

**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

 **Fondazione
Promozione
Sociale ETS**

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

Torino, 20 luglio 2022

Ill.mi

- *Presidente e Vicepresidenti*
 - *Capigruppo*
 - *Presidente e Consiglieri, IV Commissione*
- CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE**
- *Presidente*
 - *Assessore alla Sanità*
- GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE**

Oggetto: Istanza per il ritiro/abrogazione immediato della Dgr 1-5265 del 28 giugno 2022. Illegittime le «cure a tempo» con dimissioni dopo 60 giorni dei malati cronici non autosufficienti, lasciati senza presa in carico dell'Asl

L'Assessore alla Sanità della Giunta Cirio, Luigi Genesio Icardi, ha firmato il 28 giugno 2022 la Dgr 1-5265 "Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra-65enni non autosufficienti, o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili (...)", approvata dalla Giunta Regionale e pubblicata sul Bur del 7 luglio 2022.

Nella delibera è previsto **il trasferimento in Rsa da ospedale** o riabilitazione o lungodegenza o Cavs, del paziente malato cronico e non autosufficiente che ha ancora bisogno di cure. Ma dopo **60 giorni**, secondo la delibera, il paziente deve essere valutato in base alle sue condizioni socio-economiche (Isee) e pagare da sé tutta la retta (3.000 euro al mese circa), a meno che non gli venga assegnata – remota possibilità – la convenzione dell'Asl (50% del costo della retta).

Si tratta di una **dimissione differita**, totalmente **in contrasto con le leggi vigenti e la Costituzione** perché priva il malato non autosufficiente della presa in carico del Servizio sanitario nazionale e delle cure per **motivi socio-economici** (ha soldi da spendere o pazienti da obbligare alle cure!), nonostante la sua situazione di malattia gravissima.

Nessuna interruzione delle cure è prevista dalle norme sanitarie vigenti in Italia. La Regione Piemonte non può introdurre le «**cure a tempo**» per i malati non autosufficienti.

La Dgr 1-5265 è **illegittima e deve essere ritirata** (insieme alle dgr 14/2013 e 34/2016 che, come dimostriamo qui di seguito, disciplinano l'illegitimità valutazione socio-economica, ma sono superate dal dpcm del 12 gennaio 2017, che è legge dello Stato).

Come deve funzionare, invece, secondo le leggi vigenti il ricovero in convenzione in Rsa, in continuità con il ricovero ospedaliero? In base alle norme che hanno aggiornato le prestazioni Lea, per il ricovero in una Rsa accreditata **metà della retta è a carico del Servizio sanitario regionale esclusivamente per ragioni sanitarie** (per la malattia dell'utente), l'altra (cosiddetta retta alberghiera) è **a carico del malato**. Se il degente non autosufficiente non ce la fa a pagare in tutto o in parte la retta alberghiera a suo carico, il Comune o il Consorzio socio-assistenziale hanno **l'obbligo di integrare** la parte non coperta con le sue disponibilità economiche, in base all'Isee socio-sanitario del ricoverato.

Allegando un più tecnico elenco delle **motivazioni a sostegno** dell'illegitimità del provvedimento regionale rilanciamo l'appello all'**abrogazione del provvedimento** e restiamo a disposizione, cordiali saluti.

Maria Grazia Breda, Fondazione promozione sociale onlus/ets

Andrea Ciattaglia, Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base

ALLEGATO

MOTIVAZIONI TECNICHE DELL'ILLEGITTIMITÀ DELLA DELIBERA 1-5265, CONTRASTO CON LA NORMATIVA VIGENTE E CONSEGUENZE CONCRETI DI NEGAZIONE DEL DIRITTO ALLA CONTINUITÀ DELLE CURE DECISA DALLA GIUNTA CIRIO

Chiediamo al Consiglio e alla Giunta Regionale di intervenire con urgenza, ratificando le decisioni adottate, vista la gravità delle **ripercussioni sulla vita delle famiglie piemontesi** con anziani malati non autosufficienti, auspichiamo che le forze politiche del Consiglio regionale si adoperino per richiamare la Giunta regionale al rispetto del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei piemontesi malati cronici non autosufficienti, sancito dalla normativa nazionale vigente. A sostegno di tale richiesta, entriamo qui di seguito nel dettaglio delle **motivazioni tecniche**, dei **casi concreti di negazione del diritto** alla continuità delle cure, del **contrasto** della delibera contestata con la **normativa vigente**.

