore regionale, Dott. Mario Minola, lettera prot. n. 00000108 del 3 gennaio 2022, in risposta alle richieste del gruppo consiliare regionale del Partito Democratico, al 9 febbraio 2021 **risultano in totale in lista d'attesa 19.145 anziani malati cronici non autosufficienti**, di cui **per un posto letto convenzionato in Rsa 7.200**, e **11.945 che hanno presentato richiesta di prestazioni domiciliari** con presa in carico dell'Asl, un progetto individualizzato di cure, il monitoraggio del medico di medicina generale e un contributo economico o **assegno di cura** per poter sostenere i maggiori costi che devono affrontare al domicilio, per soddisfare tutte le prestazioni indifferibili di cui necessitano per il soddisfacimento delle funzioni vitali. Sono cifre importanti da sostenere per le famiglie: dai 1.700 ai 2.500 euro al mese **per poter garantire le prestazioni necessarie 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno**.

La Giunta regionale ha finora utilizzato per rispondere a questo fabbisogno solo le risorse del Fondo per le non autosufficienze, che copre a mala pena **il 2%** di chi avrebbe invece pieno diritto alla prestazione sanitaria. Quello attraverso il Fondo per le non autosufficienze è un **intervento del settore istituzionale dell'assistenza** e pertanto viene riconosciuto in base alla valutazione dell'Isee e alle risorse economiche messe a bilancio; è un contributo **aggiuntivo**, come prevede la stessa

legge istitutiva del Fondo, **non sostitutivo** degli interventi che devono essere assicurati dal Servizio sanitario. Oggi **il 98%** dei malati non autosufficienti che si trova a casa **paga tutto in proprio**.

L'assenza di sostegni economici (previsti invece per i ricoveri convenzionati in Residenza sanitaria assistenziale, Rsa, sotto forma di quota sanitaria) provoca spesso **impoverimento dei nuclei familiari**.

La mancata presa in carico dell'Asl è gravissima anche perché incentiva il ricorso al Pronto Soccorso in assenza di una copertura sanitaria domiciliare. Al riguardo si segnala **la ricerca dell'Asl Città di Torino** (cfr. welforum.it/area/anziani/, "Le cure domiciliari alla popolazione della città di Torino. L'analisi della prassi per una nuova progettualità", Franco Cirio, Carlo Pontillo, Fabiano Zanchi, 10 dicembre 2021"), che conferma che *"L'incremento della cronicità e della non autosufficienza necessita di interventi domiciliari di lungoassistenza (lunga durata n.d.r.) che forniscano interventi sanitari se necessari, ma soprattutto di tutela negli atti di vita quotidiana: gestione dell'igiene della persona, della sua mobilitazione e vestizione, gestioni dell'alimentazione e dell'incontinenza, ecc. Questi bisogni che richiedono plurimi interventi durante la giornata, difficilmente sono assicurati dall'adi, tuttavia il Pnrr prevede sostanzialmente solo un potenziamento di questa tipologia di cura e assistenza"*.

Infatti i provvedimenti approvati in attuazione della **MISSIONE 6 - Salute** del Pnrr si limitano a potenziare le ore di Adi, e quindi delle prestazioni professionali (medico, infermiere, oss), ma non è previsto un contributo economico/assegno di cura.

La bozza di legge delega sulla non autosufficienza, presentata dal Ministro delle politiche sociali, On. Andrea Orlando, e prevista nella **MISSIONE 5** del Pnrr, non è coerente con l'impianto Costituzionale e per **questo non risponde alle esigenze dei malati cronici non autosufficienti**. È, di nuovo, una **prestazione dell'assistenza sociale**, quindi rivolta non a tutti i cittadini malati, ma ai cittadini che sono «*inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi per vivere*» come recita l'articolo 38 della Costituzione. Quasi nessun pensionato rientra in questa categoria, perché dispone di un reddito che gli consente di avere i mezzi per vivere! L'attuale proposta di legge delega sulla non autosufficienza per le scriventi organizzazioni è **pericolosissima**, da **rigettare** e da **ritirare** da parte del Ministro proponente, perché non in linea con le leggi fondamentali del Servizio sanitario nazionale. La bozza mantiene intatto l'impianto attuale che prevede solo contributi erogati dal settore dell'assistenza, in base alla valutazione economica. **Resta escluso il 98% dei malati non autosufficienti**, come lo è oggi.

