

----- Messaggio originale -----

Da "FPS (da remoto)" info@fondazionepromozionesociale.it

A

Cc

Data Tue, 5 May 2020 21:35:05 +0200

Oggetto Proposte perchè la strage degli anziani malati cronici non autosufficienti sia motivo di cambiamento della sanità piemontese

**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**

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)

- *Egr. Presidente Consiglio regionale*
- *Egr. Vice-Presidente*
- *Egr. Capi Gruppo*
- *Egr. Presidente IV Commissione e Consiglieri*

Consiglio regionale del Piemonte

- *Egr. Presidente Giunta regionale*
- *Egr. Vice-Presidente*
- *Egr. Assessore alla sanità*
- *Egr. Assessore al bilancio*
- *Egr. Assessore alle politiche sociali*

Regione Piemonte

**Oggetto: PROPOSTE PERCHÈ LA STRAGE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI  
SIA MOTIVO DI CAMBIAMENTO DELLA SANITÀ PIEMONTESE**

La presente è inviata con riferimento alla "task-force" per affrontare le criticità dei servizi sanitari territoriali, nonché al Gruppo di lavoro insediato per affrontare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rapporto con il territorio, attivati dal Presidente della Giunta regionale presso l'Assessorato alla sanità.

E' un segnale di attenzione che abbiamo apprezzato.

Al riguardo chiediamo che sia previsto anche un momento di confronto con le parti sociali, comprese le organizzazioni scriventi che, ricordiamo, sono state presenti ai lavori del Tavolo Lea Regione-Territorio anni 2002-2010 per il recepimento dei Lea e dei relativi provvedimenti tuttora vigenti: Dgr 51/2003, recepimento dei Lea; Dgr 72/2004, percorso di continuità terapeutica dopo i ricoveri ospedalieri; Dgr 17/2005, revisione delle strutture residenziali per anziani malati cronici non autosufficienti, Dgr 39/2009 e 56/2010 per lo sviluppo delle prestazioni domiciliari socio-sanitarie, recepite dalla legge regionale 10/2010.

La presente è inviata perché ci sia l'impegno di tutti perchè questo momento di approfondimento del sistema dei servizi sanitari diventi anche il momento per affrontare la gravissima carenza delle prestazioni socio-sanitarie, domiciliari e residenziali, previste dai Lea, Livelli essenziali di assistenza, per rispondere alle esigenze di continuità delle cure indispensabili per i malati cronici non autosufficienti, comprese le persone con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza.

Soprattutto anziani, senza dimenticare i giovani e gli adulti, nonché le persone con disabilità con limitatissima autonomia di ogni età.

Ricordiamo che ci sono sempre almeno 30mila malati non autosufficienti, piemontesi, in lista d'attesa per ottenere prestazioni indifferibili a cui hanno diritto: le proposte per affrontare il problema sono richiamate più avanti.

Tuttavia, ci preme innanzitutto rilevare **tre nuovi elementi**, che il corona virus ha fatto emergere in modo incontrovertibile e che siamo certi saranno considerati dal Consiglio e dalla Giunta regionale, nonché dai qualificati Membri dei due gruppi di lavoro:

1. tutti i massimi esperti del nostro Servizio sanitario e del Ministero della salute, hanno riconosciuto – finalmente – che **gli anziani ricoverati nelle Rsa sono malati affetti da pluripatologie** croniche da cui ne deriva la non autosufficienza;
2. hanno altresì ammesso che è **indispensabile sviluppare l'assistenza domiciliare**, pensando all'Adi, ma che, come precisato anche nel documento dell'Ordine dei medici di Torino e Provincia del 2016, dovrà invece essere ricompresa in un **unico servizio domiciliare** del Servizio sanitario nel quale far confluire l'ospedalizzazione a domicilio, le prestazioni sanitarie dell'Adi, nonché le prestazioni domiciliari come più avanti descritte, di cui necessitano 24 ore su 24 i malati non autosufficienti (e le persone con disabilità con limitatissima autonomia), **con l'erogazione di un contributo economico, anche forfettario, dell'Asl;**
3. **il Servizio sanitario è universalistico e deve curare tutti i malati**, senza discriminazioni in base all'età o alla malattia o alla condizione economica e sociale (art. 1, legge 833/1978).

Sulla base dei principi di cui sopra si è riconosciuto che il Servizio sanitario nazionale e quindi anche quello regionale dovrà essere riorganizzato per:

1. assicurare la continuità terapeutica;
2. promuovere la priorità delle prestazioni domiciliari;
3. rivedere l'organizzazione delle cure nelle Rsa.