Contesto e motivazioni tecniche - La contestata delibera 1-5265/2022 prevede che il costo del ricovero post ospedaliero per i malati non autosufficienti (giovani, adulti, anziani...) sia **per 30 giorni a carico della Sanità** e per **altri 30 coperto dalla Sanità al 50%**. Al termine di questi 60 giorni, se il paziente ha bisogno di un ricovero definitivo in Rsa, la Commissione Unità valutativa geriatrica (Uvg) dell'Asl valuterà se erogare la convenzione, cioè se mantenere a tempo indeterminato la copertura del 50% della retta, tramite **l'assegnazione di punteggi che considerano più rilevante la situazione socio-economica rispetto alle condizioni di salute**.

Il degente può presentare condizioni sanitarie gravissime, ma per l'Asl non conta. Se ci sono risorse proprie, anche minime, o se ci sono famigliari da «obbligare» alle cure sanitarie, l'Asl non interviene.

La Giunta Cirio/Icardi con la dgr 1-5265 (che conferma l'impianto delle precedenti 23 e 24/2022) «ordina» di fatto di valutare la sua situazione patrimoniale e familiare per l'accesso ad una prestazione sanitaria (la «retta sanitaria», appunto).

«Vuoi essere curato?» chiede la Regione ai malati. E risponde: «Fammi vedere **quanti soldi hai** e se ci sono **parenti sui quali possiamo scaricare** l'onere economico e non solo della cura». Una decisione contro i cittadini piemontesi, **contro i malati**, ma anche **contro le loro famiglie**, alle quali viene **negato un servizio essenziale**, già pagato con le loro **tasse**.

Se l'utente ha una casa e un po' di risparmi, e magari una moglie o dei figli, niente convenzione. O paga la retta intera da privato, oppure va a casa anche se non ci sono congiunti disponibili volontariamente a sostenere costi e responsabilità di cura che la legge 833/1978 prevede in capo al Servizio sanitario ovvero all'asl di residenza.

Non va dimenticato, tra l'altro, che l'abbandono a casa senza servizi non vuol dire «cura domiciliare»! Le cure domiciliari si fondano sulla **volontaria disponibilità del familiare**, mentre le prestazioni socio-sanitarie residenziali sono **diritti esigibili** in quanto rientranti nei Livelli essenziali delle prestazioni LEA (decreto legislativo n. 502/1992 e Dpcm del 12 gennaio 2017). Inoltre, e per fugare ogni dubbio sulla inesistente responsabilità dei parenti nella cura dei propri cari malati, la legge 1580/1931 che prevedeva la rivalsa sui parenti per le spese sanitarie è stata abrogata nel 2008.

Lo scopo della Regione è chiaro, cinico e fuorilegge: non spendere soldi per gli anziani malati non autosufficienti. La Dgr 1-5265 fissa anche il tetto di spesa: le Asl non dovranno spendere più della somma stanziata nel 2019! Ecco spiegata la funzione dei criteri selettivi applicati dalle Uvg per ridurre la platea degli utenti.

La Giunta Cirio non si pone la finalità di garantire tempestivamente le migliori cure ai suoi cittadini anziani malati non autosufficienti; il suo fine è **espellere dalla sanità** quanti più cittadini non autosufficienti piemontesi possibile, **far pagare loro** quanto più possibile e **utilizzare per altri scopi** (e per altri settori regionali) le risorse del Servizio sanitario, che dovrebbero essere stanziate per coprire le quote sanitarie delle Rsa e delle altre prestazioni socio-sanitarie Lea.

I comportamenti delle Rsa sono illegittimi, perché il ricovero è stato disposto dal Servizio sanitario, nessuno ha firmato contratti privati e le **Uvg non possono condizionare il diritto esigibile alla continuità terapeutica** se il malato cronico è non autosufficiente in modo irreversibile e, quindi, non è dimissibile.

Contrasto della delibera 1-5265 con la normativa vigente - Diversi **profili di illegittimità** caratterizzano la delibera 1-5265. Li esponiamo qui di seguito, evidenziando il **contrasto** del testo della delibera **con le norme nazionali** (infatti, mai richiamate nelle premesse della delibera stessa), che sempre prevalgono sugli atti amministrativi regionali in base alla gerarchia delle fonti del diritto.