È il Ministro della salute (e non quello delle politiche sociali), che deve approvare la norma di legge necessaria per **introdurre** all'articolo 22 del dpcm del 2017 sui Lea (quello che disciplina le prestazioni sanitarie domiciliari professionali), il contributo economico o assegno di cura universalistico destinato al riconoscimento dell'**attività delle figure informali di cura** (famigliari, assistenti famigliari...). Si tratterebbe di una cifra a carico delle Asl per sostenere i maggiori costi che richiede il mantenimento al domicilio di un malato cronico/persona con disabilità non autosufficiente. **Non è assolutamente la strada delle leggi sui Caregivers** depositate in

Parlamento, che sono interventi, di nuovo, assistenziali – e non sanitari/per la tutela della salute – e vincolati a esigui fondi economici annuali, che possono essere azzerati legittimamente.

È utile a questo proposito ricordare le differenze tra ambito “Sanità” e ambito “Assistenza” come ben sottolineate dalla sentenza n. 157/2020 della Corte costituzionale: «*Mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell’assistenza sociale] 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 (sentenza n. 62/2020)*».

È chiaro a tutti non solo da che parte «è giusto» (cioè aderente alle norme) stare, ma anche da che parte «conviene» stare.

2. Le nostre istanze

Le nostre organizzazioni chiedono:

all’Assessore alla sanità della Regione Piemonte, Luigi G. Icardi

di **garantire il diritto prioritario alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari** attraverso la diffusione dell’ospedalizzazione a domicilio, la riorganizzazione del lavoro in equipe dell’Adi, assistenza domiciliare integrata, l’approvazione del regolamento della legge regionale 10/2010 per includere la compartecipazione della sanità nel progetto di cura individualizzato e istituire il contributo o assegno terapeutico per il prioritario diritto alle cure domiciliari dei malati cronici non autosufficienti: si tratterebbe di una quota sanitaria, al pari di quella prevista per i ricoveri in Rsa, già sperimentata con successo in passato, che interesserebbe tutti i malati non autosufficienti. È una proposta alternativa al ricovero e, quindi, consente un risparmio ovvero l’ottimizzazione delle risorse in sanità.

di **intervenire in qualità di Vice-presidente nella Conferenza Stato-Regioni, perché sia approvata la modifica all’articolo 22 del dpcm 2017 sui Lea**, necessaria per garantire ai malati cronici non autosufficienti la priorità del diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di lunga durata, anche di quelle informali, che oggi non sono assicurate dalla sanità. Tale riconoscimento determinerebbe automaticamente (senza bisogno dell’istituzione di fondi separati) lo stanziamento di risorse per rispondere alla domanda e, quindi, gli stanziamenti certi nel Fondo sanitario nazionale.

Al **Ministro della salute**, On. Roberto Speranza chiediamo di:

prendere in esame le **proposte di legge presentate al Senato e alla Camera che chiedono la modifica dell’articolo 22 del dpcm del 12 gennaio 2017** per introdurre il diritto al progetto individualizzato di cura e al contributo e assegno di cura a carico del Servizio sanitario nazionale (Senato DDL n. 868/2018, Sen. Laus; DDL n. 1990/2020, Sen. Pirro e altri; Camera Pdl n. 2596/2020 On. Ruffino)

3. La disorganizzazione delle Rsa, ignorate dal Governo e dalla Giunta regionale del Piemonte. Le drammatiche conseguenze per i malati non autosufficienti sopravvissuti al Covid-19

Oggi ci sono almeno **5.000 posti vuoti nelle Rsa** e oltre 4.500 anziani malati cronici con demenza o Alzheimer da anni in lista d'attesa (dato a nostro avviso di gran lunga sottostimato, riferito solo alle valutazioni svolte nell'ultimo anno, tralasciando migliaia di famiglie senza prestazione e in lista di attesa che hanno presentato richiesta negli anni scorsi e ancora non hanno ricevuto la prestazione; si veda il dato riferito al 2018 citato all'inizio della presente nota). Si tratta di una condizione di negazione senza un termine certo di presa in carico per ottenere il contributo dell'Asl che deve coprire per legge il 50% del costo della retta di ricovero. È un diritto esigibile, rientra nei Lea che sono un diritto costituzionalmente garantito (articolo 30, dpcm del 12 gennaio 2017 ai sensi decr. Leg.vo 502/1992 e della legge 833/1978).

