

### PER OTTENERE UN AUMENTO DEL VENTI PER CENTO DELLO STIPENDIO I DIRETTORI GENERALI DEL PIEMONTE DEVONO IGNORARE LE ESIGENZE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI?

La delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 101/2017 stabilisce che «*il trattamento economico attribuito al Direttore generale [di Azienda sanitaria regionale, ndr.] può essere integrato da una quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, assegnati normalmente dalla Regione*». Nella stessa delibera è anche previsto che «*l'accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta decadenza automatica dello stesso*».

Fra gli obiettivi economico-gestionali stabiliti dalla Giunta della Regione Piemonte (cfr. la delibera n. 30/2016) vi sono la riduzione del tempo di permanenza dei pazienti nel Pronto Soccorso, il contenimento della spesa aziendale relativa ai dispositivi medici, alla tempestività degli interventi a seguito di frattura del femore, al miglioramento dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Nulla, proprio nulla, è previsto per gli oltre 30 mila fra anziani malati cronici non autosufficienti e persone con la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza senile, attualmente in lista di abbandono, cioè non presi in carico dal Servizio sanitario regionale nonostante esplicita richiesta, in tutto il Piemonte (1). Perché? Si tratta forse di scarti?

Se i Direttori generali degli ospedali li dimettono con la massima urgenza, con il miglioramento dei tempi di attesa dei ricoveri degli altri

infermi che non presentano esigenze indifferibili, acquisiscono punteggi favorevoli per il conseguimento della maggiorazione del 20 per cento del loro trattamento economico?

Dal momento che la delibera regionale ignora le esigenze di questi pazienti chiediamo provocatoriamente perché non viene assegnata una maggiorazione degli stipendi dei presidenti e dei componenti delle Unità valutative geriatriche che, mediante certificazioni truffaldine (nessun riferimento alle loro indifferibili esigenze diagnostiche e terapeutiche, condizionamenti per l'accesso alle prestazioni sulla base delle illegittime valutazioni economico-sociali, ecc.) sono gli artefici delle liste di attesa o più precisamente dell'abbandono terapeutico di decine di migliaia di infermi? Non contribuiscono alla riduzione delle spese a carico del Fondo sanitario? Perché non premiare coloro che scaricano responsabilità ed oneri economici sugli infermi non autosufficienti e sui loro familiari?

### PER QUALI MOTIVI L'OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA FAMIGLIA IGNORA LE LEGGI VIGENTI SULLA NON AUTOSUFFICIENZA E SUL "DOPO DI NOI"?

A Roma nei giorni 28 e 29 settembre 2017 ha avuto luogo la terza Conferenza nazionale sulla famiglia, indetta dall'Osservatorio nazionale sulla famiglia istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Perché, nonostante Riccardo Prandini, Professore di sociologia presso l'Università di Bologna, fosse stato informato circa la presenza nel nostro ordinamento giuridico di diritti esigibili sulla non autosufficienza (legge 833/1978) e sul "dopo di noi" (articolo 54 della legge 289/2002), il Gruppo di lavoro n. 4 non ne ha tenuto conto?

Perché detto gruppo, coordinato dallo stesso Prandini come referente scientifico e da Gina Pedroni, dopo un «*serrato e dettagliato confronto fra tutti i soggetti del gruppo, portatori di*

---

(1) I dati ufficiali presentati nella Commissione sanità e assistenza del Consiglio regionale del Piemonte risalgono al 2013. Dal momento che le politiche della Regione Piemonte hanno continuato a negare le prestazioni esigibili agli anziani malati cronici non autosufficienti, si stima che il numero dei malati in lista di attesa sia rimasto almeno stazionario.

specifiche e qualificate competenze» (2), hanno sostenuto di valorizzare «il tavolo di confronto tra Governo, Sindacati e Associazioni sulle politiche per la non autosufficienza», istituito dal Ministero del lavoro «in vista non solo della prossima elaborazione del Piano per la non autosufficienza, ma anche della sua concreta realizzazione» (3), tenuto conto che fin dal 1978 è in vigore la legge 833 e i Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie sono previsti dall'articolo 54 della legge 289/2002?

Al riguardo ricordiamo che in data 17 luglio 2017 il Csa, Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base aveva segnalato ai Ministri Poletti e Lorenzin, e ai Sottosegretari Biondelli, Bobba e Cassani, nonché al Direttore generale Tangorra quanto segue: «Come dovrebbe essere evidente ed incontrovertibile, tutte le persone non autosufficienti sono soggetti le cui condizioni di salute (e non solo di malattia) sono così serie da averli precipitati

(2) Si tratta di affermazioni contenute nel resoconto ufficiale dei lavori del Gruppo 4 "Conciliazione famiglia-lavoro e nuove politiche territoriali di welfare".

(3) Cfr. l'articolo di questa rivista "Clamorose cantonate del Ministero del lavoro e delle politiche sociali in merito al Fondo per le non autosufficienze", n. 195, 2006.

nella devastante condizione della non autosufficienza».

Poiché le sopra citate leggi stabiliscono diritti pienamente esigibili alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in base a quali principi i Coordinatori e gli esperti del gruppo di lavoro n. 4 chiedono il Piano per la non autosufficienza, nonché la definizione dei Lea, Livelli essenziali della non autosufficienza?

E ancora. Perché vogliono che i Lea facciano «parte dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni, ndr.] socio-assistenziali ex legge 328/2000», preso atto che i vigenti Lea concernono anche gli aspetti socio-assistenziali?

In merito al "Dopo di noi" lo stesso gruppo di lavoro ha assunto come base la seguente falsa affermazione: «La mancanza di un sistema nazionale di diritti sociali limita lo sviluppo di esperienze positive».

Dunque, come mai i citati Coordinatori e gli Esperti del gruppo di lavoro omettono l'esistenza dei Lea (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, le cui norme sono cogenti in base al citato articolo 54 della legge 289/2002)?

Inoltre non dovrebbe essere noto che i Lea stabiliscono diritti effettivamente esigibili anche per quanto riguarda il "Durante noi"?

#### SULLA SPESA PUBBLICA PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nell'articolo "Fondi sanitari e policy drift. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale", pubblicato sul n. 2, 2017 de "La Rivista delle politiche sociali, Marco Arlotti, Ugo Ascoli e Emmanuele Paolini precisano che «nel panorama europeo e, in particolare, nell'Europa occidentale, il Servizio sanitario nazionale italiano si distingue per un livello di spesa pubblica relativamente basso. Tale minore investimento pubblico non è compensato dalla spesa privata: quest'ultima raggiunge, infatti, livelli inferiori rispetto ai principali paesi europei».

Sono inoltre segnalati i seguenti dati procapite per il 2015 relativi alla spesa pubblica e a quella privata espressi in dollari: Germania 4.474 e 790, Svezia 4.375 e 852, Francia 3.464 e 943, Regno Unito 3.163 e 840, Italia 2.470 e 802, Spagna 2.204 e 949.