Non è legittima la previsione di un limite di spesa che prende come riferimento i dati relativi al 2019 «essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio». Trattandosi di prestazioni Lea non è possibile prevedere un tetto annuale alla spesa in quanto *«mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali 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»* (Corte costituzionale, sentenza 62 e 157/2020).

Non è legittimo considerare la situazione economica per l'erogazione di una prestazioni sanitaria. L'articolo 1 della legge 833/1978 sancisce che Servizio sanitario deve operare **«senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio»**. Pertanto, il Servizio sanitario nazionale nelle sue varie articolazioni non può né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica

dell'infermo e/o del suo nucleo familiare. Ai sensi dell'articolo 21 del Dpcm 12 gennaio 2017, le unità valutative devono valutare i bisogni «*sotto il profilo clinico, funzionale e sociale*» e il Pai (Progetto di assistenza individuale) così redatto «*definisce i bisogni terapeutici-riabilitativi e assistenziali della persona*», la valutazione mai si deve occupare di valutazioni e parametri socio-economici; il Consiglio di Stato con la sentenza n. 1858/2019 ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali (rectius, diagnostiche e terapeutiche perché riguardano la tutela della salute di cittadini malati, ndr) criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari*».

Non è legittimo prevedere limiti di durata del ricovero predefiniti. Il Servizio sanitario deve assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2, legge 833/1978). Ai sensi dell'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017 (Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie), al termine della fase «*estensiva*» a totale carico del Servizio sanitario nazionale si prosegue con «*trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti (...) a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera*».

La sentenza 1858/2019 del Consiglio di Stato ha inoltre messo un punto fermo sulla illegittimità della «*sanità a tempo*», precisando che «*la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni (...) non è cogente*», cioè non è obbligatoria, non ha valore di legge e di regola inderogabile. Anzi, la sentenza specifica che «*ove permangono le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale*».

Ricordiamo che il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie è un **diritto soggettivo** del malato cronico non autosufficiente, **esigibile** (e quindi da erogare a semplice richiesta dell'interessato o di un suo rappresentante, senza ulteriori condizioni), **universalistico** (e quindi non vincolabile alla situazione economica del richiedente e/o del suo nucleo familiare). Godono di questo status anche tutte le prestazioni rientranti nei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria quali sono le prestazioni in Rsa.

Casi pratici di negazione dei diritti – Cosa sta succedendo ai cittadini piemontesi con un anziano malato cronico non autosufficiente che ha finito la fase post acuta dopo un ricovero ospedaliero? Due **esempi di questi giorni** tra i casi di consulenza presi in carico dalla Fondazione promozione sociale onlus/ets.

- Caso A. La Rsa "A." di Torino ha inviato al Sig. Antonio una fattura di 16.000 euro per i sei mesi di ricovero successivi ai primi 30 giorni al 50% in base alla Dgr 23, oggi 1/2022. La Rsa ha considerato di fatto il ricovero privato e ha fatturato al 100%, anche se era stata richiesta la continuità delle cure e l'applicazione della normativa nazionale sui Lea per la lungo assistenza.
- Caso B. La Rsa "B." ha inviato al Sig. A.B. un ultimatum: "Come anticipato telefonicamente le comunico che in data 14 luglio 2022 si è concluso il periodo di ricovero in continuità assistenziale della Sig.ra C.D. e pertanto lo stesso è chiuso (...). Le ricordo che al fine di proseguire il ricovero presso la Rsa è indispensabile provvedere con la firma del contratto in quanto trattasi di ricovero in regime privato, ovvero a tale carico dell'utente, fino all'eventuale esito di Uvg che in caso di riconoscimento prevede lo scorporo della quota sanitaria che passerebbe in carico all'Asl (...). Qualora non venisse definito il ricovero in regime residenziale e quindi non vi è la firma per accettazione, provvederemo nella giornata di domani alla dimissione della Sig.ra C.D. con trasporto privato di cui comunicheremo orario, presso il domicilio". Anche in questo caso è stata richiesta la prosecuzione delle cure senza interruzione, come previsto dalle norme vigenti.