

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL PIEMONTE

RICORSO

per **FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE ONLUS**, in persona del Suo Presidente pro tempore sig.ra MARIA GRAZIA BREDA, C.F. 97638290011, corrente in TORINO, VIA ARTISTI 36, **ASSOCIAZIONE “ALZHEIMER PIEMONTE”**, in persona del suo Presidente pro tempore sig. GIULIANO MAGGIORA, CF. 97580160014, corrente in TORINO, VIA BELLEZIA 12/G, **ASSOCIAZIONE AMICI PARKINSONIANI PIEMONTE**, in persona del suo Presidente pro tempore sig. UBALDO ULIOTTO, CF.97624510018, corrente in RIVOLI, CORSO FRANCIA 9, rappresentate e difese giusta delega del CdA del 12/09/2022 dall'AVV. ROBERTO CARAPELLE (C.F. CRPRRT61M05L219Y) ed elettivamente domiciliati presso il suo studio sito in TORINO, VIA SAN PIO V 20 e che dichiarano di voler ricevere tutte le comunicazioni di cancelleria ex art. 136 c.p.c. e ex art. 51 D.L. 112/2008 all'indirizzo di PEC avvcarapelle@pec.carapelle-clivio.it, comunicato all'Ordine ai sensi della L. 2/2009, o ai numeri di fax 011/74.32.141

CONTRO

REGIONE PIEMONTE, in persona del suo Presidente della Giunta pro tempore, corrente in TORINO, PIAZZA CASTELLO 165

per l'annullamento

previa sospensione, della deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte 28/06/2022 n. 1-5265 pubblicata sul BUR in data 07/07/2022 intitolata *“Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni o persone con bisogni assistenziali assimilabili ad assistenza non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, LUNGODEGENZA, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR”* e della successiva DGR 29/07/2022 n. 10-5445 di modifica parziale ed integrazione della precedente DGR, nella parte in cui determina la durata massima del percorso di continuità presso le RSA in 60 giorni fissando inoltre un limite massimo di spesa entro il limite di quella sostenuta per inserimento in RSA nell’anno 2019 e di ogni altro provvedimento ad essa connesso e conseguente

FATTO

1) La DGR 28/06/2022 così testualmente dispone:

“Deliberazione della Giunta Regionale 28/06/2022, n. 1-5265.

Approvazione “Percorso protetto di continuità” assistenziale per anziano ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, Lungodegenza, Cavs) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR’.

A relazione dell’Assessore Icardi:

Premesso che:

- con D.G.R. n.23-3080 del 09/04/2021 sono state approvate, tra l'altro, a seguito dell'emergenza Covid e per la durata del periodo pandemico i percorsi protetti di continuità assistenziale – per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente dimessi dagli ospedali – verso l'assistenza erogata in RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR o posti letto CAVS all'interno delle RSA, secondo le modalità organizzative-gestionali indicate nell'allegato 2) al provvedimento, già disposte con D.G.R. 2-2254 del 11/11/2020;

- la validità della citata D.G.R. n.23-3080, disposta fino al 03/03/2022, considerato il permanere anche oltre la fine del periodo emergenziale dell'esigenza di ridurre la pressione sulle strutture di ricovero, in particolare sui Pronto Soccorso, ancora elevata anche a causa del Covid, di patologie conseguenti al Covid o trascurate a causa del Covid, è stata prorogata con D.G.R. n.24-4873 del 08/04/2022 al 30/06/2022, nelle more della presentazione, da parte di un gruppo di tecnici esperti, di un progetto definitivo di riorganizzazione dei percorsi, volto ad uniformare, nella rete territoriale la possibilità di adeguata presa in carico del paziente e favorire la continuità delle cure attraverso l'appropriatezza degli inserimenti, evitando il prolungamento del ricovero in sedi non più idonee e prevenendo accessi impropri in PS.