La Giunta regionale del Piemonte:

- non ha sostituito le convenzioni degli oltre **8.000 morti in Rsa registrati nell'anno 2020** con nuovi ingressi di chi è in lista d'attesa e che sovente sta sostenendo in proprio spese dai 2.500 ai 3.500 euro al mese per un ricovero privato; per pagare le rette sono numerosi i familiari che segnalano di essere costretti a **svendere l'abitazione**;
- ha **sottratto ai malati non autosufficienti** 30 milioni di euro del fondo sanitario regionale, vincolati per le quote sanitarie per le prestazioni Lea, come abbiamo denunciato alla Corte dei conti il 1° marzo 2021, per ristorare i gestori privati delle Rsa, mentre il governo aveva stanziato fondi appositi a questo scopo (allegato). Soldi letteralmente «buttati», di cui si lamentano anche i gestori, perché non hanno avviato **alcun processo strutturale e virtuoso** di sostegno alle Rsa;
- non ha previsto **obiettivi di remunerazione per i Direttori generali delle Asl** per l'abbattimento delle liste d'attesa per la presa in carico dei malati non autosufficienti (tutt'altra cosa rispetto alle liste per la diagnostica). Pertanto, le Uvg non autorizzano le convenzioni in base al reale fabbisogno, ma come attività residuale delle Asl, spesso dirottando i fondi destinati alle convenzioni su altre spese. Se non ci sono interventi di contestazione formale fondati sui diritti (è l'attività principale con i casi singoli della Fondazione promozione sociale), la convenzione arriva solo quanto il malato è così compromesso da avere pochi mesi/settimane di vita;
- **mantiene i limiti durata delle cure, non previsti dalle norme nazionali vigenti**, per cui le Asl dopo un ricovero in ospedale pagano al massimo 30-60 giorni in Casa di cura o Rsa (percorsi di deospedalizzazione o posti letto Cavs, Continuità assistenza a valenza sanitaria). Anche se il malato continua ad essere non autosufficiente, scatta da parte della struttura la richiesta del pagamento della retta a carico degli utenti e dei loro congiunti: solo chi è informato sui propri diritti e si oppone alle dimissioni ottiene la convenzione, senza alcuna ripercussione o richiesta di saldare

presunti debiti pregressi. Ma il malato e la famiglia che intraprendono questa strada devono resistere alle mille pressioni dei servizi sanitari e sociali che assumono il ruolo di «butta fuori» rispetto alle prestazioni che sono invece previste per legge come diritto esigibile, attivabile a semplice domanda;

- continua a **ignorare gli appelli dei malati, ma anche quelli dei gestori delle Rsa**, che si lamentano di avere meno introiti e sono i primi a dichiarare che non possono garantire standard adeguati di personale, perché hanno dal 20 al 30 per cento dei posti liberi nelle strutture, non coperti da quote sanitarie dell'Asl;
- continua a **non prendere provvedimenti** rispetto al fatto che nelle Rsa mancano **medici di medicina generale**, infermieri, operatori socio-assistenziali. Anche questo è tra i motivi delle **chiusure alle visite ai parenti**, che così non vedono le carenze, come è stato evidenziato più volte nelle riunioni della Cabina di regia;
- continua a ignorare che sono state molte le segnalazioni ricevute da congiunti di malati che segnalano l'assenza totale in Rsa di **cure palliative o terapie di contrasto al dolore** previste, non solo per il «fine vita», dalla legge 38/2010.

3. Le nostre istanze

Alla Giunta regionale del Piemonte chiediamo di:

attivare le **convenzioni per l'eliminazione delle liste d'attesa per un posto convenzionato in Rsa**, ricorrendo anche a iniziative verso il Governo, perché siano aumentate le risorse delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, ad esempio con l'innalzamento della quota a carico della sanità. In tal modo verrebbero ristorati sia i **nuclei familiari** (le cui risorse «liberate» dall'obbligo di pagamento della quota sanitaria potrebbero essere spese in altri settori molto più produttivi di effetti positivi a cascata), sia i **gestori privati**, ai quali va chiesto di assicurare il personale necessario sia per garantire cure idonee che l'apertura delle Rsa alle visite in sicurezza.

istituire un gruppo di lavoro per la riorganizzazione delle cure nelle Rsa. Il gruppo dovrebbe essere aperto a tutte le parti interessate, comprese le associazioni che operano nel campo della tutela dei diritti dei malati non autosufficienti. Obiettivo: la revisione delle deliberazioni che regolamentano le Rsa per procedere ad un innalzamento degli standard del personale e alla riapertura di un accordo con i medici di medicina generale. Le risorse del Pnrr per case di comunità e ospedali di comunità vanno orientate a confermare la valenza sanitaria delle Rsa e la piena appartenenza alla filiera delle strutture sanitarie del Servizio sanitario regionale.

Al Ministro della salute chiediamo di:

garantire le **risorse indispensabili** perché le Rsa siano dotate di personale, premessa indispensabile per garantire la riapertura in sicurezza ed eliminare, mediante nuovo provvedimento di legge, la **discrezionalità dei direttori** di struttura sulle visite parenti/conoscenti/volontari e sulla generale apertura delle strutture.

Si ringrazia per l'attenzione. Cordiali saluti.

Mario Franz Buda

Andrea Fattola

Maria Grazia Breda, Fondazione promozione sociale onlus/ets

Andrea Ciattaglia, Csa-Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base