**In sintesi la nostra richiesta è che il riordino dei servizi sanitari territoriali sia affrontato insieme al riordino delle prestazioni socio-sanitarie indispensabili per garantire il diritto alle cure ai malati cronici non autosufficienti.**

#### 1. Il diritto alla continuità terapeutica

E' necessario dare piena attuazione alla Dgr 72/2004 che regola il percorso di continuità terapeutica;

riportare le Unità di valutazione delle Asl (**Uvg-Umvd**) ad operare secondo i principi stabiliti dal Progetto obiettivo tutela della salute, ovvero ad un ruolo di valutazione clinica finalizzato alla messa a punto del progetto individualizzato di cura; **vanno escluse valutazioni economiche e sociali** per l'accesso a prestazioni la cui titolarità è del Servizio sanitario regionale, come stabilisce l'art. 1 della legge 833/1978, che causano liste d'attesa senza tempi di risposta e, quindi, ricorso frequente al pronto soccorso e lunghe permanenze in case di cura convenzionate;

**semplificare l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie** per cui la valutazione di non autosufficienza potrà/dovrà essere riconosciuta tanto dal medico di famiglia, quanto da quello della struttura ospedaliera; il medico dell'Asl attiverà le prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali;

**ricordare che i familiari non hanno obblighi di cura** (previsti in capo al Servizio sanitario dalla legge 833/1978), ma se sono disponibili a mantenere al proprio domicilio la persona non autosufficiente a causa di pluripatologie croniche o disabilità con limitatissima autonomia, **il Servizio sanitario dovrà intervenire anche con contributi economici, come già accade per le prestazioni residenziali, per promuovere le prestazioni domiciliari e impedire l'impovertimento dei nuclei familiari.**

## 2. Le prestazioni domiciliari

- Si propone come urgentissimo intervento, **l'approvazione del regolamento attuativo della legge regionale 10/2010**, in modo da assicurare in tutto il Piemonte il diritto all'accesso (allegato il Regolamento che avevamo proposto a tutte le Giunte che si sono susseguite);

**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.

**Al malato cronico non autosufficiente** o alla persona che lo rappresenta giuridicamente, **l'Asl di competenza in base alla residenza dovrebbe erogare un contributo economico**, a carico del Servizio sanitario, che sia calcolato sulla base della somma che le Asl versano in caso di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, per infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche. Il contributo è **aggiuntivo** all'indennità di accompagnamento, che in tal modo rientra nel progetto individualizzato definito dall'Asl di residenza con l'interessato e/o i congiunti o chi lo rappresenta, mediante un contratto di cura.

La Regione dovrebbe assumere le necessarie iniziative affinché venga creato **un unico servizio di cure domiciliari** per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato dai medici di medicina generale, nell'ambito dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata), servizio assicurato dall'Asl.

Al riguardo **chiediamo al Presidente della Giunta regionale, On. Alberto Cirio**, di adoperarsi presso il Ministro della salute per l'assunzione di un provvedimento che riconosca la priorità delle prestazioni domiciliari alle condizioni sopra indicate.

## 3. Le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali

Le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, **sono strutture del Servizio sanitario nazionale** che, in base alle leggi nazionali e alle disposizioni regionali, devono assicurare le cure sanitarie e/o socio-sanitarie agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senili. [\[1\]](#)

Purtroppo, con preoccupante frequenza sono **numerose le Rsa che non forniscono ai degenti le occorrenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche** alle quali hanno il pieno e, se necessario, immediato diritto ai sensi delle vigenti norme costituzionali e legislative. Al riguardo si allega il "Promemoria essenziale" pubblicato sul n. 208/2019 della rivista "Prospettive assistenziali". Sulla base delle norme della Regione Piemonte, ad esempio, non sempre – fatto di estrema gravità – le Rsa con meno di 40 infermi hanno l'obbligo della presenza di un Direttore sanitario. Negli altri casi vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale anche per più Rsa.

A loro volta i **medici delle Rsa intervengono a livello individuale** nei confronti dei degenti (non più di 20) e **non operano secondo i fondamentali metodi del lavoro di gruppo** e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario. Ne consegue – quasi sicuramente – una situazione caotica, che si ripercuote negativamente sui degenti, specialmente nei casi di emergenza individuale o ancor di più se si tratta di evenienze concernenti tutti i ricoverati ed il relativo personale.

Inoltre, occorre tener presente che, da quanto si conosce, **i controlli e le verifiche delle Asl sono inadeguati**. In particolare non si riesce a comprendere, tenuto conto delle precarie condizioni di salute della stragrande maggioranza dei degenti presso le Rsa, in base a quali motivi non sia mai stato previsto dalla Regione Piemonte, neppure per gli utenti per i quali paga il 50% delle rette, l'obbligo degli enti gestori delle Rsa di trasmettere, congiuntamente ai dati relativi agli infermi occorrenti per il versamento della citata quota del 50% delle rette, copia dei pagamenti effettuati all'Inps e all'Inail per il personale dipendente, nonché copia delle fatture emesse dal personale non dipendente. Al riguardo si evidenzia che anche se i controlli delle Commissioni di vigilanza fossero adeguati, non può mai emergere alcun dato relativo alla presenza o assenza del personale nelle 24 ore di ogni giorno.

Come prima fase, a livello regionale, è necessario quindi **rafforzare la titolarità del Servizio sanitario** quale responsabile delle cure da assicurare **nelle Rsa ai ricoverati malati anziani con pluripatologie** non autosufficienti, con la **previsione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie organizzate in lavoro di gruppo, come avviene nelle strutture sanitarie**, con il riconoscimento del **ruolo di dirigente al Direttore sanitario**.