Dato atto che è stato predisposto, a tal fine, il documento, denominato "Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie (RRF, LDG, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR", redatto dai competenti settori regionali della Direzione Sanità e Welfare, con il supporto di sanitari esperti, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (allegato A), che individua:

- obiettivi di percorso: garantire la possibilità di adeguata presa in carico del paziente attraverso l'appropriatezza degli inserimenti in strutture territoriali, evitando il prolungamento del ricovero in sedi non più idonee;

- destinatari: sono destinatari del percorso di continuità assistenziale residenziale in RSA gli anziani, in regime di assistenza ospedaliera e di post acuzie, ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ed anziano con bisogni assistenziali complessi, secondo un modello protetto che ne garantisca continuità di cura in una idonea struttura:

- modalità di presa in carico del paziente e di accesso al percorso di trasferimento protetto: percorso, che può essere avviato, in modo più ampio di quanto attualmente previsto, oltre che da Pronto Soccorso/DEA e reparti ospedalieri per acuti, anche da reparti di post acuzie e riabilitazione (RRF, LDG, e CAVS), passa attraverso una valutazione iniziale di appropriatezza del Nucleo Distrettuale di continuità delle cure;

- modalità di individuazione delle RSA destinatarie del percorso: si confermano quelle già introdotte con la D.G.R. n.23-3080 (raccolta delle disponibilità da parte delle aziende sanitarie, verifica della Commissione di Vigilanza competente, garanzie di osservanza delle indicazioni regionali in materia di contrasto al Covid e dei flussi informativi).

Ritenuto di approvare il documento suindicato, che consente di rendere definitivo il modello sperimentato in attuazione delle citate DD.GG.RR. n.23-3080 e n.24-4673, offrendo una risposta più adeguata nella gestione della cronicità, nell'ottica della continuità delle cure e dell'integrazione ospedale-territorio.

Ritenuto, per quanto concerne la copertura economica, di confermare anche per il secondo semestre dell'anno, l'indicazione di cui alla D.G.R. n.24-4873 del 08/04/2022 di mantenere la spesa entro il limite di quella sostenuta per inserimenti in RSA nell'anno 2019, essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n.1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla D.G.R. 1-3361 del 14/06/2021.

La Giunta Regionale, unanime,

delibera

1. di approvare il documento denominato “Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie, (RRF, LDG, CAVS) verso RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR”, allegato al presente atto per farne parte integrante o sostanziale (allegato A);

2. di dare atto che la copertura economica del presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL e che la spesa, essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio, dovrà essere mantenuta entro il limite di quella sostenuta per inserimenti in RSA nell'anno 2019.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art.61 dello Statuto e dell'art.5 della L.R. n.22/2010”.

2) Destinatari del percorso di continuità assistenziale in RSA:

“Sono destinatari del percorso di continuità assistenziale residenziale in RSA gli anziani, in regime di assistenza ospedaliera e di post acuzie, ultra 65enni, non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano con bisogni assistenziali complessi, secondo un modello protetto che ne garantisca continuità di cura in una idonea struttura.

Al punto 4 del documento approvato (Attivazione del percorso: presa in carico e valutazione) si legge:

“Il percorso potrà avere una durata massima di 30 gg. estendibili a 60 gg. qualora non vi siano le condizioni oggettive di dimissibilità ed è finalizzato al rientro a domicilio del paziente.

A partire dal 31esimo giorno dall'entrata in struttura, fatto salvo certificate condizioni di indimissibilità, sarà applicata la quota di compartecipazione (50% della retta) a carico dell'utente o del servizio sociale secondo le procedure di fatto già attive e secondo le fasce d'intensità di cura assegnate dall'NDCC.

Per gli inserimenti provenienti dalle sedi di ricovero di riabilitazione, lungodegenza, CAVS, la durata non potrà superare i complessivi 60 gg con quota a carico totale del SSR che comprendono anche quelli effettuati nella struttura di provenienza (DGR 72-14420 del 20 dicembre 2004). Trascorso questo periodo sarà a carico del SSR la sola quota di competenza in relazione al livello di intensità, secondo le fasce d'intensità di cura assegnate dall'NDCC per ulteriori massimo 30 giorni.

L'UVG di residenza dell'ospite, durante il periodo di tempo sopra indicato, provvede alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare, ed è responsabile della presa in carico del paziente e della pianificazione delle fasi successive del suo percorso di cura. In tal modo viene garantita l'attivazione del percorso assistenziale attraverso l'attività valutativa dei servizi e la presa in carico sulla base della normativa che ne regola l'accesso.

Viene confermato il sistema di valutazione di cui alle DD.G.R. n. 14-5999 del 25/06/2013 e n. 34-3309 del 16/05/2016 e quindi nel caso la valutazione effettuata, nel periodo di degenza temporanea, porti ad un grado di priorità “non urgente” o “differibile” il proseguimento della permanenza in RSA comporta la corresponsione integrale della retta senza alcuna compartecipazione da parte del SSR.

Nel momento in cui la persona è dichiarata dimissibile, qualora permanga in struttura le sarà addebitata l'intera retta giornaliera”.

MOTIVI DI RICORSO

**VIOLAZIONE DI LEGGE PER VIOLAZIONE ART. 32 COST. ART. 1 E
2 L. 833/1978; ART. 3 C. 1 SEPTIES L. 502/92, ART. 30 DPCM 12/01/2017;
DGR 72-2014.**

**ECCESSO DI POTERE PER TRAVISAMENTO DEI FATTI E
PERPLESSITA'**

Gli art. 1 e 2 della legge 833/1978 affidano al SSN il compito di tutelare la salute (art. 1 c. 1) stabilendo che tale compito sia realizzato tramite la *“promozione”, il “mantenimento” e il “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”* (art. 1,co.3) e che, a tal fine, il SSN si faccia carico, tra l’altro, della *“diagnosi e cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata”* (art. 2, co.1, n.3).

Nello stesso senso l’art. 30 DPCM 12/01/2017 (definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art. 1 c.7 d.lgs 502/1992) che alla sua lett. a prevede i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che richiedono elevata tutela sanitaria e presenza infermieristica sulle 24 ore.

In tal caso è previsto quanto segue:

“la durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell’assistito che sono oggetto di specifica

valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome”.

Sul punto si è chiaramente espresso il Consiglio di Stato nella sentenza 1858/2019 ove ha pronunciato *“che la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni non è cogente (...) ove permangono le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del S.S.N.”.*

Così prosegue la sentenza:

“Non può infatti escludersi che le aspettative su cui si fondano le previsioni temporali in argomento possano risultare poi in concreto disattese da un decorso delle sollecitazioni del paziente alle cure diverso da quello programmato. In siffatte evenienze, appare illogico oltre che non consentito immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali, ben potendo in astratto esigersi come fatto palese dalla stessa piana lettera del comma 1 dell’art. 3-septies del d.lgs 502/1992 anche nel lungo periodo prestazioni sinergiche, sanitarie e di protezione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura riabilitativo.

Pertanto *“6.3 (...) la previsione di cui all’art.30 comma 1, lettera a), quanto alle persone non autosufficienti con patologie con elevata tutela sanitaria per le quali, pur contenendosi in via ordinaria il trattamento programmato in un periodo “non superiore a 60 giorni” la precisazione che tale limite temporale vale “di*

norma” consente di ritenere valicabile il suddetto limite in presenza del protrarsi delle necessità assistenziali”.

La stessa DGR 72/2004, pure citata nelle DGR oggi impugnata per richiamare il limite massimo di 60 giorni della presa in carico del SSN del percorso di continuità assistenza così continua dopo aver fissato tale limite:

“Il Percorso, al termine della durata prevista, ove necessari, potrà trovare continuità attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali: Cure Domiciliari in Lungoassistenza, Interventi economici a sostegno della domiciliarità, Semiresidenzialità, Residenzialità (...).

Ne consegue che l'anziano malato inguaribile e non autosufficiente, che non rientra al domicilio, ha diritto alla prosecuzione del ricovero in continuità delle cure con oneri per la quota sanitaria a carico dell'ASL anche oltre il limite dei 60 giorni.

Al riguardo, il citato art 30 del DPCM 12 gennaio 2017 al comma 1, lettera b) prevede, infatti che i *“ trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale ... sono a carico del SSN per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera”*

Ricordiamo che questo Tribunale sulla sentenza 199/2014 (forse troppo avanzata per i tempi, visto che si operava in periodo di rientro dl deficit sanitario, ma le cui conclusioni appaiono oggi del tutto condivisibili nonostante la successiva decisione del Consiglio di Stato):

“se al 61° giorno, come si prevede astrattamente, la non autosufficienza è cessata, ben si giustificherà l’accollo totale della spesa al paziente, ormai funzionalmente recuperato e quindi in grado di transitare presso altre strutture a minor impatto sanitario; ma se al 61° giorno, contrariamente alle aspettative, la condizione di non autosufficienza dovesse permanere, la previsione della spesa a totale carico del paziente cozzerebbe con le norme sui LEA le quali, all’Allegato n. 1/c, punto 9, del DPCM 29 novembre 2001, stabiliscono la compartecipazione dell’utente/Comune al 50% della spesa per la fase di lungoassistenza.

Questa è dunque la condizione di legittimità in presenza della quale le impugnate disposizioni possono essere salvate: esse devono leggersi nel senso che, anche dopo il 60° giorno di degenza, la compartecipazione alla spesa dell’utente/Comune va mantenuta al 50% fintanto che l’anziano permanga nella condizione di non autosufficiente. Così interpretate le impugnate disposizione si sottraggono alle proposte censure di legittimità, in quanto si svelano in linea con la normativa sui LEA”.

Fatte queste premesse si evidenzia quanto segue:

- I soggetti destinatari della delibera 28/06/2022 sono *“gli anziani in regime di assistenza post ospedaliera e di post acuzie ultra65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni assistenziali sono assimilabili ad anziano con bisogni assistenziali complessi”*;
- Come riconosciuto con documento 21/03/2016 dell’Ordine Provinciale dei Medici e Chirurghi della Provincia di Torino (doc.5):

“Come già puntualizzato da questo Ordine nel documento citato, gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie con definitiva

compromissione della loro autosufficienza e pertanto necessitano di supporti sanitari e socio-sanitari indifferibili, in relazione ai loro quadri clinici e patologici”.

- Nessuna questione per il caso in cui al termine de periodo di continuità assistenziale il medico disponga la dimissione del paziente in quanto guarito o questi richieda di essere dimesso preferendo il rientro al domicilio;
- La questione si pone quando al termine del periodo di continuità assistenziale il paziente, pur riconosciuto ancora non guarito o meglio non guaribile (**ma curabile**), venga dichiarato in base alle valutazioni dell’UVG meritevole di essere inserito nel progetto residenziale con un grado di definizione NON URGENTE o DIFFERIBILE in base ai criteri di cui alle richiamate DGR 14-5999 del 25/06/2013 e 34-3309 del 16/05/2016 che prevedono delle valutazioni multidisciplinari fortemente sbilanciate sul lato assistenziale a cui viene attribuito un peso pari al 50% del punteggio complessivo (MAX 28 punti: 14 sanitari e 14 assistenziali).

Vengono previsti tre livelli di presa in carico:

- URGENTE: oltre 24 punti con presa in carico entro 90 giorni

- NON URGENTE: fra i 19 ed i 23 punti con valutazione rinviata di circa un anno
- DIFFERIBILE: senza alcuna previsione di presa in carico

Tale sistema (che è stato introdotto ai fini delle limitazioni imposte al piano di rientro del deficit sanitario, conclusosi tuttavia nel 2018) è in contrasto con i più banali principi di tutela della salute e di rispetto dei LEA e, peraltro, soggetto a discrezionalità applicativa che rende assai complesso comprendere la ratio delle decisioni assunte dall'UVG.

Abbiamo soggetti con punteggio sanitario 13 su 14, 12 su 14, 11 su 14 e un punteggio sociale di 9-10-11 su 14 e punteggio complessivo 22 dichiarati NON URGENTI o addirittura DIFFERIBILI (con progetti di residenzialità ad intensità alta o medio alta -doc.6) e soggetti con punteggio complessivo 18 (9 sanitario e 9 sociale) con progetto di residenzialità di livello di intensità media dichiarati URGENTI (doc.7 8).

La valutazione di continuità assistenziale è in realtà pesantemente influenzata da quelle che sono le condizioni economico sociali della persona più che dalle sue condizioni sanitarie, le uniche che dovrebbero essere prese in considerazione.

Come autorevolmente affermato dal Consiglio di Stato nella sentenza 1858/2019, già citata, nell'interpretare l'art. 21 c. 2 DM 12/01/17 (il

Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale") ha così motivato:

"La valutazione multidimensionale si ascrive, dunque, all'esigenza, del tutto logica, di differenziare ed individualizzare il trattamento, articolandolo tra attività eterogenee in funzione dei plurimi e specifici bisogni del paziente che acquisiscono concreta evidenza nel PAI (Progetto di assistenza individuale). Non trovano, dunque, riscontro le paventate, eccentriche ingerenze di parametri esterni nelle scelte dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, che restano tuttora garantiti – nella loro sinergica declinazione clinica, funzionale e sociale – dal Servizio Sanitario nazionale, quando necessari, in base alla detta valutazione multidimensionale".

La valutazione multidimensionale, cioè, è legittima solo sin tanto in quanto sia utile a definire il più idoneo percorso individuale di cura del paziente valutato come persona, che ha, oltre a specifiche esigenze sanitarie, anche peculiari esigenze socio-assistenziali da tenere in debito conto.

Al riguardo, nel documento del 20 gennaio 2022 le società di geriatria del Piemonte hanno precisato che: *"Va considerato quindi che, in questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli*

ambientanti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze. Appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che, in ambito sanitario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari e di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di malattie croniche, per definizione "incurabili", ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale". (doc 14)

La valutazione multidisciplinare è prevista quindi come **strumento di progettazione della cura** e non già di **esclusione della cura** per ragioni di natura prettamente economica.

Che è ciò che avviene ed è formalmente e contraddittoriamente sancito nella delibera impugnata la quale mentre nelle premesse all'allegato evidenzia quanto segue:

"l'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, sta modificando il quadro di morbidità e richiede un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo/gestionale. La popolazione anziana, che rappresenta la fascia di popolazione a maggior

rischio di cronicità, di 65 anni e più, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresentava il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%.

In Piemonte, nel 2021, l'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione, cioè il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni è pari a 214,8 anziani ogni 100 giovani.

Dal censimento permanente della popolazione – dati 2018-2019, si rileva che la popolazione piemontese presenta una struttura per età più vecchia di quella italiana: l'età media ammonta a 46,8 anni contro i 45,2 dell'Italia; il 43,4% dei piemontesi ha meno di 45 anni (il 46,5% a livello nazionale), il 25,9% ne ha più di 64 (il 23,2% in media Italia).

Dai dati raccolti relativamente al Piemonte dal sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (Istituto Superiore di Sanità) emerge che circa 2 anziani su 3 (64,3%) ha almeno una patologia cronica.

L'aumento della popolazione anziana non influenza solamente gli aspetti economici, ma richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina del 20° secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbidità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è dunque legata alle malattie croniche e alle loro conseguenze. Tali bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio per rendere equo e sostenibile il sistema.

La gestione della cronicità richiede nuovi approcci per meglio garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, con la revisione dell'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure

primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità",

nel deliberato si specifica:

*"la copertura economica del presente provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL e che la spesa, essendo necessario perseguire l'equilibrio di bilancio, dovrà essere mantenuta **entro il limite di quella sostenuta per inserimenti in RSA nell'anno 2019"**.*

La contraddizione è evidente: a fronte di un accertato e certificato maggior bisogno sanitario legato alle malattie croniche della vecchiaia si reagisce mantenendo ferma la spesa degli inserimenti in RSA al livello di tre anni prima.

La valutazione di spesa e di equilibrio di bilancio diventa pertanto la stella polare di riferimento dell'operato delle UVG.

Tale modus operandi (che da un lato pone un vero ostacolo agli inserimenti in RSA per continuità assistenziale e determina l'espulsione dell'anziano malato cronico allo scoccare del 60° giorno indipendentemente dalle sue condizioni di salute) oltre che in contrasto con le norme positive di cui alle leggi 833/78 e 502/1992 oltre che al DPCM 12/01/2017, è in palese contrasto con la consolidata giurisprudenza della Corte Costituzionale.

Si citano tra le più chiare pronunce sull'argomento:

Con la sentenza n.30/06/2013 la Corte Costituzionale ha precisato che *"l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti (identiche sono le norme concernenti le persone con disabilità intellettiva o*

con autismo e limitatissima o nulla autonomia) è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29/11/2001”.

Nella stessa sentenza la Corte Costituzionale ha definito non autosufficienti le *“persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della proprio persona e mantenere una normale vita di relazione senza l’aiuto determinante di altri”* ed ha chiarito che *“non vi è un rapporto automatico tra ammontare del Fondo sanitario regionale e rispetto dei livelli essenziali di assistenza: il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro collocazione e utilizzazione”.*

Nella sentenza n. 509/2000 la Corte Costituzionale aveva evidenziato che *“secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994).*

Bilanciamento che, tra l’altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto”.

Infine abbiamo le due recenti e fondamentali sentenze 62/2020 e 157/2020 in cui i giudici delle leggi statuiscono che *“l’effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace*

*erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto (fondamentale) non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali (...). E' la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016), con la precisazione che "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**".*

A riprova del fatto che la mancata continuità assistenziale prevista in DGR allo scadere del 60° giorno sia illegittimamente determinata esclusivamente da ragioni economiche riferite alla insufficiente collocazione di risorse ferme a quelle previste nel 2019 senza alcun aumento nemmeno legato all'andamento inflazionistico, la Giunta regionale in data 5/7/2022 approvava la deliberazione n. 1-5307 (doc.9) intitolata "**Programma Regionale Fondo Europeo 2021/2027.**"

Obiettivo Specifico Approvazione “Linee di indirizzo finalizzate all’attivazione prioritaria di misure di inclusione sociale volte a favorire l’accesso a servizi socio-sanitari per persone in situazioni di fragilità economica e sociale e con limitazioni all’autonomia. Periodo 2022-2024”.

Con tale delibera si prospetta la concessione di un contributo economico utilizzando fondi europei a favore di famiglie che si trovino costrette a ricercare “soluzioni di residenzialità assistita sul libero mercato con relativi costi interamente a proprio carico” in caso di **“mancata o insufficiente valutazione da parte delle Commissioni nonché a causa del numero ridotto di convenzioni attive con le Aziende Sanitarie”**.

Ecco la soluzione: si nega il diritto ai LEA, si trasformano le esigenze sanitarie in prestazioni assistenziali da soddisfare, nei limiti degli stanziamenti erogati trattandosi di assistenza e non di sanità, con un contributo economico alle famiglie purchè si cerchino da loro le strutture residenziali (anche non accreditate per risparmiare anche se il servizio all’utente potrebbe essere pessimo e comunque inferiore a quello fornito dalla struttura accreditata) e se la paghino senza chiedere altro allo Stato (in questo caso alla Regione).

Le famiglie saranno costrette (il contributo è previsto in misura di 400-500 euro al mese) a cercare le strutture più economiche spesso con i

risultati che periodicamente vengano all'attenzione degli organi di stampa (vedansi i casi denunciati dal Corriere della Sera il 18/08/2022 - doc.10).

Inoltre, la Dgr 1-5307 del 5 luglio 2022 non ha alcun effetto concreto in termini di sostegno economico alle famiglie dei ricoverati, essendo l'attuazione della stessa condizionata ad un auspicato finanziamento europeo, che dipende dalla valutazione unilaterale della commissione preposta. Trattasi quindi di una mera delibera di intenti non fondata su finanziamenti certi già riconosciuti.

Tutto ciò premesso si assumono le seguenti

CONCLUSIONI

- a) annullarsi le delibere impugnate nella parte in cui non prevedono per i malati cronici inguaribili, la cui non autosufficienza è accertato essere irreversibile e che per tale motivo non rientrano al domicilio, la prosecuzione in continuità del ricovero oltre il 60° giorno, con pagamento della sola quota alberghiera pari al 50% della retta di ricovero;
- b) annullarsi la parte che richiama l'applicazione delle Dgr 14/2013 e 34/2016 che, pur nel caso di riconoscimento della necessità di continuità del progetto di cura residenziale, lo definiscono differibile, anche sine die, considerando la valutazione economico-sociale personale più rilevante

rispetto alle esigenze indifferibili di carattere sanitario e socio-sanitario del degente, in ragione della insufficiente allocazione delle risorse economiche per le convenzioni in Rsa;

c) annullarsi le delibere impugnate nelle parti in cui prevedono un ammontare determinato a priori come tetto di spesa di bilancio per la copertura delle rette sanitarie residenziali in Rsa, tra l'altro, non corrispondente al fabbisogno di prestazioni Lea espresso dai malati cronici non autosufficienti (v. liste d'attesa), che travalica questo limite di spesa.

- Vinte le spese

ISTANZA DI SOSPENSIONE

Del fumus si è detto.

La situazione in Piemonte è tragica.

Al 31/10/2021 erano in lista di attesa per progetto di residenzialità 4848 persone, nonostante il tasso di occupazione nelle RSA accreditate al 13/12/2021 fosse dell'81% (e quindi con un 20% di posti liberi).

La spesa regionale per le convenzioni con RSA si è ciononostante progressivamente ridotta dai 249.402.754,00 euro dal 2018 ai 249.370.350,00 del 2019 ai 238.474.490,00 del 2020 ed il dato, per espressa affermazione contenuta in delibera, è destinato a non crescere (doc.11).

Nel frattempo per molte famiglie la situazione sta divenendo tragica, al limite della sopportazione umana (doc.12) e si ritiene che solo la sospensione della delibera in parte qua possa consentire a questi malati di proseguire il percorso di cura (anche se purtroppo non di guarigione) in una struttura residenziale idonea con il contributo (nei limiti della quota sanitaria pari al 50% della retta) del comparto sanitario nel rispetto dei LEA (ossia livelli essenziali di assistenza).

Si producono:

01.Statuto Fondazione Promozione Sociale

01.bis.Statuto Associazione Alzheimer Piemonte

01.ter.Statuto Associazione Amici Parkinsoniani Piemonte

02.Verbale CDA Fondazione Promozione Sociale 12/09/2022

03.DGR 28/06/2022 n 1-5265 pubb. In data 8/7/2022

04.DGR 29/07/2022 n. 10-5445

05.Documento OMCEO di Torino del 21/03/2016

06.Valutazioni UVG di non urgenza o differibilità con punteggio 22/28

07.Valutazione UVG di Urgenza con punteggio 18/28

08.Tabella punteggi sanitari

09.DGR 5/07/2022 n. 1-5307

10.Articoli di stampa del 18/08/2022

11. Comunicazione 13/02/2022 della Consigliera Regionale Monica Canalis

12. Rassegna stampa e comunicazioni familiari a Fondazione 2022

13. articoli, esposti e volantini a tutela dei diritti di anziani malati non autosufficienti curati da Fondazione Promozione Sociale

14. documento 20/01/2022 delle Società di Geriatria Piemonte e VDA

Ex art. 9 comma V legge 488/99 e successive modifiche si dichiara che il valore del procedimento è INDETERMINATO e che il contributo unificato dovuto è pari ad €. 650,00.

Torino, 30 settembre 2022

Avv. Roberto Carapelle