Ovviamente sarà indispensabile rivedere i costi a totale carico del Servizio sanitario, da escludere dal computo della retta totale, perché non siano addebitati al malato nella retta a suo carico.

### **Una riflessione sul Parco della salute della Città di Torino**

È il momento per chiedere una riconsiderazione dell'impostazione del Parco della Salute.

L'esperienza del coronavirus ha messo ancora più in evidenza la separazione tra le cure ospedaliere e quelle territoriali, con l'abbandono terapeutico dei malati cronici non autosufficienti ai gestori privati nelle Rsa e alle famiglie per il domicilio, che a loro volta si avvalgono di privati per l'aiuto di assistenti familiari privati, nella maggioranza dei casi.

**Il progetto del Parco della salute punta a una sanità a tre livelli:** quella per i malati eccellenti (pochi); quella per gli ospedali del territorio e dei medici di famiglia; quella per i cronici non autosufficienti. Tre sanità che non comunicano e non hanno possibilità di seguire il malato, specialmente se diventa cronico e non autosufficiente. In questo modo non c'è riscontro sull'effetto degli interventi e delle cure e non c'è interesse o possibilità di migliorare errori e criticità.

Rinnoviamo quindi la richiesta che, all'interno del Parco della salute, **siano previsti tutti i percorsi di cura per i malati cronici non autosufficienti**, comprensivi di percorsi di ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, prestazioni domiciliari per malati non autosufficienti, cure palliative, centri diurni e Rsa, con gestione pubblica e gestione privata, in modo da avere un riscontro oggettivo sia della qualità delle cure e degli eventuali miglioramenti da apportare, sia dei costi.

**Ciò premesso è indispensabile una visione più ampia, che punti a iniziative nei confronti del Governo e del Ministero della salute.**

Tutte le Regioni hanno approvato norme che violano la legge 833/1978 e introdotto criteri selettivi, come la valutazione economica e sociale (presenza di familiari) per negare o ritardare le prestazioni domiciliari e residenziali ai malati non autosufficienti. L'esempio peggiore è la Regione Lombardia, che con una legge regionale ha stabilito che l'intervento del Servizio sanitario riguarda

solo la fase acuta e da quel momento è la famiglia che deve intervenire per garantire le cure del congiunto anziano (oppure adulto) malato cronico non autosufficiente.

**Proposta.** A fianco di una fase di transizione per ottenere i cambiamenti urgenti necessari, si rende indispensabile prendere atto che i Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, devono rientrare a pieno titolo nell'ambito dei servizi sanitari, perché sia assicurata la continuità terapeutica.

Il Servizio sanitario nazionale dovrà garantire unitariamente tutte le prestazioni che oggi rientrano nei Livelli essenziali socio-sanitari e assumere concretamente in proprio gli interventi sanitari domiciliari, comprese le cure domiciliari di lungo assistenza, semiresidenziali e residenziali, che potranno avere gradualità di intensità differenti (ad esempio 1°, 2°, 3° livello ..e così via), ma tutte facenti parte integrante del Servizio sanitario nazionale.

La compartecipazione degli utenti, già prevista oggi, sarà mantenuta, ovviamente con l'attenzione a non imputare costi strettamente sanitari alle rette a carico degli utenti.

**In sintesi gli obiettivi a medio-lungo termine dovrebbero essere i seguenti:**

Cure domiciliari. Obiettivo è l'approvazione di una legge che assicuri il diritto a ricevere dal Servizio sanitario prioritariamente l'erogazione di prestazioni domiciliari, quando praticabili, comprensive di un contributo economico e di un progetto individualizzato di cure.

Rsa. Riconoscimento di strutture del Servizio sanitario nazionale, implementazione degli standard e progressiva trasformazione in case di cura per i malati non autosufficienti che hanno necessità di ricoveri a tempo indeterminato, con l'organizzazione delle cure analoga a quella prevista per le attuali strutture residenziali sanitarie di riabilitazione e lungodegenza, attribuendo loro un livello di intensità di cure (3° livello?)

In questo modo sarà possibile ottenere appropriatezza delle cure e risparmi consistenti per il Servizio sanitario.

Le proposte di cui sopra andrebbero avanzate al Ministro della salute quali richieste innovative, dirette a potenziare i servizi sanitari territoriali, migliorare la qualità delle cure dei malati non autosufficienti e delle loro famiglie (con un'azione di contrasto all'impoverimento dei nuclei familiari).

Ringraziamo per l'attenzione e, restando a disposizione, porgiamo cordiali saluti.

*Maria Grazia Breda*, Fondazione promozione sociale onlus (011 21 13 98)

*Andrea Ciattaglia*, Csa-Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base (cell. 345 6749 838)

Allegati 2

Bozza regolamento legge regionale 10/2010

Promemoria essenziale norme vigenti

---

[1] Ai sensi della legge 833/1978, decreto legislativo 502/1992 e dpcm n. 15 del 12.1.2017, articoli 1 e 30 (Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria).