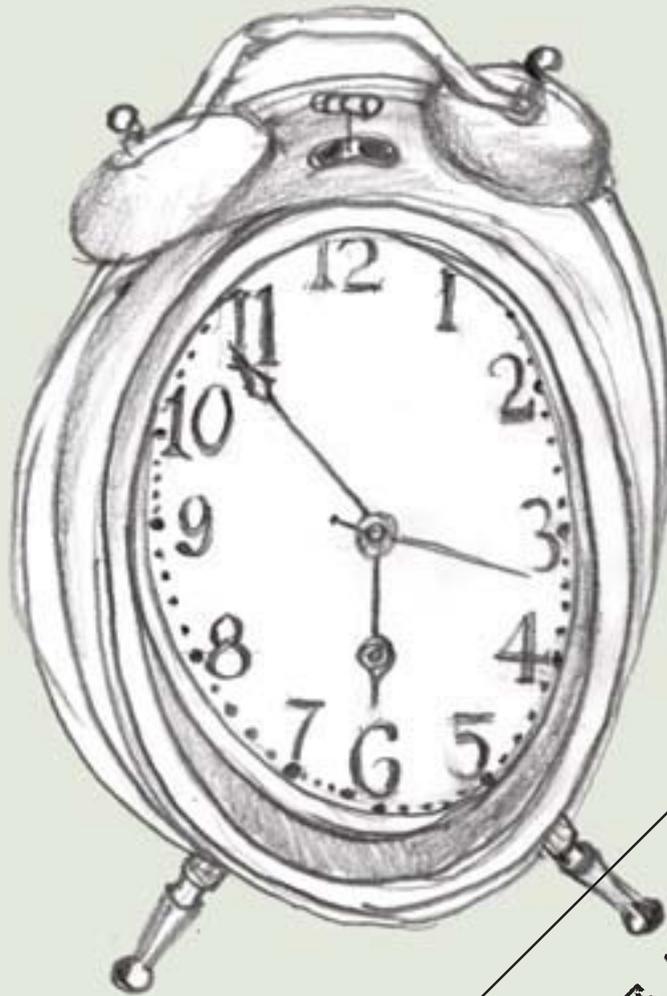

Medicina 257-258

Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
COORDINAMENTO 17.11.2023 MILANO
ALLA SANITÀ DELLE PERSONE
ANZIANE MALATE NON AUTOSUFFICIENTI**

BIMESTRALE
N° 257-258 settembre-dicembre 2023
Autorizzazione del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro
Nazionale della Stampa
(Legge 58/81 n. 416, art. 11) il
30 ottobre 1985
al n° 8368317, foglio 657
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.n.l.u.s.
Tel. 02-4984678
Fax 02-48014680
20100 Milano

REDAZIONE:
e-mail:
medicinademocratica@alice.it
Fax 0331-501792
Via Roma, 2
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE
della quota associativa annua:
ordinaria € 35,00
sostenitrice € 50,00
e per le DONAZIONI
bonifico bancario

IBAN:
IT31D0503401708000000018273
presso la Banca Popolare di Milano,
oppure con **bollettino postale sul c/c**
001016620211 intestato a "**Medicina**
Democratica - O.N.L.U.S.", Milano,
Via dei Carracci 2, 20149
indicando la causale.

Spedizione postale
STAMPA:
MODEL GRAFICA DUE S.n.c.
Via De Gasperi, 27
20094 Corsico (MI)

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 - 20149 Milano

5 per 1000

È possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per 1000 dell'IRPEF all'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**", in breve "**Medicina Democratica O.N.L.U.S.**". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia. Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete

COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (direttore responsabile), Angelo BARACCA, Emanuela BAVAZZANO, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Franco CLIENTI, Elisabeth COSANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (direttore), Giorgio FORTI, Pietro e Sara GALLI (grafici), Maurizio LOSCHI, Giulia MALAVASI, Dario MIEDICO, Roberto MONFREDINI, Antonio MUSCOLINO, Luca NEGROGNO, Marcello PALAGI, Paola SABATINI, Edoardo TURI, Laura VALSECCHI. INOLTRE, COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA: Vittorio AGNO-

sostenere le sue iniziative per affermare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per 1000 non sostituisce quella dell'8 per 1000 (dedicata, per esempio, al culto). Le opzioni 5 per 1000 e 8 per 1000 si possono esprimere entrambe.

LETTO, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo ANTONINI, Beppe BIANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Bruno MEDICI, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Aris REBELLATO, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA, Marino RUZZENENTI, Paola SABATINI, Marco SPEZIA, Gianni TAMINO, Bruno THIEME, Luca TRENTINI
IMPAGNAZIONE: Giulia e Stefano DEBBIA,



MEDICINA DEMOCRATICA PUÒ ESSERE
SOSTENUTA CON DONAZIONI DI
QUALSIASI CIFRA ATTRAVERSO IL QR-CODE
QUI SOTTO O DAL SITO
WWW.MEDICINADEMOCRATICA.ORG



Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per le persone anziane malate croniche non autosufficienti nel Servizio Sanitario Nazionale

a cura di Elisabeth COSANDEY, Laura VALSECCHI, Fulvio AURORA*

Il Coordinamento nazionale in Difesa della Sanità per le persone Anziane malate non autosufficienti (CDSA), del quale Medicina Democratica è parte attiva, ha organizzato lo scorso 17 novembre 2023 un convegno nazionale a Milano, nella Sala Pirelli del Consiglio Regionale della Lombardia, con giuristi ed esperti in sanità, operatori sanitari, rappresentanti di Associazioni, di Comitati dei Familiari e dei Sindacati di base, per informare sulla situazione attuale delle cure e normativo per quanto riguarda il diritto alla tutela della salute e alle cure di lungo termine per le persone anziane malate e non autosufficienti con il Servizio Sanitario Nazionale (SNN).

Per le persone anziane, malate croniche e non autosufficienti, il diritto alle cure sanitarie è inviolabile ed è doveroso garantire tutte le risposte ai loro bisogni, attraverso una organizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari, sia a livello territoriale che ospedaliero, con reparti dedicati e competenti dal punto di vista professionale, organizzati secondo il lavoro in equipe multiprofessionale e con una adeguata gestione e programmazione sanitaria.

La pandemia ha portato alla luce la carenza delle cure sanitarie domiciliari, ma già prima della pandemia le persone anziane e i loro familiari si trovavano da soli ad affrontare le necessità sanitarie e assistenziali: le dimissioni selvagge dagli ospedali, la richiesta ai familiari di occuparsi sia del trasferimento in altre strutture sia dell'assistenza al proprio familiare, pur non

avendo la preparazione e la capacità di cure assistenziali e di gestione burocratica di tutto quello che attiene ad un percorso di presa in carico, dall'invalidità all'organizzazione delle cure specifiche, all'abbandono e al ricatto continuo e alle spese da affrontare (rette delle strutture, badanti, terapie farmacologiche, ausili, ecc..).

Tutte le persone malate hanno diritto ad essere curate gratuitamente dalle strutture sanitarie pubbliche, attraverso i medici di medicina generale, l'assistenza sanitaria territoriale, il ricovero ospedaliero, l'assistenza domiciliare integrata.

Questo diritto spetta quindi anche agli anziani, malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite da malattie inguaribili e invalidanti, da malattie psichiatriche, dal morbo di Alzheimer e da altre gravi patologie.

Il diritto alla salute è principio costituzionale assoluto non sottoposto ad alcuna limitazione nemmeno di ordine economico (Art. 32 Costituzione). (dal Manuale per il diritto alle cure e all'assistenza sociale delle persone malate croniche non autosufficienti, supplemento al nr 177-179 della rivista di Medicina Democratica)

Medicina Democratica, all'interno della Campagna Dico 32 e del Coordinamento Nazionale in Difesa della Salute, nel 2020 ha costituito un Gruppo di lavoro nazionale con la presenza di alcune Associazioni che da anni operano per la difesa del diritto alla cura delle persone anziane, malate croniche e non autosuffi-

*Comitato di
Redazione
Medicina
Demmatica.

cienti (quali la Fondazione Promozione Sociale di Torino, l'Associazione DI.A.N.A. di Verona, l'Associazione Umana di Perugia, ecc.), dei Comitati dei Familiari delle Vittime nelle RSA presenti nel territorio nazionale, delle rappresentanze sindacali di base (USB, Cub Sanità, SPI, Area CGIL: Le Radici del Sindacato) e di qualche operatore delle RSA.

E' nato Il Coordinamento nazionale per la Difesa della Sanità per le persone Anziane malate e non autosufficienti, il CDSA che ha prodotto una serie di proposte attraverso denunce, documenti e iniziative nazionali e regionali.

Il CDSA ha ritenuto che all'interno del PNRR vi fossero dei punti importanti attraverso i quali organizzare alcuni servizi per le persone anziane malate e non autosufficienti.

In particolare per quanto riguarda:

- la medicina del territorio, da riorganizzare con più personale medico, infermieristico, assistenziale e riabilitativo.
- l'organizzazione delle RSA, rivedendo i requisiti per l'accreditamento, investendo sul personale, su tutti i professionisti sanitari, rispondendo in modo competente alle necessità di cura e assistenziali, riposizionando quindi queste strutture in capo al servizio sanitario nazionale.

Invece nel PNRR non si parla di personale, ma si investe sulla tecnologia, sulla telemedicina e non si parla di rivedere i requisiti delle RSA, pur essendo a conoscenza delle pessime condizioni organizzative esistenti.

Non è stata prevista alcuna risorsa ed è stato dato il via all'attuazione del Piano sulla Non Autosufficienza attraverso un Disegno di Legge Delega che inasprisce e modifica in modo radicale le modalità di presa in carico e di attivazione dei servizi necessari per le persone anziane affette da pluripatologie, malate e non autosufficienti.

La Legge Delega n. 33, approvata il 23 marzo 2023, "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*", è in realtà una controriforma epocale che sposta le cure socio-sanitarie

di lungo termine (Ltc) per le persone malate croniche non autosufficienti dal settore sanitario, dove rientrano nei Lea e dove sono previsti diritti esigibili con accesso universalistico, a quello delle politiche sociali, che prevede l'erogazione delle prestazioni sociali (Leps), compatibilmente con le risorse disponibili e in base all'Isee, ossia alla valutazione economica del nucleo familiare.

Si tratta di un testo inaccettabile per le persone malate non autosufficienti e le loro famiglie: un provvedimento che non concederà un solo nuovo diritto alle persone anziane malate croniche non autosufficienti (e alle persone con disabilità grave) e, anzi, sottrarrà clamorosamente diritti a queste categorie di italiani, emarginandole rispetto ai servizi cui hanno diritto, in violazione della Costituzione.

Si prospetta l'istituzione di un Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) aggregato al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro e non più al Ministero della Salute!

È incostituzionale prevedere l'istituzione di questo "Sistema nazionale di assistenza anziani", nel quale emarginare le persone anziane malate non autosufficienti sottraendole alla titolarità del Servizio sanitario nazionale quando hanno necessità di cure di lungo termine (tutte le fasi post acuzie o cure estensive). "*La tutela della salute delle persone anziane*" deve rimanere di competenza del Servizio sanitario nazionale (SSN) "*anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*" come previsto dalla legge istitutiva del SSN (articolo 2, secondo comma, lettera F della legge n. 833 / 1978). E' una ulteriore privatizzazione!

Inoltre contiene l'assalto ad un diritto esigibile quale è l'indennità di accompagnamento (L.18/80) prevedendo un budget di cura valutata da una commissione unica che deciderà sulla base del reddito economico della persona e della sua famiglia.

Il Convegno del 17 novembre 2023 a Milano segue quello del 17 maggio 2023

svoltosi a Roma e quello del 6 novembre 2023 a Perugia (sempre organizzati dal CDSA), continua con l'intento di fare una informazione corretta e dettagliata sulla Legge Delega, soprattutto per chiedere al Governo, alle Istituzioni di essere ascoltati nella fase di realizzazione dei Decreti attuativi per i quali c'è un anno di tempo e quindi usciranno nel corso del 2024.

I punti sui quali il CDSA intende intervenire sono i seguenti:

1. Ampliamento della Medicina del Territorio

- Prevenzione:

attraverso valutazioni specifiche con informazioni sull'alimentazione, sul movimento, sulla socializzazione (controllo sullo stato di isolamento, di solitudine e di abbandono); i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali devono lavorare in equipe e devono essere ripristinati i Distretti Socio-Sanitari, nonché attivate le Case della Salute, in collaborazione anche con gli Enti Locali e i Comuni.

- Cure domiciliari/ospedalizzazione a domicilio:

vanno implementate l'assistenza domiciliare, le cure domiciliari pubbliche a carico del Servizio Sanitario Nazionale, per una presa in carico integrata, coordinata e continuativa, attiva tutti i giorni nelle 24 ore, in un percorso personalizzato che garantisca la qualità della vita alla persona e ai suoi familiari.

L'equipe multiprofessionale e multidisciplinare deve prevedere la presenza di tutte le figure professionali dal Medico di Medicina Generale all'Infermiere, all'Operatore Socio Sanitario, al Fisioterapista, al Terapista Occupazionale, al Logopedista e agli Operatori del Sociale. Le cure sanitarie devono comprendere tutti gli aspetti anche quelli sociali e assistenziali.

All'interno del Distretto Socio-Sanitario deve esserci una Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), composta da personale medico (fisiatra, geriatra), infermieristico, riabilitativo e assistenziale. Su

segnalazione del medico di medicina generale o del reparto ospedaliero (nel caso in cui la persona sia ricoverata), procederà alla diagnosi funzionale del paziente e ne indicherà il percorso terapeutico clinico, assistenziale e riabilitativo.

In funzione della valutazione multidimensionale l'equipe predisposta ad intervenire stabilisce i tempi e le modalità necessarie per l'erogazione delle cure domiciliari. Gli Operatori devono essere dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale e adegua-



tamente formati (Educazione Continua in Medicina con corsi dedicati e specialistici).

Le cure domiciliari e l'ospedale a domicilio si avvalgono della Medicina territoriale, ovvero di una equipe di professionisti in capo al Medico di Medicina Generale in grado di monitorare queste situazioni attraverso:

-Valutazione del Medico di Medicina Generale e degli specialisti (fisiatra, geriatra e altri come il cardiologo, il neurologo, l'ortopedico, ecc..)

-Valutazione globale per definire la presa in carico necessaria (Unità di Valutazione Multidisciplinare, Piano Assistenziale Individuale, Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale, ecc.) e presa in carico da parte di operatori sanitari (Infermiere, Fisioterapista, Terapista Occupazionale..)

-Valutazione dell'assistente sociale per verificare le condizioni familiari e altre necessità (ivi compresa la socializzazio-

ne).

È necessario che l'intervento sia tempestivo, qualunque sia la provenienza (dimissione ospedaliera o domicilio) sia per la presa in carico che per l'attuazione del Piano assistenziale personalizzato definiti dalla Unità di Valutazione Multidimensionale.

I familiari, cui non compete alcun compito e dovere di cura sanitaria, devono essere supportati dal punto di vista materiale, psicologico e economico.

-Servizi territoriali - Centri Diurni o semi-residenziali - Comunità del territorio:

A tutt'oggi i servizi che gestiscono le cure e l'assistenza nel territorio e nelle RSA sono forniti per l'80% da gestori privati che assumono poco personale con contratti atipici, a tempo determinato, con condizioni di lavoro inadeguate dal punto di vista dell'organizzazione, della formazione continua e con continue intimidazioni.

Anche questi servizi devono essere pubblici, ovvero all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e rispettare i criteri di presa in carico e di equipe come già descritto.

Attualmente i Centri semiresidenziali sono a pagamento e gestiti dal privato accreditato, mentre per quanto riguarda le comunità alloggio o il co-housing esistono pochissime esperienze su tutto il territorio nazionale.

Questi servizi, se ben organizzati, sostenuti dalla Medicina del Territorio attraverso una reale integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e quelli sociali con il coinvolgimento degli Enti Locali, possono garantire la permanenza della persona anziana nel proprio domicilio, riducendo l'istituzionalizzazione.

2. Ricovero in reparti ospedalieri e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA):

la persona anziana per patologia può avere necessità di un ricovero sanitario, al quale deve seguire un percorso riabilitativo con obiettivi di recupero (se possibile) oppure di mantenimento se la situazione è irreversibile.

In ogni caso al termine di un ricovero

ospedaliero deve essere organizzata una dimissione protetta, che permetta alla persona e ai suoi familiari di avviare il percorso successivo di rientro a casa (ospedalizzazione a domicilio e servizi socio-sanitari) oppure di ricovero in strutture riabilitative o nelle RSA.

Oggi le RSA sono strutture totalizzanti, private nella maggior parte dei casi, diventate indispensabili per la mancanza delle risposte territoriali. Le modalità di accesso, le caratteristiche e i costi variano in base alle normative regionali. Si propone e si chiede un cambiamento radicale di queste strutture.

Le RSA devono essere in capo al Servizio Sanitario Nazionale e si devono occupare della cura, dell'assistenza e della riabilitazione delle persone anziane, con patologie croniche e non autosufficienti, le prestazioni devono essere sanitarie come previste dalla 833/78 e dagli stessi LEA del 2017.

Le RSA devono essere strutture aperte al territorio e trasparenti, nel pieno rispetto delle condizioni di sicurezza degli ospiti e degli operatori, devono avere un responsabile sanitario, un numero di posti letto non oltre i 100 (meglio se 40-60) e spazi adeguati alle diverse attività di cura, riabilitazione e di socializzazione. Il personale dipendente stabile, professionalmente formato e in quantità corrispondente ai molteplici e profondi bisogni della popolazione anziana malata e non autosufficiente.

Sempre all'interno del PNRR sono state proposte le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.

- le Case di Comunità (già nate in alcune regioni come Casa della Salute) non sono state ancora del tutto avviate; potrebbero essere una buona risorsa con una equipe multiprofessionale che prende in carico realmente e completamente le persone anziane malate e non autosufficienti, partendo proprio da una analisi dei loro bisogni sanitari, socio-sanitari, assistenziali e sociali;

- gli Ospedali di Comunità potrebbero avere una utilità ma non possono avere come unica presenza l'infermiere e garan-

tire un ricovero solo per 15gg e per patologie minori

Entrambi inoltre, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità, devono essere in capo al Servizio Sanitario Nazionale e non esternalizzate ossia gestite da Cooperative/Fondazioni/Terzo Settore.

Il Coordinamento nazionale in Difesa della Sanità per le persone Anziane malate croniche non autosufficienti (CDSA) chiede che:

- venga mantenuta la competenza sanitaria sulla cura sanitaria, socio-sanitaria e sui bisogni clinici assistenziali di lungo termine, senza distinzione alcuna (art. 32 della Costituzione);

- si potenzino i servizi sanitari territoriali e il diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di lungo termine anche attraverso l'attivazione concreta e ben organizzata delle Casa di Comunità;

- si ripensi ad un modello di RSA con cure

sanitarie e socio-sanitarie adeguate, cure assistenziali e riabilitative, lungodegenza, hospice, con personale adeguato, formato e assunto correttamente. Non più un unico operatore socio-sanitario per 20-30 ricoverati! Non si deve più calcolare la presenza degli operatori sulla base di un minutaggio definito a priori, ma sulla base dei bisogni delle persone!

La quota sanitaria che compete alle Regioni deve passare almeno al 70% della retta totale, come è già per le strutture per le persone con disabilità.

Questo proprio in considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti.

Il CDSA ritiene quindi indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze di "*elevata integrazione sanitaria*" (art. 3 septies DM 229/99).



Sommario

Sommario

Sommario

REDAZIONALE

di Elisabeth COSANDEY, Laura VALSECCHI
e Fulvio AURORA

1

RSA in Lombardia, serve cambiare:
se non ora, quando
di Carlo BORGHETTI

44

DOSSIER

Le residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
per le persone anziane malate croniche
non autosufficienti nel Servizio
Sanitario Nazionale
di Donatella OLIOSI

7

Non autosufficienza al di là degli allarmi
“Difendere quel che c’è (ed è garantito)
per migliorare”
di Andrea CIATTAGLIA

46

La gabbia per gli operatori e per
gli utenti, del “minutaggio” nelle RSA
di Enrica GABELLI

50

La tutela del diritto costituzionale alla salute dei
malati cronici non autosufficienti
di Francesco PALLANTE

9

Qualità delle cure del lavoro delle RSA
di Paola SABATINI

52

Livelli Essenziali di Assistenza:
“condizionati” o “incondizionati”
di Maria Luisa TEZZA

13

L’esperienza di un medico di Medicina generale
di Maurizio BARDI

55

La questione della retta nelle RSA e il sistema
di finanziamento della quota sanitaria
adottato in Regione Lombardia
di Luigi LIA

17

Le proposte del CDSA per i decreti attuativi
della Legge 33/2023, in particolare per la
riorganizzazione radicale delle
Residenze Sanitarie Assistenziali
di Maria Grazia BREDA

57

L’organizzazione attuale delle RSA:
principali criticità, il DM 77, il PRN, la legge
33/2023 e la nuova organizzazione territoriale
degli anziani
di Luca DEGANI

22

Decreto non autosufficienza:
il commento in cinque punti
di Andrea CIATTAGLIA

65

INTERVENTI

di Giordana GABRIELLI, Maurizio LOSCHI,
Carlo PARASCANDOLO,
Angelo PEDRINI e Lidia CIRIELLO

67

Persone malate croniche e con disabilità
non autosufficienti di qualsiasi età.
Esigenze di cura e diritto alla salute
di Elena BRUGNONE

24

RUBRICHE

Scuola e società
di Rino ERMINI

73

La privatizzazione delle RSA:
quali obiettivi di cura?
di Aldo GAZZETTI

27

CONTRIBUTI

di Emanuela BAVAZZANO

77

Le residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per le persone anziane malate croniche non autosufficienti nel Servizio Sanitario Nazionale

di Donatella OLIOSI*

L'Associazione Diritti non Autosufficienti Di.a.n.a. Onlus di Verona al pari delle associazioni che aderiscono al CDSA, impegnate nella tutela dei diritti, promuove e difende il diritto alle cure del malato cronico non autosufficiente di ogni età, con riguardo alle persone anziane, specie se con demenza o malati di Alzheimer ed affianca le persone malate non autosufficienti e le famiglie che devono misurarsi quotidianamente con la negazione del diritto alle cure, già in atto ad opera dei provvedimenti Regionali, ma che grazie alle norme nazionali, che oggi prevalgono su quelle regionali, riescono ad ottenere le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che rientrano nei Lea e che il SS è tenuto a fornire a tutti i cittadini.

I riferimenti in base ai quali operiamo sono la Costituzione (l'art. 32 della Costituzione italiana stabilisce il diritto alla salute (UNICO diritto a cui viene COSTITUZIONALMENTE ATTRIBUITO il carattere di «fondamentale») e della cui tutela è lo STATO a dichiararsi GARANTE e la normativa che ne discende (la Legge 833/1978 che dà piena attuazione a questo diritto con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed i LEA 12 gennaio 2017 (Livelli Essenziali di Assistenza) prestazioni e i servizi sanitari e socio-sanitari che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di ticket, con le risorse pubbliche raccolte

attraverso la fiscalità generale .

La domanda che ci poniamo è la seguente: *“Come viene preso in carico dal Servizio Sanitario il malato cronico non autosufficiente per le cure a lungo termine (LTC)?*

Sempre più spesso, la persona malata non autosufficiente è un malato di serie B che, in presenza di una non autosufficienza irreversibile, appena superata la fase acuta o post acuta della malattia cronica, viene scaricato dal servizio sanitario; è una persona che pur malata viene considerata *“caso sociale”*, bisognosa quindi di *“assistenza sociale”* più che di assistenza sanitaria.

Se avessimo ancora qualche dubbio al riguardo, una riprova di questa pericolosa deriva la troviamo nel testo della legge delega n. 33 del 23 marzo 2023, in materia di politiche in favore delle persone anziane, legge che stabilisce l'istituzione di un *“Sistema per la popolazione anziana non autosufficiente”* (SNAA) nell'ambito del settore delle Politiche sociali: diritti esigibili (LEA) nell'ambito del Servizio Sanitario in contrapposizione ai LEPS nell'ambito sociale dove non esistono diritti certi, ma solo servizi condizionati alle risorse disponibili con criteri di accesso economici (ISEE).

Lo scorso 17 maggio 2023, a Roma, nel convegno organizzato dal CDSA dal titolo *“LA NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO MALATO CRONICO, È UN PROBLEMA DI CARENZA DI SALUTE”*,

*Presidente
Associazione
DI.A.NA. Verona.

sono stati ampiamente presentati i molteplici e reali rischi di tale riforma.

Durante il convegno illustri relatori hanno spiegato come la non autosufficienza è determinata dalla condizione di malattia, motivo per il quale, in prima istanza, la risposta deve essere assicurata dal settore sanitario ed eminenti costituzionalisti hanno sottolineato l'importanza di mantenere la non autosufficienza sotto l'ombrello costituzionale

Se il reale intento della Legge Delega 33/2023 è quello di effettuare un intervento innovativo a favore delle persone anziane, specialmente se non autosufficienti, senza dubbio deve riconoscere che *se pure è vero che si tratta di malati inguaribili, sono malati sempre curabili che il SSN ha l'obbligo di continuare a curare*, anche se con modalità diverse, preferibilmente domiciliari, laddove praticabili, ma anche semi-residenziali e residenziali.

La Legge Delega 33/2023 deve riconoscere che la non autosufficienza è causata da patologie gravemente invalidanti, per le quali è necessario assicurare cure di lunga durata, 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno e deve riconoscere che è URGENTE attuare la riforma radicale dell'organizzazione delle RSA nell'ambito di una proposta di riforma complessiva delle cure di lunga durata (LTC).

Le Residenze Sanitarie Assistenziali DEVONO essere riconosciute a pieno titolo come strutture del Servizio sanitario nazionale.

Qual'è dunque l'obiettivo del convegno del 17 novembre 2023 a Milano?

Le organizzazioni del CDSA vogliono ribadire che le RSA vanno collocate a pieno titolo nel Servizio Sanitario Nazionale: oggi il degente in RSA è una persona non autosufficiente con bisogno sanitario e sociosanitario, tale che non può essere curata al proprio domicilio.

Non dimentichiamo che le RSA sono strutture accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale rientranti nei Lea, articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017. La RSA deve garantire cure di lunga durata. Il Consiglio

di Stato ha ribadito con la sentenza n. 1858/2019 che le RSA devono garantire cure di lunga durata.

Come CDSA vogliamo ribadire la necessità che le RSA garantiscano prestazioni Lea sanitarie e socio-sanitarie di competenza del Servizio sanitario, assicurando la presenza in tutte le RSA del Direttore sanitario con competenze in ambito medico (ad oggi accade che sia assente o con competenze estranee alla medicina), di medici h24, di infermieri e personale socio-sanitario, che operino in team facendo riferimento al Direttore sanitario.

Nelle RSA devono essere garantite prestazioni riabilitative, terapie del dolore e cure palliative ai sensi della legge 38/2010; occorre effettuare una revisione verso l'alto degli standard del personale, con l'abolizione dei minutaggi e con adeguamento dei contratti di lavoro ai parametri sanitari. Le RSA devono operare in totale TRASPARENZA sul numero, la qualifica, la collocazione del personale in servizio per consentire il CONTROLLO da parte dei famigliari/rappresentanti legali.

Ricordiamo qui la sentenza di condanna n. 77 del 10 luglio 2017, della Sezione giurisdizionale per la Regione Veneto della Corte dei Conti nei confronti di una RSA per non aver rispettato gli standard di cura previsti per le strutture convenzionate con il Servizio sanitario << i) impiego (...) di un numero di O.S.S.(Operatori Socio Sanitari), inferiore a quello previsto, (iii) impiego di un numero di infermieri, inferiore agli standard (iv) impiego di un numero di medici specialisti, inferiore agli standard a cui si è aggiunto il procedimento avviato dalla Procura della Repubblica di Rovigo, per maltrattamenti a danno dei degenti>>.

La presenza del CDSA è dunque fondamentale, e le istanze sono imprescindibili perché mai più si deve assistere all'ecatombe che ha avuto luogo nelle RSA durante la pandemia da Covid-19; mai più si deve assistere alla morte di esseri umani nel rogo di una RSA o al maltrattamento di persone malate indifese.

La tutela del diritto costituzionale alla salute dei malati cronici non autosufficienti

di Francesco PALLANTE*

1. – Per inquadrare correttamente il diritto alla salute dei malati cronici non autosufficienti può essere utile muovere il ragionamento a partire da un caso concreto, verificatosi in tempi relativamente recenti.

Il caso riguarda il signor G.S., quasi novantenne, che vive in una Regione la cui normativa prevede che le persone malate croniche non autosufficienti possano essere ricoverate nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa) a carico del Servizio sanitario regionale per un massimo di 90 giorni annui, decorsi i quali il paziente (così si legge nelle comunicazioni rivolte dalle Asl della Regione ai malati) «*deve rendersi pienamente disponibile alla dimissione*».

A prescindere dal fatto che sia o meno guarito.

Raggiunti gli 88 giorni di ricovero, il signor G.S. si vede recapitata una lettera in cui gli viene intimato di prepararsi alle dimissioni. La lettera è accompagnata da una certificazione del suo quadro clinico stilata dalla competente struttura del Servizio Sanitario Regionale. Il quadro clinico è il seguente: «*è invalido al 100%*» ed è afflitto da patologie quali «*scompenso cardiaco con fibrillazione arteriale persistente*», «*insufficienza respiratoria cronica*», «*spondiloartrosi diffusa*», «*frattura vertebrale*», «*esofagite erosiva con grave anemia*», «*litiasi vescicale con idroureteronefrosi bilaterale*», «*trombosi venosa profonda all'arto inferiore sinistro*», «*gozzo tossico*», «*attacchi ischemici transitori ricorrenti*», «*lesioni da decubito*», «*declino cognitivo*», «*depressione*».

Considerato questo quadro, le indicazioni dei medici dell'Asl – la stessa che nel contempo procede alle dimissioni! – sono

perentorie: «*il signor G.S. non è autonomo né nei trasferimenti né nell'utilizzo della sedia a rotelle*», «*è completamente dipendente nell'igiene personale e nella vestizione*», «*necessita di controlli accurati alla diuresi*» con «*corretta gestione del catetere*» e «*sostituzione periodica dello stesso*», «*necessita di cibo adeguatamente preparato per la somministrazione*», «*non è in grado di assumere farmaci autonomamente*», «*necessita di prelievi periodici*» per determinare il dosaggio dei farmaci stessi. In definitiva, «*necessita di assistenza continua nelle 24 ore*». E quali prestazioni garantisce l'Asl nel mandare a casa una persona in queste condizioni? Niente più che l'assistenza domiciliare per un'ora al giorno e per soli sei giorni alla settimana.

E per le restanti 23 ore giornaliere? E per il giorno che rimane scoperto? Dovranno pensarci i parenti: rinunciando a lavorare o dando fondo ai propri risparmi (se ne hanno) per assumere le persone che si occuperanno del loro congiunto malato. Inutile sottolineare che ai sensi dell'art. 32 Cost., il dovere di prestare le cure sanitarie e socio-sanitarie grava, senza alcun dubbio, non sui familiari, bensì sulla Repubblica, di cui il SSR e la Regione stessa sono articolazioni.

Nel caso in questione, i congiunti del signor G.S. hanno presentato opposizione alle dimissioni, costringendo la Rsa a mantenere ricoverato il loro parente malato. In reazione, il SSR ha inviato loro la fattura delle spese derivanti dal prolungamento della degenza nella Rsa, pari a 135 euro al giorno. Moltiplicati per i 365 giorni di cui è composto un anno si arriva alla cifra di 49.275 euro.

*Professore ordinario di Diritto Costituzionale, Università di Torino.

2. – Quello ora descritto non è un caso isolato. È la condizione in cui versano decine di migliaia di persone oggi in Italia.

Le Regioni adottano, tramite l'adozione di atti normativi secondari (solitamente, delibere della Giunta regionale) una pluralità di strategie differenti, tutte finalizzate a eludere il dovere costituzionale di prestare ai malati le cure necessarie. Volendo proporre una schematizzazione emerge che:

- alcune – come abbiamo appena visto – predeterminano la durata temporale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e chiedono il rimborso delle spese sostenute per le cure prestate oltre il tempo massimo al malato o ai suoi famigliari;

- alcune negano il diritto alla salute per ragioni di incapienza delle relative voci di bilancio (sono finanziate a copertura del diritto solo per un numero massimo di pazienti);

- alcune differiscono nel tempo la presa in carico delle persone malate con l'inserimento in liste d'attesa o di rivedibilità;

alcune subordinano la presa in carico del malato all'esistenza di ulteriori requisiti privi di rilevanza sanitaria, tra cui: il disagio economico, la mancanza di familiari, l'isolamento sociale;

- alcune ascrivono le prestazioni aventi natura sanitaria all'ambito, legislativamente meno tutelato e soggetto alla compartecipazione alla spesa, delle prestazioni assistenziali o sociali.

In molti casi, le Regioni adottano più d'una di queste strategie contestualmente.

3. – A fronte di tutto ciò si pone un quadro normativo basato su fonti normative di rango costituzionale (art. 32 Cost.) e primario (la legge n. 833 del 1978) – dunque, su fonti normative sovraordinate alle delibere regionali – di tutt'altro tenore.

Vediamo allora cosa dispone il quadro normativo, iniziando con l'osservare che il diritto alla salute è l'unico diritto espressamente qualificato dalla Costituzione come «fondamentale» (art. 32, co. 1). Se ne comprende facilmente la ragione: la salute è precondizione necessaria al godimento di tutti gli altri diritti costituzionali.

Tale diritto ha trovato attuazione nella legge n. 833 del 1978, che affida il compito di tutelare in concreto la salute al Servizio sanitario nazionale (Ssn) (art. 1, co. 1), stabilendo che tale compito:

sia da realizzarsi 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). A tal fine, è previsto che 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);

competa «allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali» (art. 1, co. 3), che operano tramite diversi enti di gestione (un tempo, le Usl; oggi, le Asl).

Si tratta di un quadro normativo talmente solido che tutte le volte (o quasi) che le persone malate croniche non autosufficienti, o i loro familiari, si rivolgono a un giudice (civile o amministrativo) lamentando la violazione del diritto alla salute, il giudice ne ripristina la tutela. C'è oramai una ricca casistica in cui i giudici condannano le Asl a restituire le somme ottenute dai malati o dai loro familiari come «prezzo» delle cure erogate o condannano le Asl o le Regioni che lamentano la carenza dei fondi di bilancio a fornire comunque le cure agli ammalati, compiendo gli aggiustamenti di bilancio necessari.

4. – Il nodo, insomma, è il rapporto tra diritto alla salute e vincoli di bilancio, come anche dimostrano gli allarmi di queste settimane per il sottofinanziamento del Ssn. È un nodo molto delicato: ma – data la chiarezza del quadro normativo statale – l'intreccio è più politico che giuridico.

Dal punto di vista giuridico, la giurisprudenza recente della Corte costituzionale si è oramai attestata sulla seguente posizione: l'eventuale carenza di finanziamento non giustifica la mancata attuazione, anche parziale, del diritto alla salute, ma vincola il legislatore a redistribuire il complesso delle risorse pubbliche disponibili in

modo tale da assicurare, quantomeno, l'attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto. Lo dice espressamente la sentenza n. 275 del 2016 (una sentenza, dunque, successiva all'introduzione dell'equilibrio di bilancio nella Costituzione, che risale al 2012), secondo la quale: «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». La stessa posizione è ribadita nella successiva sentenza n. 169 del 2017, là dove si legge che «ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tali ipotesi verrebbero in essere situazioni priva di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto a ottenerle “non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto (sentenza n. 275 del 2016)”».

Insomma: il diritto alla salute – al pari di tutti i diritti costituzionali – ha preminenza logico-giuridica sulle esigenze di bilancio. La spesa per i diritti è una spesa costituzionalmente necessaria, che spetta al legislatore soddisfare operando, nell'esercizio della propria discrezionalità politica, sul piano della corretta allocazione delle risorse disponibili. Anziché di vincoli di bilancio, bisognerebbe parlare di vincoli al bilancio: altrimenti, si produrrebbe l'assurdo giuridico per cui la legge ordinaria (di bilancio) prevale sul dettato costituzionale (che proclama i diritti), producendo un'insostenibile inversione della gerarchia delle fonti del diritto.

5. – Ho detto che questo discorso vale, in astratto, per tutti i diritti costituzionali. In concreto, vale in modo particolarmente incisivo per il diritto alla salute. Per due motivi:

1) perché, come detto, il diritto alla salute è l'unico espressamente qualificato dalla

Costituzione come «fondamentale»;

2) perché il diritto alla salute è l'unico per il quale sia stato definito il contenuto preciso delle prestazioni in cui si articola (i Lea).

Proprio il fatto che per il diritto alla salute siano stati definiti i Lea, assicura ai titolari di tale diritto una più solida tutela rispetto ai titolari di altri diritti, per i quali non siano stati definiti i livelli essenziali delle prestazioni. Ciò assume rilievo particolare nei casi in cui il legislatore, statale o regionale, si propone di ascrivere all'ambito del-



l'assistenza sociale esigenze che hanno invece natura sanitaria: gli stessi bisogni risultano, infatti, più solidamente tutelati se ascritti all'ambito della sanità, piuttosto che se ascritti all'ambito dell'assistenza sociale. Lo precisa la stessa Corte costituzionale nella sentenza n. 62 del 2020, in cui si legge 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». Dal che si ricava, nuovamente, conferma del fatto che nessuna esigenza di carattere finanziario può essere fatta valere a giustificazione della mancata attuazione dei Lea.

Viene, in proposito, in rilievo il delicatissimo settore dell'integrazione socio-sanita-

ria, in cui non è possibile separare nettamente ciò che è sociale da ciò che è sanitario: dunque, tutte le prestazioni ascrivibili a tale settore devono continuare a essere mantenute in capo al Ssn.

6. – Il discorso sin qui svolto conduce, in conclusione, a ritenere che, una volta che sia stata certificata la condizione di malattia, sia essa fisica e/o psichica, di una persona, il Servizio sanitario nazionale ha il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le cure necessarie per tutto il tempo che sia necessario. Tanto più se si tratta di persona non autosufficiente, la cui condizione è spesso segnata da patologie inguaribili, ma, in ogni caso, sempre curabili.

Ne deriva che per assicurare ai malati cronici non autosufficienti le cure cui hanno costituzionalmente diritto non era – e non è – necessario approvare una apposita nuova legge, ma sarebbe stato – e sarebbe – sufficiente applicare con rigore quelle esistenti, valevoli per tutti i malati. Le persone non autosufficienti sono persone malate e come tutti le persone malate vanno trattate.

Esattamente il contrario di quel che si propone di fare la legge delega n. 33 del 2023 sulla non autosufficienza, che mira a eludere, o quantomeno depotenziare, le tutele che l'art. 32 Cost. e la legislazione sul SSN pongono a protezione dei malati cronici non autosufficienti, promuovendone lo scivolamento della tutela dall'ambito della salute a quello, assai meno protetto, dell'assistenza (si ricordi la sentenza n. 62 del 2020 della Corte costituzionale).

Misura-chiave della legge è, infatti, la creazione del *Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente* (SNAA), al quale i malati in parola dovrebbero afferire fuoriuscendo dal Servizio

sanitario nazionale (Ssn). Facile comprenderne le conseguenze, considerando che lo SNAA è costruito intorno:

- al mantra delle «risorse disponibili a legislazione vigente»;

- a fondi finanziari privi della solidità del Fondo sanitario nazionale (come dimostra l'esperienza delle Regioni che hanno istituito appositi fondi per la non autosufficienza, regolarmente incipienti rispetto al fabbisogno);

- a soggetti erogatori nei confronti dei quali non valgono le garanzie di qualità e i controlli propri degli enti del Ssn;

- a una presenza territoriale degli stessi enti largamente inadeguata e distribuita in modo disomogeneo;

- a procedure operative che mai potranno avere la solidità delle procedure sanitarie;

- a risorse umane e strumentali incomparabili con quelle del Ssn per qualità (sanitaria) e quantità;

- a una tutela giurisdizionale che non ha nulla a che vedere con la garanzia di un diritto pienamente esigibile come quello alla salute.

L'esito più probabile sarà quello di riservare al Ssn esclusivamente la fase acuta della malattia, scaricando le fasi successive sul SNAA, nei limiti delle risorse disponibili, superati i quali ai malati non rimarrà che rivolgersi agli operatori privati. Una privatizzazione di fatto della fase post-acuzie – su cui, non a caso, già si affacciano gli interessi delle assicurazioni – da cui potrà forse salvarsi solamente quel 4% di malati che rientra nei parametri dell'indigenza Isee.

Si tratta di un disegno radicalmente lesivo del dettato costituzionale, mentre l'urgenza è, al contrario, la piena attuazione dell'art. 32 Cost. a beneficio di tutti i malati, inclusi quelli cronici non autosufficienti.



Livelli Essenziali di Assistenza: “condizionati” o “incondizionati”

di Maria Luisa TEZZA*

Si sente spesso dire (e si legge anche) che il diritto alla salute (ma, in modo ancor più ampio, all'assistenza socio-sanitaria) è un *diritto condizionato*.

Ma *condizionato* da cosa? dalle scelte politiche (allocazione risorse)? dalla disponibilità delle risorse finanziarie? dall'equilibrio di bilancio? dai sistemi di gestione dei servizi socio-sanitari? (in Italia abbiamo 20 sistemi sanitari diversi)

Vi è davvero “*scarsità di risorse*” e, nello specifico, vi può essere nel settore socio-sanitario? Ciò giustifica una contrazione/riduzione della tutela della salute?

Le patologie di un anziano non autosufficiente che richiedono un concorso, urgente e necessario, di prestazioni sanitarie ed assistenziali, con preminenza delle prime, possono essere condizionate, nella risposta al bisogno? Per quale motivo e per quanto tempo una persona non autosufficiente deve attendere risposta dal SSN?

L'assistenza socio-sanitaria ad un disabile al 100% mediante erogazione delle prestazioni di volta in volta necessarie, può essere limitata, negata o procrastinata *sine die*? Per quali motivi: non ci sono strutture res. o semires., non ci sono risorse, non c'è personale adeguato (es. autismo...) ecc.?

Orbene, vedremo ora che i LEA non sono condizionati!

1. I LEA NON SONO CONDIZIONATI DALLA DISPONIBILITÀ DI POSTI (LISTE D'ATTESA O GRADUATORIE)

Per le prestazioni sanitarie a livello nazionale il Governo è intervenuto più volte: dapprima nel 2006 con il PNCTA - Piano

Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa; nel 2019 con PNGLA - Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa - che introduce l'obbligo per le Regioni di pubblicare, su siti specifici, i dati sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché dei ricoveri ospedalieri ordinari.

Ma per i ricoveri socio-sanitari in RSA? O per gli inserimenti in strutture diurne o residenziali per i disabili?

Che fare quando un familiare, che non può aspettare, è collocato in graduatoria o lista d'attesa?

La giurisprudenza riconosce, in maniera sempre più forte, l'obbligo a carico della P.A., a prescindere dalle risorse, di far fronte in concreto e nell'urgenza del caso, alla prestazione socio sanitaria, sia essa rivolta al disabile o all'anziano non autosufficiente.

Vi è un precedente molto importante: Cons. Stato sent. n. 1/2020, l'Azienda sanitaria giustificava il proprio diniego all'inserimento in una struttura semiresidenziale con la mancanza di risorse finanziarie (nei limiti dell'assegnazione regionale) e di disponibilità di posti.

Il Consiglio di Stato è stato molto chiaro: “*Non è sufficiente*” la dichiarazione di “*aver esaurito i posti ...*”; va dimostrata concretamente *l'inesistenza di fondi di bilancio a cui attingere e ciò anche per una forma di assistenza indiretta, presso Centri privati, mediante rimborso alla*

*Avvocato.
Foro di Venezia.

famiglia del costo necessario a consentire l'adeguato sostegno socio-educativo.

I compiti programmatori ed esecutivi che le norme regionali richiamate pongono a carico della azienda sanitaria possono ritenersi assolti diligentemente solo se sia stata se sia stata tempestivamente attivata ogni forma di aggiornamento informativo circa la necessità di ulteriori risorse affinché nel riparto annuale del Fondo la Giunta Regionale possa provvedere opportunamente ad integrazioni rese necessarie per le sopravvenienze.

In altri termini, non è sufficiente che la struttura organizzativa pubblica sia inadeguata a rispondere alle esigenze dell'utenza: l'Ente pubblico deve dimostrare che non vi sono alternative organizzative (anche indirette, in forma privata) e che si è, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie.

E' vero che è la Regione a ripartire le risorse al territorio, ma compete al territorio (ATS, Aulss ecc.) la tempestiva dichiarazione del numero degli utenti che necessitano di assistenza nel territorio servito, al fine di adeguare annualmente l'erogazione alle necessità dell'Azienda, compete a quest'ultima.

Va tempestivamente attivata ogni forma di aggiornamento informativo circa la necessità di ulteriori risorse affinché nel riparto annuale la Regione possa provvedere opportunamente ad integrazioni rese necessarie per le sopravvenienze.

L'affermazione secondo cui le posizioni delle persone disabili devono prevalere sulle esigenze di natura finanziaria, principio che la giurisprudenza ha affermato a proposito del diritto all'educazione e al sostegno scolastico dei disabili, coniando anche il concetto di "diritto al sostegno in deroga", (Corte Costituzionale n. 80 del 26 febbraio 2010; C.d.S., Sez. VI, n. 2624/2017; n. 2689/2017) deve trovare applicazione anche nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria al soggetto riconosciuto disabile al 100% mediante erogazione delle prestazioni di volta in volta necessarie.

La sentenza n. 80 del 2010 della Corte Costituzionale, dopo aver rimarcato che sussiste la discrezionalità del legislatore 'nella individuazione delle misure necessarie a tutela dei diritti delle persone disabili', ha osservato anche che tale discrezionalità del legislatore trova un limite nel 'rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati'.

Ritiene il Collegio che una volta individuate le necessità dei disabili tramite il Piano individualizzato, l'attuazione del dovere di rendere il servizio comporti l'attivazione dei poteri-doveri di elaborare tempestivamente le proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno e, comunque, l'attivazione di ogni possibile soluzione organizzativa.

Il Consiglio di Stato ha così condannato l'azienda sanitaria al risarcimento del danno per il diniego illegittimo, ritenendo che sussistono *i profili di colpa nella gestione dei poteri organizzativi per il reperimento delle risorse atte a dare adeguata assistenza al disabile ...*

2. I LEA NON SONO CONDIZIONATI DALLA SCARSITÀ DELLE RISORSE E DAI VINCOLI DI BILANCIO

Lo ha ribadito più volte la Corte Cost. nn. 62/2020; 72/2020; 91/2020; 61/2022; 233/2022; 132/2021; 166/2020; 36/2021: i LEA rappresentino degli "standard minimi", che devono essere assicurati uniformemente sul territorio nazionale per evitare che in alcune parti gli utenti possano lamentare un livello assistenziale inferiore in quantità e qualità rispetto a quello ritenuto basilare dallo Stato; le singole Regioni possono migliorare tali livelli di prestazione o anche intervenire con previsioni che non alterino in peius i livelli pre-stabiliti.

Nelle sentenze più recenti si sottolinea come la determinazione dei LEA sia di primaria importanza nella determinazione del diritto alla salute, e che proprio per questo sia necessaria la massima attenzione affinché nell'alveo dei LEA non ricada-

no altre prestazioni, pur connesse in senso più ampio al diritto alla salute.

Corte Cost. 62/2020: *un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei parametri costituzionali a tutela della salute.*

La piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'indefettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute.

Spetta al legislatore statale la competenza a definire i LEA per assicurare eguali prestazioni di base sul territorio nazionale, senza possibilità di limitazioni da parte del legislatore regionale; anche la determinazione della ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il SSN e gli assistiti – es. 50%-50%- (così come eventuali casi di esenzione per determinate categorie di soggetti) spetta esclusivamente allo Stato.

3. I LEA NON SONO CONDIZIONATI DALLA CONVENZIONE O DALLA PREVIA UVMD

Se vi è una situazione di urgenza per far fronte alle cure, è irrilevante che la struttura sia convenzionata con il SSN o che non vi sia una previa Unità di Valutazione. Cass. n. 20128 del 13.07.2023 (Cass. n. 2444/2001): una casa di cura per anziani privata, non convenzionata con il SSN, accetta il ricovero di un malato in situazione di urgenza e poi chiede all'ASL l'UVMD. Non riceve risposta, emette fattura e ingiunge a ASL il pagamento.

La Cassazione riconosce via libera al ricovero, se vi sono necessità ed urgenza (che non consentono di attendere UVMD) che comportano per l'assistito pericoli di vita o di aggravamento della malattia o di non adeguata guarigione, evitabili soltanto con cure tempestive non ottenibili dalla struttura pubblica.

La relativa spesa deve essere a carico dello Stato, che perciò deve provvedere al conseguente rimborso, ma in favore del cittadino e non della struttura sanitaria: *“ove la*

cura sia necessaria ed urgente, essa è a carico del sistema pubblico, e non rileva che sia stata effettuata in una struttura convenzionata o meno con il SSN, nè rileva che sia stata autorizzata dalla ASL secondo una qualche procedura (UVMD-UVG). “E” rimborsabile in quanto, se non lo fosse, il relativo onere sarebbe a carico del paziente e se costui non avesse le risorse, la salute sarebbe compromessa”.

E' il cittadino ad avere diritto al rimborso di una cura che, comunque effettuata (in convenzionamento o meno, con o senza



preventiva autorizzazione), essendo per la sua salute necessaria, va a lui rimborsata e non alla struttura in cui è praticata.

4. I LEA NON SONO CONDIZIONATI DA UN CONTRATTO DI RICOVERO

La Cassazione è granitica nel ritenere che (Cass. n. 13714/2023 del 18.05.2023, n. 2038 del 24.01.2023, n. 25660/2023 del 04.09.2023, cfr. n. 4558/2012, 22776/2016, 16409/2021, 16410/2021, 19303/2021, 19305/2021) nel caso di prestazioni sanitarie connesse in modo inscindibile con quelle assistenziali, nessun contributo può essere posto in via contrattuale a carico del paziente.

Cass. n. 13714/2023: il caso riguardava una anziana affetta, sin dal ricovero, da *«demenza senile in morbo di Alzheimer, atrofia cerebrale, cardiopatia fibrillante, stenosi della valvola aortica, ipertensione arteriosa, pan-vasculopatia, poli artrosi, osteoporosi, esiti di protesi di anca destra, incontinenza urinaria, diverticolosi»* per

effetto delle quali necessitava di un piano terapeutico di elevata integrazione (in stretta ed inscindibile correlazione) necessario per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure.

La Cassazione ha confermato che l'intera prestazione è *ex lege in toto* a carico del SSN.

Il contratto di ricovero è nullo per assenza di causa e/o oggetto.

In conclusione, cosa può fare l'anziano od il disabile che non è in condizioni di poter

essere curato a casa?

- chiedere di avere copia della graduatoria in cui è stato inserito;

- chiedere (istanza di accesso) di poter avere il provvedimento amministrativo con i criteri utilizzati per la formazione della graduatoria;

- impugnare la graduatoria avanti al TAR;

- chiedere, se indifferibile (caratteristica da comprovare con adeguata relazione medica), l'immediato ricovero ed, in caso di riscontro negativo, agire in via giudiziaria.



La questione della retta nelle RSA e il sistema di finanziamento della quota sanitaria adottato in Regione Lombardia

di Luigi LIA*

Il sistema di finanziamento delle RSA, adottato dalla Regione Lombardia da almeno una ventina d'anni, presenta alcuni aspetti critici, che si traducono, a mio sommerso parere, in una violazione di fatto del diritto alla salute come diritto universale, che deve essere garantito, secondo l'art.32 della Costituzione e i principi della legge 833/1978, da un Servizio sanitario pubblico, alimentato dalla fiscalità generale progressiva, in condizioni di eguaglianza sostanziale nell'accesso alle prestazioni, senza discriminazioni determinate dalle capacità economiche dei pazienti e dalla tipologia e durata delle malattie.

Non conosco i sistemi di finanziamento adottati da tutte le altre Regioni: questo Convegno di rilevanza nazionale può tuttavia essere utile per stimolare un confronto, finalizzato a comprendere:

1) se in altre Regioni il criterio di finanziamento delle RSA adottato è rispettoso di quanto previsto dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza, in base alla quale la quota sanitaria a carico del Fondo sanitario nazionale (regionale) deve (dovrebbe) corrispondere al 50% della retta totale, ossia della tariffa giornaliera, o costo pro capite, applicata dalla RSA;

2) se il sistema di finanziamento sia comunque idoneo a garantire ricoveri in RSA a costi/rette sostenibili per i pazienti ed omogenei sul territorio.

Il riferimento normativo nazionale è costituito dall'articolo 30 del DPCM (Decreto

del Presidente del Consiglio dei Ministri) sull'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del 12 gennaio 2017: la norma stabilisce che i trattamenti di lungo assistenza, presso strutture residenziali rivolti a persone non autosufficienti, sono a carico del Servizio sanitario nazionale (da intendersi come Servizi sanitari regionali territorialmente competenti) per una quota pari al 50% della "tariffa giornaliera".

Occorre ricordare che anche il precedente DPCM 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" (peraltro ancora in vigore poiché non espressamente abilito dalla normativa successiva), stabiliva, e stabilisce, nella tabella di ripartizione della spesa tra SSN, Comuni e utenti, con riferimento ai ricoveri in RSA, che la quota a carico del Servizio sanitario corrisponde al 50% del "costo complessivo delle prestazioni".

Pertanto, l'espressione "tariffa giornaliera" è (o quanto meno dovrebbe essere) sufficientemente chiara ed univoca, ossia da intendersi come tariffa giornaliera pro capite, applicata dalla singola RSA, pubblica, o privata accreditata, convenzionata con il SSR di riferimento.

In Lombardia, le RSA, che ricevono la quota sanitaria a carico del Fondo sanitario pubblico, ossia della fiscalità generale, hanno un contratto con l'ATS (Agenzia di Tutela della Salute, ex ASL) territorialmen-

*Avvocato.
Foro di Monza.

te competente. Queste precisazioni intendono sottolineare un aspetto fondamentale: **per quanto la natura giuridica di molte RSA in Lombardia sia privata, nel momento in cui esse sono accreditate e convenzionate con il Servizio sanitario regionale, devono (dovrebbero) operare, secondo quanto previsto anche dal Decreto legislativo 229/1999 (riforma Bindi) come strutture del servizio pubblico (in quanto finanziate dall'erario), con la finalità di integrare le loro prestazioni con tutta la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, all'interno di una programmazione pubblica dell'offerta sanitaria basata sui bisogni della popolazione** (previa analisi epidemiologica adeguata).

Purtroppo in Lombardia i processi di privatizzazione avviati a far tempo dal 1997 (Legge Formigoni), e proseguiti in questi 25 anni con l'ulteriore conferma della Legge Moratti del 2021, hanno di fatto ridimensionato il ruolo della programmazione pubblica del servizio sanitario, con ricadute negative anche sui servizi per le persone non autosufficienti, di cui il sistema di finanziamento delle RSA costituisce un caso emblematico.

L'interpretazione della norma LEA richiamata non dovrebbe consentire alle singole Regioni di fare riferimento a criteri di finanziamento delle RSA diversi dal parametro del rimborso del 50% della tariffa giornaliera, a meno che non si tratti di criteri contenenti deroghe migliorative a favore degli utenti, e ciò nel rispetto del principio stabilito dall'art. 117, lettera m, della Costituzione, per il quale compete alla potestà legislativa (e regolamentare) esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Per comprendere la delicatezza e l'importanza della materia in oggetto, occorre precisare che la quota restante, del costo giornaliero pro capite del paziente ricoverato presso RSA, costituisce la cosiddetta retta, ed è posta dall'ordinamento giuridico, sempre in base ai richiamati parametri LEA, a carico dell'utente e/o del Comune

di residenza, che, nel caso di bisogno degli utenti economicamente più deboli, deve coprire una parte della quota non sanitaria (ossia della retta) sulla base della valutazione dell'ISEE socio sanitario residenziale del singolo utente, in applicazione dei criteri previsti dal DPCM 5 dicembre 2013, n. 159.

Domanda: la Regione Lombardia garantisce un sistema di finanziamento pubblico delle RSA accreditate e convenzionate rispettoso di questo parametro LEA ed adeguato a garantire un diritto fondamentale di rilevanza costituzionale come il diritto alla salute?

L'interrogativo si collega ad alcuni temi ben illustrati dai due precedenti relatori (Prof. Pallante e Avv. Tezza): la Corte costituzionale con sentenza numero 275 del 2016, per salvaguardare il diritto di una persona disabile al trasposto scolastico (pregiudicato dal fatto che la Regione territorialmente competente aveva tagliato il servizio perché non in grado di farvi fronte col proprio bilancio) ha stabilito il principio in virtù del quale è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio; ossia l'equilibrio di bilancio (previsto dal revisionato articolo 81 della Costituzione) non può pregiudicare la doverosa erogazione dei servizi e delle prestazioni funzionali ad assicurare la tutela concreta dei diritti stessi. In un'altra importante sentenza (62 del 2020) la Corte costituzionale ha stabilito che le prestazioni socio-sanitarie definite nei Lea sono diritti esigibili e non possono essere condizionate/negate per una eventuale dichiarata carenza di risorse. Infatti, il problema non è la limitatezza delle risorse (innegabile e scontata), quanto piuttosto la decisione politica sull'allocazione delle stesse: le risorse disponibili sono certo suscettibili di diversa ripartizione, ma le scelte politiche adottate con le leggi finanziarie devono/dovrebbero essere rispettose della fonte giuridica superiore, ossia delle norme costituzionali.

La Regione Lombardia ha interpretato la normativa ministeriale sui LEA, evidenziando che la percentuale del 50% a carico del SSR non si applica sull'importo della retta del singolo ospite, ma si appli-

ca in relazione ai costi medi dei servizi in possesso degli standard regionali.

Tuttavia, la DGR della Lombardia numero 3676 del 2015 fa riferimento ad un costo medio pro capite delle RSA accreditate di euro 83,48 al giorno, come parametro di base per calcolare le quote di intervento a carico del Servizio Sanitario Regionale. Tale dato, però, non corrisponde a quanto documentato in uno studio della CISL Lombardia pubblicato nel mese di maggio 2018, dove risulta diversamente la superiore cifra di un costo medio giornaliero presso le RSA accreditate sul territorio regionale, pari ad euro 103,9: questa differenza rivela un insufficiente rimborso da parte del Fondo Sanitario Regionale della Lombardia rispetto a quanto prevede la normativa nazionale sui LEA.

Più in particolare, la quota sanitaria che la Regione Lombardia ha previsto essere a carico del Servizio sanitario regionale fino al 2020 (emergenza Covid) è stata pari ad una quota fissa di euro 49 al giorno, con riferimento ai pazienti più gravi ricoverati presso RSA (euro 52 per i malati di Alzheimer), in base alla previsione stabilita dall'allegato 13 alla DGR della Lombardia numero 937/2010.

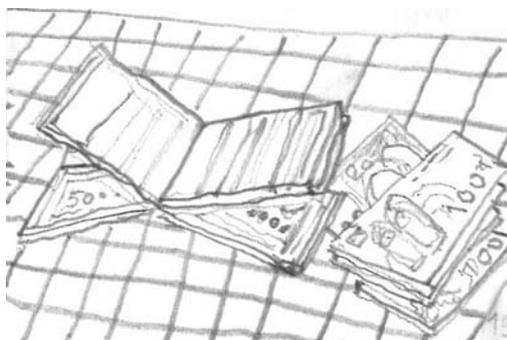
Infatti, a far tempo dell'emanazione delle DGR numero 12618 e 12904 del 2003, la Regione ha adottato un proprio sistema di classificazione dei pazienti ricoverati presso RSA (e conseguentemente un proprio peculiare sistema di rimborso della quota sanitaria dei costi di ricovero), che tuttavia non ha portato secondo le analisi della Cisl a rispettare il parametro LEA del 50% della tariffa giornaliera/ costo pro capite del ricoverato.

Tale sistema, definito con l'acronimo Sosia (Schema di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) si caratterizza non già come un rimborso da parte del FSR (Fondo Sanitario Regionale) della Lombardia alla singola RSA accreditata del 50% del costo di ricovero effettivo pro capite, ma come un sistema di rimborso, che avviene secondo quote prestabilite a seconda del livello di fragilità con il quale è classificato il ricoverato.

Il sistema Sosia, originario del 2003, preve-

deva 8 diversi livelli, che dal 2010 con la DGR 937 sono diventati 3, ossia il primo livello, quello legato alle situazioni di maggior fragilità (là dove è richiesta più assistenza), qualificato come classe tariffaria A (in cui confluiscono le vecchie classi sosia 1 e 2), pari ad euro 49 giornaliero; la classe B (che accorpa le ex classi sosia 3,4,5,6) pari ad euro 39, la classe C (che accorpa le ex classi sosia 7 e 8), pari ad euro 29.

A seguito degli adeguamenti tariffari adottati negli ultimi 3 anni da Regione Lombardia con apposite DGR (3782/2020,



5340/2021/ 6991/2022), la quota sanitaria forfettaria pagata dal fondo sanitario regionale alle RSA è così parametrata a livello di rimborso giornaliero: euro 56,70 per i malati di Alzheimer, euro 53,40 per le classi Sosia 1 e 2 (i malati cronici non autosufficienti più gravi), euro 42,50 per le classi Sosia 3,4,5,6; euro 31,60 per le classi Sosia 7,8.

Tuttavia, secondo quanto riportato in un articolo dello scorso anno pubblicato da Lombardia Sociale, detti aumenti non sono stati esplicitamente finalizzati dalle DGR regionali ad una migliore remunerazione del fattore lavoro piuttosto che a sgravi per l'utenza, né tanto meno all'obiettivo di rispettare il parametro di finanziamento pubblico previsto dai LEA.

Pertanto, nonostante i recenti aggiornamenti tariffari, continua a non esistere la garanzia che Regione Lombardia paghi quanto dovrebbe per assicurare la copertura del 50% della spesa previsto dai LEA, con la grave conseguenza per la quale gli

eventuali costi di produzione non coperti continuano a ricadere sui pazienti ricoverati in RSA, e sui rispettivi nuclei familiari, per i quali le rette sono sempre più insostenibili.

Basti pensare che le rette pagate da famiglie e utenti di RSA sono costantemente aumentate negli ultimi anni, senza adeguati controlli ovvero senza adeguata, perché mancante, programmazione pubblica: infatti, ad esempio, nel 2016 la retta media delle RSA Lombarde era pari ad euro 64,55 giornaliera (euro 2000 circa al mese) e nel 2021 (non conosco il dato attuale riferito al 2023) pari ad euro 72,31 giornaliera (euro 2.200 circa al mese). Si noti che parliamo di stime medie: se consideriamo altri dati, risultano altresì forti divari territoriali, ad esempio 84,60 euro per le RSA di ATS Milano (euro 2600 al mese circa) e 59,58 euro (euro 1800 al mese circa) per le RSA di ATS Brescia.

Da questi dati si può supporre con ogni probabilità che la retta delle RSA della Lombardia a carico degli utenti è tendenzialmente più alta che in altre Regioni.

Non solo: l'importo della retta viene deciso in totale autonomia dagli enti gestori delle strutture, in mancanza di una cabina di regia a livello regionale, ossia di una programmazione pubblica in un settore importantissimo del servizio sanitario nazionale.

Questo non dovrebbe accadere, perché la fattispecie in esame non rientra nell'ambito di un mercato concorrenziale privatistico, ma riguarda strutture che operano all'interno di un servizio sanitario pubblico regionale, le quali, pertanto, dovrebbero obbedire ad una programmazione e ad un controllo pubblico finalizzati a garantire : 1) una eguale qualità delle prestazioni a costi omogenei (e non così differenziati tra RSA o tra RSA operanti in diversi ambiti territoriali); 2) un contenimento dei costi a carico dei pazienti.

A tale riguardo dubbia è la legittimità dei contratti di ingresso che le RSA fanno sottoscrivere: alcuni di essi prevedono che la RSA possa aumentare l'importo delle rette anche sulla base delle dichiarate maggiori prestazioni da fornire al paziente.

In Lombardia, le rette sono pertanto molto difformi e variano secondo i territori: pertanto, a parità di condizioni economiche, per una persona malata non autosufficiente l'effettiva accessibilità al servizio e la sostenibilità dei suoi oneri sono condizionate dal luogo di residenza, in violazione del principio di eguaglianza.

Le conseguenze più note consistono nella rinuncia ad un posto in RSA perché non si è in grado di sopportarne il costo e nel possibile impoverimento delle persone gravemente malate e delle loro famiglie per affrontare le rette, con conseguente violazione dell'articolo 32 della Costituzione. Infatti l'espressione per la quale "*La Repubblica... garantisce cure gratuite agli indigenti*" deve essere interpretata, secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale (sentenze 185/1998 e n. 309/1999), nel senso che il decisore politico, nell'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative, ha il compito di attuare un servizio sanitario pubblico universale ed egualitario sul piano sociale, al fine di prevenire il fenomeno dell'indigenza sanitaria, ossia l'impoverimento delle persone causato dal pagamento delle spese necessarie per la cura delle malattie, o la rinuncia alle cure per la mancanza di mezzi economici; se ciò avviene significa che vi è una non adeguata copertura dei servizi e delle prestazioni da parte del fondo sanitario alimentato dalla fiscalità generale.

Inoltre un sistema di finanziamento inadeguato (perché sottodimensionato) e non finalizzato ai bisogni effettivi dei pazienti comporta ulteriori criticità sul piano della qualità delle prestazioni, anche sotto il profilo della crisi e della carenza di personale, con ulteriori violazioni al diritto alla salute, poiché spesso accade che vengano tagliate o ridotte prestazioni importanti per la cura dei pazienti: nella mia esperienza professionale ricordo vertenze contro gli enti del servizio sanitario regionale per ottenere o per mantenere livelli adeguati di trattamenti riabilitativi, di terapia occupazionale, di logopedia, a tutela di persone con malattie molto gravi ed invalidanti.

Infine, vi è un'ulteriore grave conseguenza: accade spesso che il familiare cerchi la

RSA più economica e non quella che è in grado di assicurare adeguati standard di personale sanitario sulla base delle esigenze del malato non autosufficiente.

Per completare il quadro occorre precisare che i Comuni sono tenuti, nel caso in cui il malato non disponga dei mezzi economici necessari per far fronte alla retta alberghiera di ricovero in RSA – e se ne viene fatta richiesta –, ad integrare la retta alberghiera secondo quanto previsto dalle vigenti norme sull'ISEE (DPCM 159/2013). Tuttavia, in molti casi, le disposizioni comunali (stabilite in regolamenti, delibere, etc.) non sono state aggiornate con la normativa contenuta nel predetto Decreto, ovvero contemplano misure più stringenti, rispetto a quanto previsto dalla norma nazionale, per l'ottenimento della prestazione.

Non solo: alla luce di quanto sinora illustrato, i Comuni lombardi potrebbero promuovere vertenze contro la Regione Lombardia, ovvero richiedere apposito parere preventivo alla Corte dei Conti, al fine di far valere, se del caso anche in sede giurisdizionale, il mancato rispetto della normativa nazionale LEA, che costringe da anni le Amministrazioni comunali ad integrare costi che dovrebbero essere coperti dal Servizio sanitario regionale, con conseguente improprio utilizzo delle proprie risorse pubbliche.

Purtroppo ad oggi non vi è stata alcuna iniziativa in tal senso. Di fatto la scelta operata da molti Comuni lombardi è quella di scaricare il problema sui malati e i loro nuclei familiari. Infatti, da qualche anno in qua, molti regolamenti comunali prevedono soglie di accesso ISEE piuttosto basse (euro 16.000 annui), al di sopra delle quali non intervengono per contribuire al pagamento delle rette presso le RSA.

Tuttavia questo sistema non sembra essere legittimo, poiché una corretta applicazione della normativa ISEE (anch'essa facente parte della disciplina livelli essenziali di assistenza) dovrebbe tradursi in regola-

menti comunali calibrati in modo tale da prevedere degli interventi di sostegno commisurati e proporzionati nella loro entità alla situazione economica della persona interessata, in relazione al costo della retta applicata dalla RSA, sopportata mensilmente ed annualmente, allo scopo di rendere sempre sostenibili costi altrimenti insostenibili. La conseguenza pratica di queste soglie di accesso ISEE comunali è che molti nuclei familiari in condizioni economiche medio basse non sono in grado di sostenere il costo delle rette, o quanto meno di sostenerlo nel periodo medio lungo.

Che fare? Il quadro è preoccupante. Come giuristi, sensibili al problema, possiamo continuare, insieme alle Associazioni, a condurre le nostre cause per tutelare i diritti delle persone. Ma certo non è sufficiente. Sono importanti momenti pubblici di riflessione come quello di oggi per creare una coscienza critica più diffusa e consapevole nelle persone.

Mi auguro anche che gli attori politici e istituzionali presenti oggi possano trarre spunto da quanto denunciato per condurre iniziative coerenti in vista di un obiettivo che non dobbiamo, a mio sommo parere, mai perdere di vista. Ossia: per tutelare il diritto alla salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività, alla luce di quanto stabilisce la nostra Costituzione, bisognerebbe sempre difendere e promuovere l'idea ispiratrice del Servizio sanitario pubblico, istituito, dopo anni di lotte politiche e sociali, con la legge 833 del 1978, ed oggetto in questi ultimi trent'anni di continui attacchi. L'idea è che con il versamento delle tasse, secondo il principio costituzionale di progressività, abbiamo il diritto, insieme agli altri consociati, di ricevere le prestazioni sanitarie, di cui abbiamo bisogno, senza subire discriminazioni in base all'età, alla tipologia, gravità e durata della malattia, o in base alle condizioni sociali ed economiche personali.



L'organizzazione attuale delle RSA: principali criticità, il DM 77, il PNRR, la legge 33/2023 e la nuova organizzazione territoriale degli anziani

di Luca DEGANI*

Con la Legge 23 Marzo 2023, n. 33 denominata *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*, in attuazione di quanto previsto dal PNRR, si demanda al Governo l'adozione di decreti attuativi - entro il 31 gennaio 2024 – per la definizione di un nuovo welfare a favore delle persone anziane non autosufficienti (NA). Una ristrutturazione sanitaria uniforme volta a contrastare i fenomeni di solitudine sociale e la deprivazione relazionale delle persone anziane, mediante politiche di prevenzione della fragilità, di promozione dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale.

Tra le previsioni della Legge vi sono:

- la definizione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), come modalità organizzativa permanente per il governo unitario, la programmazione integrata e la realizzazione congiunta, tra Stato, Regioni e Comuni, di tutte le misure e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente;
- l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e l'integrazione con i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria (LEA), inseriti all'interno dei progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI), che si attivano accedendo ai punti unici di accesso (PAI) di pertinenza degli ambiti

territoriali sociali (ATS);

- lo sviluppo omogeneo degli ATS e la loro integrazione funzionale con i Distretti sanitari;
- istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA);
- la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente;
- prestazione universale graduata sul bisogno assistenziale, sotto forma di servizi o erogazioni monetarie, su richiesta del beneficiario.

Interventi finalizzati all'attuazione delle Missioni 5, componente 2, e della Missione 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). La L. n.33/2023 investe sulla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, la quale dovrà necessariamente confrontarsi con le normative ad oggi in essere. In primis con il *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* (DM 77/22), il quale ha fornito standard da seguire per il nuovo assetto istituzionale ed organizzativo dell'assistenza territoriale, nuovi modelli assistenziali (es. le Case di Comunità) e strumenti per il riordino della sanità, rappresentante parte del tessuto normativo ad oggi previsto a favore dei non autosuf-

*Presidente
UNEBA
Lombardia.

ficienti. Tra le principali novità del nuovo sistema: il servizio domiciliare.

È noto che per l'ADI delle ASL, il PNRR e il DM 77 prescrivono il raddoppio degli attuali 800.000 utenti annuali e il PNRR stanziava per il servizio di assistenza domiciliare quasi 3 miliardi, da spendere entro il 2026, pena la loro perdita - un obiettivo che presenta alcune difficoltà, tra queste la carenza di personale nelle strutture ospedaliere che rende impraticabile garantire un servizio extra-ospedaliero, anche mediante la nuova figura prevista dalla riforma: l'infermiere di famiglia.

Un'opzione sarebbe quella di integrare i servizi delle strutture pubbliche, con l'operato degli enti del Terzo Settore e delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) che forniscono non solo servizi residenziali ma sempre più spesso anche prestazioni domiciliari alle persone anziane. I servizi erogati dal Terzo Settore saranno, infatti, parte integrante di questa ristrutturazione, sia nell'assistenza degli anziani non autosufficienti sia nella promozione dell'impegno degli anziani in attività di utilità sociale. Inevitabilmente si auspica ad attribuire un ruolo di maggior

rilievo agli enti privati accreditati, mediante anche piani di finanziamento che li coinvolgano, fermo che il PNRR abbiamo visto destinare i propri finanziamenti principalmente alla ristrutturazione di vecchie strutture che verranno trasformate nelle cosiddette "Case" e "Ospedali" di comunità e che però rischiano di essere molto costosi ed inefficaci, dimenticando quasi il ruolo delle Rsa, protagoniste dell'aiuto e dell'assistenza a favore degli anziani. Un'ottima opportunità sarebbe quella di investire nel Terzo Settore, potenziare le Rsa in prima linea per l'assistenza a lungo termine degli anziani, anche al fine di agevolare le finanze pubbliche e potenziare i sistemi di assistenza domiciliare. Un sistema opportuno, anche alla luce della L. 5 agosto 2022, n.18 che stabilisce le regole per il rilascio di nuovi accreditamenti per le strutture private e per le verifiche per la selezione dei soggetti in relazione alla stipula degli accordi contrattuali con il SSN, attraverso procedure eque, trasparenti e non discriminatorie. Tutti iter che incideranno su quella che sarà la posizione dell'anziano, indirettamente coinvolto.

Note

Le norme citate sono le seguenti :

Legge 23 Marzo 2023, n. 33

– *Integrazione dei servizi sanitari, sociali ed assistenziali: l'assistenza domiciliare e territoriale.*

DM 77/2022

– *La riorganizzazione della sanità territoriale - M5 – M6 del PNRR.*

Personne malate croniche e con disabilità non autosufficienti di qualsiasi età

Esigenze di cura e diritto alla salute

di Elena BRUGNONE*

Perugia, estate 2023

Sono la figlia di una persona, ora 87enne, malata di Alzheimer da 6 anni. Non sono più nessuno.

Sono una caregiver che ricopre anche il ruolo di badante nei giorni e ore di riposo di quest'ultima.

Non posso più lavorare, uscire, ridere, vivere con il mio compagno.

Non posso più abitare a casa mia, lontana, perchè le badanti, quando si ha la fortuna di trovarle, vanno badate a causa della loro enorme incompetenza e inaffidabilità.

Non ho alcuna speranza di migliorare la mia vita se con la morte di mia madre, ammesso che non muoia prima io.

Tante cose fanno male: la fatica di questo pseudo-vivere, la tristezza di questa infinita elaborazione del lutto a causa di pezzi di vita di mia madre che si sbriciolano giorno dopo giorno, il mio essermi incattivita per aver perso fiducia negli altri e soprattutto nello stato.

Avevo fatto un patto sociale con lui: io pago le tasse sempre e tutte, tu mi aiuti se ne ho bisogno.

E, la prima volta che io e mia madre ne abbiamo avuto bisogno per malattia grave, lo stato è assolutamente assente, se non per manifestarsi con una frase di un'assistente sociale che mi ha detto che è inutile fare la domanda per una RSA perchè a casa di mamma c'è una stanza per una badante!

Non mi dilungo perchè mi faccio troppo male a scrivere di ciò.

Mi dico anche che sono fortunata perchè mia madre non ha ancora nè decubito nè sondino, nè cateteri, è calma (non parla neppure più) e non ci sveglia la notte (anche se lei non dorme).

Ma tutto il male ulteriore arriverà... ma io (e forse lo spero) non ci sarò.

Di seguito le attività di un giorno ordinario, senza emergenze:

07:30 preparazione colazione e stanza bagno

08:15 sollevatore per alzare mamma

08:30 doccia completa, crème, abbigliamento

09:30 misurazione valori e somministrazione farmaci

09:45 colazione imboccandola

10:15 pulizie casa

11:00 toilettes + insulina + massaggi anti-decubito

11:30 preparazione pranzo

12:30 pranzo imboccandola

13:30 toilettes + massaggi anti-decubito

14:00 pulizia cucina

16:00 toilettes + massaggi anti-decubito

16:30 merenda imboccandola

17:00 attività di stimolo mentale e fisico

18:00 toilettes + massaggi anti-decubito

18:30 preparazione cena

19:00 cena imboccandola

20:00 toilettes + massaggi anti-decubito

21:00 pulizia cucina

22:00 toilettes + massaggi anti-decubito

22:30 sollevatore e letto

La preparazione dei pasti richiede tempo e attenzione particolare a causa della disfagia: tutto cremoso, acqua addensata e somministrazione molto lenta.

*Presidente dell'Associazione Umana OdV con sede a Perugia .

Quanto sopra non include molte attività: la spesa alimentare, la farmacia, la burocrazia medica e fiscale, la gestione della casa, la relazione con il dottore e gli specialisti, la gestione economica, il rinnovo dei vari piani terapeutici, 2/3 controlli notturni per coprirli e movimentarla, il lavaggio settimanale dei capelli, gli acquisti per la casa e per l'abbigliamento... Bisogna essere sempre in 2!

Non cito neppure la fatica di portarla a fare una visita: il mio stato traditore non prevede visite specialistiche domiciliari pur avendo certificato un'invalidità al 100%.

Nessun tipo di supporto esterno mi è stato concesso, nonostante io abbia richiesto più volte e a più soggetti pubblici di avere qualcuno che mi insegnasse a movimentarla, pulirla, prepararle i pasti. Ho imparato, e ho insegnato alla badante, grazie ai tutorial in rete.

E sempre più ho la convinzione che a tutto ciò c'è una sola soluzione...

La testimonianza che avete ascoltato è di Sonia, figlia caregiver di un'anziana ottantaseienne malata di Alzheimer che abita in Umbria. Fino a sei anni fa Sonia viveva e lavorava proprio a Milano; ha lasciato il suo lavoro, la sua casa e la sua vita in Lombardia per trasferirsi definitivamente in Umbria e prendersi cura della mamma diventata non autosufficiente a causa della malattia.

La testimonianza di Sonia è uno degli esempi concreti portati all'attenzione dei decisori politici insieme ad altre testimonianze di familiari che abbiamo presentato all'incontro pubblico tenutosi a Perugia il 6 novembre scorso "Persone malate croniche e con disabilità non autosufficienti di qualsiasi età - Esigenze di cura e diritto alla salute" promosso dall'Associazione Umana, dalla rete associativa umbra ADNA (Alleanza per i diritti delle persone non autosufficienti) e dal CDSA.

Ho scelto di riproporla in questa occasione per i numerosi spunti di riflessione che offre sul perché e come è necessario e doveroso che il Servizio Sanitario

Nazionale (SSN) assicuri un'adeguata presa in carico per la continuità delle cure tenendo conto delle esigenze individuali, nel rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione e da attuare in base alla legge istitutiva n.833/1978 del SSN e alla normativa LEA a tutela di ogni persona malata non autosufficiente, nessuna esclusa.

Cinque brevi considerazioni:

1. le esigenze di cura e tutela che accomunano queste persone sono indifferibili per la salute e la vita: persone malate totalmente dipendenti dall'aiuto di altri per le fondamentali funzioni quotidiane vitali.

2. Proprio queste esigenze fanno sorgere la necessità e la doverosità dell'intervento del SSN competente e di un'adeguata organizzazione sanitaria con servizi, strutture, personale e prestazioni perché siano garantite cure, aiuto tutelare e presenza attiva ogni giorno sulle 24 ore. Per le prestazioni sanitarie domiciliari la normativa LEA dovrebbe prevedere un'assistenza domiciliare integrata (ADI) potenziata, che includa anche un contributo economico dell'ASL, analogamente a quanto previsto dalla legge per il contributo a carico della Sanità in caso di ricovero convenzionato. La testimonianza di Sonia che descrive il suo impegno continuo, costante, regolare e la fatica quotidiana per accudire la madre malata non autosufficiente, fa molto riflettere sui pesanti oneri e responsabilità che molti familiari caregiver si assumono ogni giorno sulle 24 ore, per 365 giorni all'anno.

3. Spesso proprio il diritto alle cure socio-sanitarie di lunga durata di questi malati rimane sulla carta della legge, quindi negato, e questo causa maggiori sofferenze, anche in danno dei familiari caregiver, che sono in maggioranza donne costrette a sostenere pesanti costi psico-fisici ed economici per sopperire a gravi carenze o mancanze del Servizio sanitario.

4. In base all'esperienza delle nostre asso-

ciazioni di volontariato impegnate per la tutela dei casi individuali di malati non autosufficienti, è dimostrato che la legge aiuta e funziona per la difesa del diritto alle cure quando viene fatta valere correttamente. Un esempio emblematico è rappresentato dall'invio agli organi pubblici competenti della lettera di opposizione alle dimissioni ospedaliere con richiesta di continuità terapeutica, che permette al malato non autosufficiente in dimissione da ospedale, o da altra struttura sanitaria, di ottenere il ricovero convenzionato di cui ha bisogno e a cui ha diritto. Vorremmo che lo stesso diritto, attuato per il singolo malato difeso con l'anzidetta azione di tutela, venisse considerato dai decisori politici anche in sede di pro-

grammazione/riorganizzazione sanitaria e sociosanitaria, per garantire una corretta e adeguata attuazione del diritto alle cure di lunga durata (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) previsto dai LEA in base al reale fabbisogno di tutti i malati cronici non autosufficienti; senza più liste di attesa, senza più false notizie che creano disinformazione e favoriscono il verificarsi di situazioni di abbandono.

5. È importante la mobilitazione civile facendo rete tra associazioni per ottenere dalle Istituzioni pubbliche competenti – a livello nazionale e regionale - i provvedimenti necessari a tutela delle persone malate croniche non autosufficienti che rimangono escluse ed emarginate.



La privatizzazione delle RSA: quali obiettivi di cura?

di Aldo GAZZETTI*

PRIVATIZZAZIONE

In Europa la crisi del Covid-19 ha riaperto il dibattito sull'efficienza e sulla qualità del settore delle case di cura a lungo termine, in quasi tutti gli Stati fortemente privatizzato.

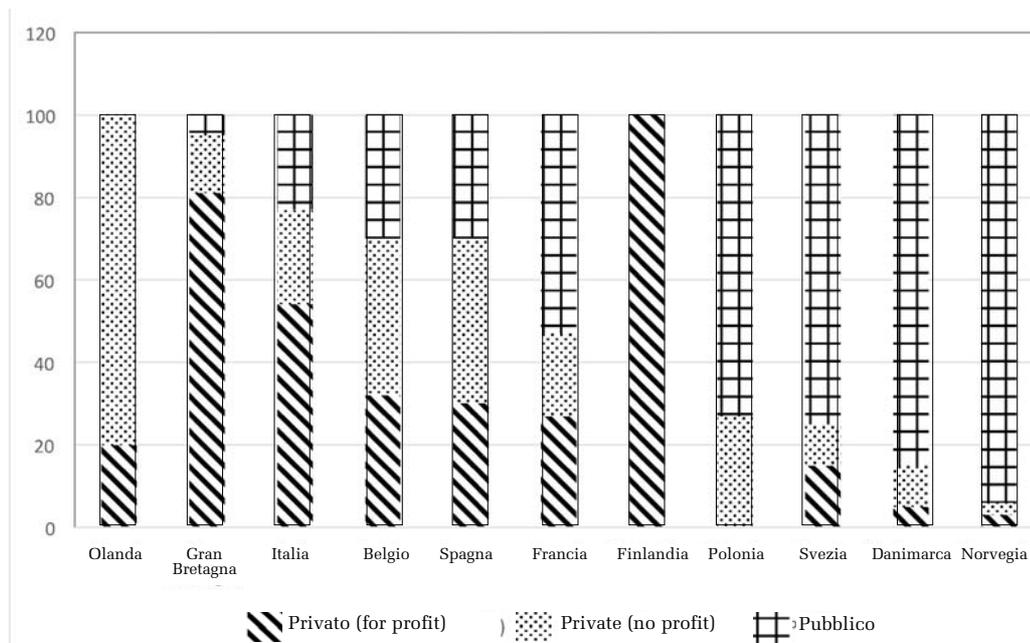
A sua volta il settore privato viene distinto tra profit e non profit. Nei vari paesi la proporzione tra questi tipi di proprietà e controllo è differente e si passa tra la realtà della Norvegia, quasi interamente con offerta pubblica a quella dell'Inghilterra quasi completamente privata profit. Mentre in Olanda si evidenzia una stragrande maggioranza dei servizi offerti delle istituzioni no-profit.

Estendendo i concetti dell'economia classica (e del neoliberalismo) è ormai diffusa la

convincione che la privatizzazione porti: a una maggiore efficienza economica, a migliorare la qualità dei prodotti e dei servizi, a generare meno rifiuti e a migliorare le scelte dei clienti e dei pazienti. Questi presunti effetti positivi della privatizzazione sono attribuiti al fatto che, quando operano sui mercati liberi, si presuppone che gli attori economici allochino le risorse scarse (più) razionalmente e in un modo più ottimale di quanto si possa ottenere in un ambiente pubblico. (1)

Questi concetti è indubbio che abbiano ispirato le politiche in Europa e dell'Europa. E' evidente la pressione che l'UE ha esercitato su molti dei suoi Stati membri affinché si orientassero verso la privatizzazione e la

Figura 1 . Distribuzione percentuale della proprietà delle case di cura negli Stati dell'Unione Europea anno 2020



Fonte : European Healthcare Elderly Care Market, Research 2020 – Knight Frank

*Esperto Sanità Milano.

mercatazione di vari settori della vita socioeconomica, in particolare il settore sanitario e quello della cura a lungo termine.

Ciò si è applicato in particolare agli Stati membri dell'UE che hanno avuto problemi finanziari – ad esempio, all'indomani della crisi finanziaria del 2008 – che li hanno resi più vulnerabili alle misure di austerità di vasta portata dell'UE, come il sostegno monetario o finanziario europeo da parte della BCE o del Fondo di stabilità. Il patto è stato spesso reso dipendente dalle condizioni di liberalizzazione (ad esempio, attraverso la privatizzazione o tecniche simili) del settore sanitario e/o infermieristico a lungo termine. In questi settori la “privatizzazione” è in ogni caso un processo “a più livelli” che può essere realizzato attraverso diversi canali e ricorrendo ad un'ampia varietà di strumenti giuridici:

1. Proprietà (ad esempio, quando beni pubblici, come la proprietà di case di cura e/o la proprietà di azioni di società che gestiscono case di cura, vengono trasferiti a privati).
2. Finanziamento (ad esempio, quando le fonti di finanziamento di beni e/o servizi pubblici diventano private, sostituendo così i finanziamenti pubblici).
3. Gestione (quando, ad esempio, sulla base di concessioni governative o strumenti giuridici simili, soggetti privati iniziano a gestire e gestire beni pubblici).
4. Produzione (ad esempio, quando le imprese private iniziano a fornire un bene o un servizio, spesso dopo l'esternalizzazione da parte del settore pubblico).

Suggerisco questa definizione per dare un significato ampio, politico ecc., alla privatizzazione:

<< La **privatizzazione** è la ristrutturazione, trasformazione, vendita, gestione, fornitura privata e a scopo di lucro/senza scopo di lucro di beni e servizi pubblici; funzioni di governo; terreni e proprietà...

È intrecciata e co-dipendente dalla **finanziarizzazione**, dalla **commercializzazione**, dall'**individualizzazione**... La depoliticizzazione si verifica quando le decisioni sono una questione di scelta individualizzata, che presenta alcuni vantaggi, ma le rimuove

dall'agenda del bisogno sociale collettivo e quindi dall'azione collettiva; vengono definiti come questioni di preferenza personale. Sono rimossi dalla partecipazione della comunità e soggetti a crescente segretezza ai sensi delle normative sulla riservatezza commerciale e sulla privacy personale.

I rappresentanti eletti, gli utenti dei servizi e i dipendenti pubblici sono privi di potere perché il loro potere di effettuare il cambiamento è significativamente ridotto o da una cultura del contratto o dalla vendita di beni che diventano proprietà del settore privato. Gli utenti dei servizi e i dipendenti pubblici affrontano una significativa perdita di potere di influenzare la politica pubblica e opportunità ridotte attraverso la partecipazione della comunità e del posto di lavoro.>>

(Whitfield, Dexter. Public Alternative to the Privatisation of Life . Spokesman Books)

Il concetto di finanziarizzazione verrà visto in un altro punto, qui è importante accennare alla privatizzazione come individualizzazione del soddisfacimento dei bisogni di cura. Nascosto sotto la bandiera della libertà di scelta è l'induzione ad occuparsi in proprio alle proprie necessità sollevando l'assistenza collettiva (e lo stato dagli oneri). In sostanza ed in generale per quanto riguarda l'assistenza residenziale è il trasferimento dei costi da una fonte pubblica (statale ecc.) a quella familiare o personale, in parte proporzionale al reddito familiare o personale o no.

B) COMPOSIZIONE PROPRIETARIA DELLA RESIDENZIALITÀ IN ITALIA (FOCUS LOMBARDIA)

Le fonti per esaminare la struttura giuridica della residenzialità assistenziale sono diverse ma con criteri differenti: ho esaminato le statistiche ISTAT 2020, del Ministero degli interni, della salute e gli elenchi della Regione Lombardia. In quest'ultima la denominazione del gestore non è distinta da quello della proprietà o dal controllo finanziario di questa. Anche le altre citate non hanno questo dettaglio. Nella realtà possiamo avere strutture pubbliche affidate in

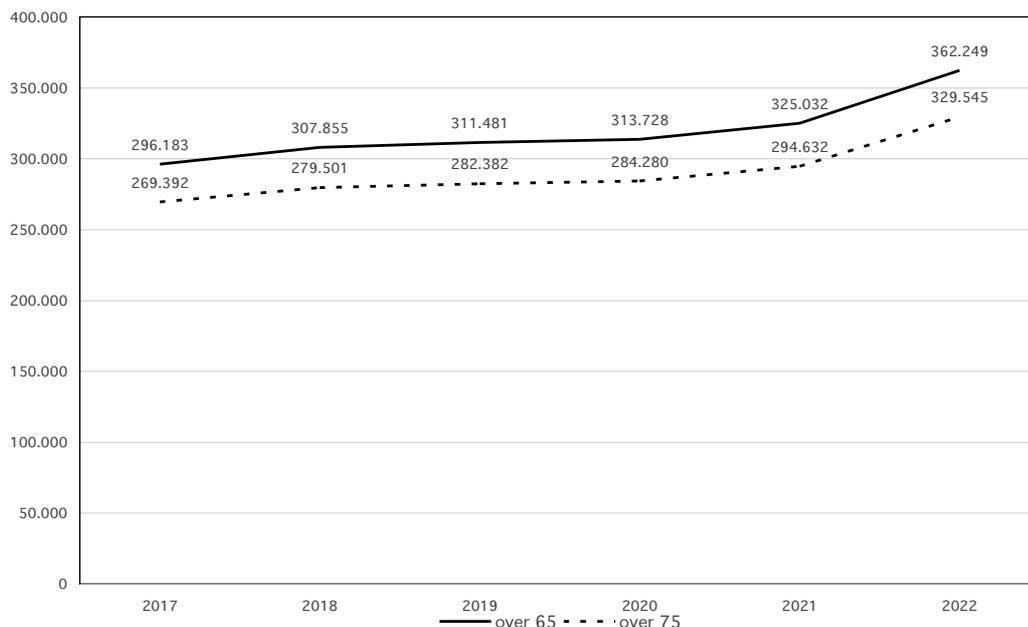
gestione a privati o a associazioni no profit o viceversa di questo tipo cedute o in gestione o soggetti privati. Scegliendo tra le fonti disponibili e non standardizzate quella dell'ISTAT 2020 sulla residenzialità (pubblicata di recente- 2022). Il controllo “privato” percentuale della residenzialità italiana è del 75%. La composizione nei seguenti raggruppamenti: Cooperative no profit, associazioni ed enti religiosi o assistenziali no profit, privati profit e pubblici (stato, SSN, regioni, comuni) varia di molto tra regione e regione. (vedasi tabelle e slides corrispondenti).

Considerando l'intero Paese le percentuali dei letti sono rispettivamente 23%, 36%, 23% e infine 18%. Il confronto tra la situazione del 2006 (sempre ISTAT) e 2020 tra i raggruppamenti profit, no profit e pubblico disegna, per il primo, un aumento del 66% (da 57.147 a 94.984), per il secondo del 57% (da 154.721 a 242.460) mentre per il terzo si riscontra un trend negativo del 34% (da 113.336 a 74.544) pur considerando che il numero complessivo nel 2020 aumenta del 25% (da 330.898 a 411.988).

La depubblicizzazione (smantellamento o riduzione delle strutture pubbliche) ha riguardato in misura varia tutte le regioni con l'eccezione di Trento e della Calabria. Nel primo caso anzi vi è stato un aumento

da 5.144 a 8.807. Diminuzioni significative superiori al 60% in Piemonte, Lazio, Basilicata e Sardegna. Mentre il privato ha notevoli balzi in avanti in Lombardia (209% da 4.538 a 14.030), nel Sud e in particolare in Puglia ecc. Riguardo la gestione effettiva, sempre l'Istat, accerta che nell'88% delle residenze sono i titolari a gestire direttamente il presidio, mentre nel 10% i titolari danno in gestione le loro strutture ad altri enti; nei restanti casi (2%) il presidio viene gestito in forma mista. La gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi), soprattutto di tipo non profit (51%); il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico. I comportamenti dei titolari sono diversificati sul territorio, soprattutto per quanto concerne la gestione delle strutture pubbliche. Infatti, al Nord sette strutture pubbliche su 10 sono gestite direttamente o indirettamente da enti pubblici, il 26% da enti non profit. La percentuale di strutture pubbliche gestite da enti non profit è molto più alta sia al Centro (41%) che nel Mezzogiorno (36%). Riguardo le strutture che hanno un altro ente titolare si riscontra una preferenza, su tutto il territorio, verso una gestione diretta o affidata a enti con la stessa natura giuridica. Nel 4% dei casi le strutture profit

Figura 2. Italia, numero di Anziani residenti in RSA. Serie storica 2017-2022.



Fonte : Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

del Nord affidano la gestione a imprese non profit, quota che scende a meno dell'1% nelle altre ripartizioni. Ulteriori ricerche

dovrebbero evidenziare il differente dimensionamento delle RSA, della composizione del personale e il numero degli utenti.

**Tabella 1. Distribuzione percentuale posti letto per posizione giuridica gestore.
(Fonte ISTAT 2022 el. AG)**

	Società cooperative varie tot	Ente pubblico varie tot	Associazioni e di volontariato, di promozione sociale e altra associazione privata	Società privata	Società cooperativa varie tot	Ente pubblico varie tot	Associazioni e di volontariato, di promozione sociale e altra associazione privata	Società privata
Italia	96.065	74.544	146.395	94.984	23,3%	18,1%	35,5%	23,1%
Piemonte	14.940	6.457	13.463	15.095	29,9%	12,9%	26,9%	30,2%
Valle d'Aosta Vallée d'Aoste	394	539	216	213	28,9%	39,6%	15,9%	15,6%
Liguria	4.640	1.881	5.978	4.605	27,1%	11,0%	35,0%	26,9%
Lombardia	14.692	7.538	48.346	14.030	17,4%	8,9%	57,1%	16,6%
Provincia Autonoma Trento	1.150	4.911	1.333	574	14,4%	61,6%	16,7%	7,2%
Veneto	6.279	19.379	13.433	5.579	14,1%	43,4%	30,1%	12,5%
Friuli-Venezia Giulia	1.898	6.472	2.606	3.187	13,4%	45,7%	18,4%	22,5%
Emilia-Romagna	14.947	8.100	8.886	9.834	35,8%	19,4%	21,3%	23,5%
Toscana	7.087	2.980	7.862	4.713	31,3%	13,2%	34,7%	20,8%
Umbria	1.684	779	1.729	1.537	29,4%	13,6%	30,2%	26,8%
Marche	3.733	3.475	3.330	1.615	30,7%	28,6%	27,4%	13,3%
Lazio	4.139	1.501	8.554	11.456	16,1%	5,9%	33,3%	44,7%
Abruzzo	987	1.036	1.454	2.048	17,9%	18,8%	26,3%	37,1%
Molise	753	87	601	472	39,4%	4,6%	31,4%	24,7%
Campania	2.154	1.142	2.820	4.481	20,3%	10,8%	26,6%	42,3%
Puglia	3.195	854	6.308	5.325	20,4%	5,444%	40,2%	34,0%
Basilicata	2.097	108	1.037	853	51,2%	2,6%	25,3%	20,8%
Calabria	1.177	417	3.275	2.522	15,9%	5,6%	,3%	34,1%
Sicilia	7.393	2.553	9.137	5.756	29,8%	10,3%	36,8%	23,2%
Sardegna	2.429	442	4.013	1.090	30,5%	5,5%	50,3%	13,7%

Figura 3. Stato giuridico letti/posti socio-sanitari assistenziali Italia dal 2006 al 2020. Incrementi/decrementi (ISTAT)

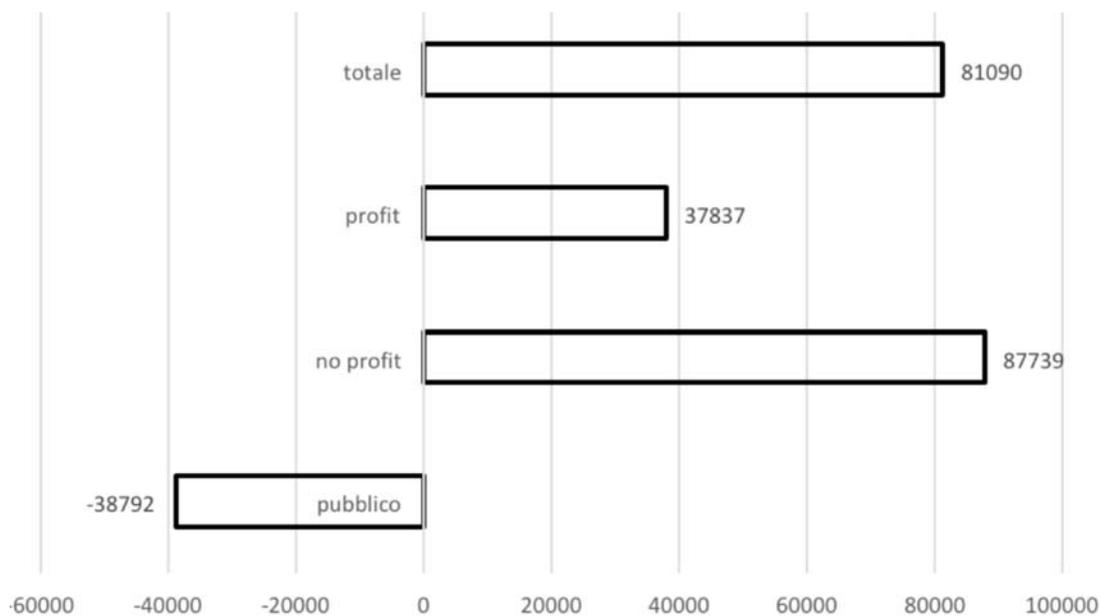


Tabella 2. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

<i>Regione</i>	<i>Società Cooperative varie</i>	<i>Ente pubblico</i>	<i>Associazioni di volontariato, pro- mozione sociale e altre</i>	<i>Società Private</i>
Piemonte	14.940	6.457	13.463	15.095
Valle d'Aosta	394	539	216	213
Liguria	4.640	1.881	5.978	4.605
Lombardia	14.690	7.538	48.346	14.030
Provincia Bolzano	296	3.896	2.016	0
Provincia Trento	1.150	4.911	1.333	574
Veneto	6.279	19.379	13.433	5.579
Friuli Venezia Giulia	1.898	6.472	2.606	3.187
Emilia Romagna	14.947	8.100	8.886	9.834
Toscana	7.087	2.980	7.862	4.713
Umbria	1.684	779	1.729	1.537
Marche	3.733	3.475	3.330	1.615
Lazio	4.139	1.501	8.554	11.456
Abruzzo	987	1.036	1.454	2.048
Molise	753	1.142	601	472
Campania	2.154	854	2.820	4.481
Puglia	3.195	108	6.308	5.325
Basilicata	2.097	417	1.037	853
Calabria	1.177	2.553	3.275	2.522
Sicilia	7.393	442	9.137	5.756
Sardegna	2.429		4.013	1.090
Totale Italia	96.065	74.544	146.395	94.984

Fonte : interrogazione dati ISTAT, dataset Presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari

La privatizzazione delle IPAB in Lombardia

La fase della depubblicizzazione avvenne, come è noto, a seguito della legge varata dal Governo Amato nel 2001. La Lombardia, fu tra le prime, nel periodo successivo a procedere alla trasformazione delle IPAB (2) con la LR 1/2003. La trasformazione riguardò la quasi totalità di questi soggetti di diritto pubblico in Enti di diritto privato, mentre solo una ventina di Ipad optò per la mutazione in Azienda di Servizi alla Persona (Asp) di diritto pubblico. Dall'inizio della legislatura (2001) al 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si ridusse dal 59.1% al 15.9%. Al marzo del 2010 si assistette ad un'ulteriore riduzione dei gestori

pubblici, che si ridussero solo all'11.5% del totale; all'opposto aumentò in modo significativo il numero di Rsa gestite da cooperative sociali (che raddoppiò percentualmente, dal 7.1% al 14.7% dal 2001 al 2010) e soprattutto incrementarono la loro presenza le società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo (dal 5.2% al 16.3% del totale). Al 30/09/2019 i posti letto accreditati (62.500 su 65.000) nelle 710 RSA vedevano 504 no profit, 153 profit e 53 pubbliche, ossia il 7,5 delle strutture e l'8,5 dei Posti Letto. Sempre dalla stessa fonte (3) la ripartizione del settore no profit dettaglia: in 305 RSA come Fondazione, Come Cooperativa 103 Come Ente Religioso 54 e Associazione 14.

La natura giuridica delle RSA quale indicatore della privatizzazione dal 2001 ad oggi: Lombardia > la depubblicizzazione (privatizzazione) L.R. 2003

<p>Legge regionale 1/2003 : la riforma delle IPAB</p> <p>Situazione iniziale :</p> <ul style="list-style-type: none">•481 IPAB operanti nell'ambito socio-sanitario e assistenziale in Lombardia <p>Nel corso del 2003</p> <ul style="list-style-type: none">•388 IPAB si sono trasformate in Fondazioni (persone giuridiche di diritto privato no profit)•22 IPAB hanno originato, attraverso trasformazioni e fusioni in 14 Aziende di Servizi alla Persona (pubbliche)	<p>La L.R. è stata emessa in applicazione delle Legge 8.11.2000 n. 328 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali) e d.lgs. 4 maggio 2001 n. 207 (riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) ambedue licenziate da Governo Amato (15.04.2000 – 11.06.2001) Ministro della solidarietà sociale : Livia Turco</p>
<p>Dall'inizio della legislatura dl 2004 la percentuale di residenze a gestione pubblica si riduceva pertanto dal 59,1 % al 15,9 % .</p> <p>Al marzo 2010 si assiste ad un'ulteriore riduzione dei gestori pubblici, che rappresentano l'11,5 % del totale, nel contempo aumentano in modo significativo il numero di RSA gestite da cooperative sociali (che raddoppiarono percentualmente dal 7,1 % al 14,7 % dal 2001 al 2010) e soprattutto da società a scopo di lucro, più che triplicate nello stesso periodo, dal 5,2 % al 26,3 % del totale.</p>	<p>Segue la riforma del sistema di accreditamento</p> <p>Tra il 1999 e il 2004, per le RSA :</p> <ul style="list-style-type: none">•Incremento del numero di unità di offerta : + 32 % (da 435 a 575)•Incremento dei posti letto : + 44 % (da 34.830 a 50.213)•Incremento degli enti gestori no profit: + 209 % (da 141 a 436 – di cui 270 fondazioni ex IPAB)

C) TIPOLOGIE DEL PRIVATO PROFIT (FINANZIARIZZAZIONE)

L'aumento delle strutture residenziali è avvenuto in tutta Europa. Dal 2008 ad oggi l'incremento è stato originato da iniziative private con finalità d'investimento a fine di generare profitti. In sostanza, il funzionamento di tali case di cura organizzate sotto la forma giuridica di una società privata (di capitale) non differisce da quello di altre società private: da un lato, il profitto viene massimizzato realizzando il massimo fattu-

rato possibile (in altre parole, vendendo il proprio prodotto o servizio il più e più caro possibile) e, dall'altro, riducendo al minimo i costi. Per raggiungere quest'ultimo obiettivo è possibile applicare un'ampia varietà di metodi, tra cui: mantenere basso il numero del personale; mantenere i salari più bassi possibile; cercare i fornitori più economici (es. di materiale, di cibo, ecc.); esternalizzare attività secondarie; rinvio degli investimenti; risparmio su spese non immediatamente redditizie (come materiale di preven-

Tabella 3. Distribuzione RSA e posti letto per natura giuridica, Lombardia

<i>Natura Giuridica</i>	<i>n. RSA</i>	<i>Posti letto autorizzati</i>	<i>Posti letto accreditati</i>	<i>Di cui posti letto ordinari</i>	<i>Di cui posti letto Alzheimer</i>
Privato no Profit	504	45.709	42.962	40.939	2.023
Privato Profit	153	14.424	13.932	13.462	470
Pubbliche	53	5.505	5.575	5.142	433
Totali	710	65.008	62.469	59.543	2.926
Privato no Profit	71,0 %	69,3 %	68,8 %	68,8 %	69,1 %
Privato Profit	21,5 %	22,2 %	22,3 %	22,6 %	16,1 %
Pubbliche	7,5%	8,5%	8,9%	8,6%	14,6/8 %

Fonte : Elaborazione Osservatorio RSA su Open Data Regione Lombardia al 30.09.2019

Tabella 4. Le risorse del "sistema" lombardo

	Spesa media giornaliera			N. utenti	Totale spesa annua €	% risorse gestite da attori pubblici	% risorse contributo delle famiglie
	Contributo pubblico	Contributo famiglie	Totale				
RSA	40 €	62 €	102€	57.483	2.140.092.090	39%	61%
Posti privati RSA	0 €	102 €	102€	3.023	122.546.290	0%	100%
Centri Diurni	15 €	26 €	41€	10.487	128.990.100	37%	63%
Assistenza Domiciliare Integrata	7 €	0 €	7 €	72.000	179.712.000	100%	0%
Sad	4 €	0 €	4 €	22.708	35.424.480	100%	0%
Badanti	0 €	28 €	28 €	150.000	1.670.000.000	0%	100%
				Totale	4.216.764.960	26%	74%

Nota: considerando che una parte significativa della spesa delle famiglie è finanziata tramite l'indennità di accompagnamento INPS; includendo le risorse trasferite dall'INPS alle famiglie il totale delle risorse pubbliche messe in gioco (servizi gestiti ed erogati da attori pubblici e risorse INPS trasferite ai famigliari) è pari al 56 % contro il 44 % di compartecipazione delle famiglie.

zione ecc.)... Crescente se non galoppante è stata l'attrazione degli investimenti di società Finanziarie verso l'impiego nell'assistenza continuativa degli anziani e degli non autosufficienti. A livello Europeo (come in precedenza in USA e in Canada) in questi 15 anni sono avvenuti numerosi processi di compravendita di intere catene di servizi sanitari, diagnostici e ospedalieri. Nel settore delle RSA la concentrazione pro-

prietaria è evidente e visibile con la creazione di multinazionali dell'assistenza proprietarie e gestrici di decine di migliaia di PL con crescente presenza in più stati. Come si vede dalla slide, qui riprodotta, multinazionali della cura come Orpea, Kos, Domus, Korian hanno in poco tempo costruito, acquistato decine di RSA in quasi tutti gli stati europei.(4)

A sua volta queste società operatrici nel set-

Tabella 5. Primi cinque operatori privati per Stato e numero di letti - 2021

Gran Bretagna		Francia		Spagna	
<i>Società</i>	<i>n. letti</i>	<i>Società</i>	<i>n. letti</i>	<i>Società</i>	<i>n. letti</i>
HC-One	20.000	Korian	35.000	Domus VI	20.000
Barchester Healthcare	16.000	Orpea	34.000	Orpea	9.000
Four Seasons	9.000	Domus VI	19.000	Vitalia	8.000
Care UK	9.000	Colisèe	7.000	Ballelsol	7.000
Bupa Care	7.000	Domidep	7.000	Sanitas (Bupa)	7.000

Olanda		Belgio		Germania	
<i>Società</i>	<i>n. letti</i>	<i>Società</i>	<i>n. letti</i>	<i>Società</i>	<i>n. letti</i>
Orpea	82.000	Korian	13.000	Korian	30.000
Korian	37.000	Colisèe (Armonia)	9.000	Alloheim	24.000
Domus Magnus	17.000	Orpea	7.000	Orpea	20.000
Martha Flora	11.000	Vulpia	5.000	Pro Seniore	17.000
Ontzorgd Wonen	5.000	Emera (novadia)	1.000	Kursana	11.000

Italia	
<i>Società</i>	<i>n. letti</i>
Kos Group	9.000
Korian	7.000
Orpea	3.000
La Villa	2.000
Colisèe	1.000

Fonte : European Healthcare Elderly Care Market, Research 2020 – Knight Frank.

tore sono state acquisite e controllate da Società Finanziarie e loro Fondi controllate a loro volta da Banche o società di raccolta fondi istituzionali o privati (Private Equity o simili). L'UE neolibertista ha, più precisamente, emanato un'impressionante quantità di normative che stabiliscono norme minime di qualità e protezione in alcuni "settori critici dell'economia" (ad esempio, bancario, finanziario e assicurativo), ma ciò sarebbe in netto contrasto con la scarsa regolamentazione interesse per il settore dell'assistenza in generale, e per il settore delle residenze per anziani in particolare. Di conseguenza, è basso anche l'interesse degli stessi governi nazionali degli Stati membri dell'UE ad adottare misure normative forti nel settore delle case di cura. Gradualmente, anche a seguito di inchieste giornalistiche, alcuni stati, es. la Francia, hanno proceduto ad una revisione normativa e organizzativa delle RSA Francesi, di cui la metà è pubblica. La Svezia e l'Australia hanno un program-

ma nazionale di verifica della qualità mediante una serie d'indicatori. Numerose ricerche (US e UK) hanno mostrato generalmente che i sistemi sanitari privati a scopo di lucro sono generalmente meno efficienti, più costosi e meno egualitari e che portano alla fornitura di cure di qualità inferiore. (5) (6) (7) Una ricerca (8) distingue ulteriormente le società proprietarie di catene delle RSA (Nursing Homes) in tre sottogruppi: (i) proprietà concatenata, finanziata da private equity; (ii) proprietà concatenata, non finanziata da private equity e (iii) proprietà indipendente. Il primo gruppo e il terzo segnalano i risultati peggiori in termini di qualità delle cure e di condizioni di lavoro degli addetti alla cura.

Questo studio è stato possibile perché in Inghilterra sono accessibili i dati forniti dalla Care Quality Commission (CQC), il regolatore e ispettore indipendente dell'assistenza sanitaria e sociale per adulti in Inghilterra. (9)

Tabella 6. I sette principali mercati sanitari europei

Paese	Domanda			Offerta		Operatori	
	% del PIL spesa per la sanità (di cui a lungo termine)	Popolazione e oltre 75 anni (al 2021)	Popolazione e oltre 75 anni (previsione al 2050)	Letti totali	Letti attrezzati per 100 persone di 75 anni e oltre	% letti strutture private	Quota di mercato dei primi 5 operatori privati for profit
Germania	11,5 % (2,1 %)	9,6 milioni	14 milioni	900.000	9	95 %	12 %
Francia	11,3 % (2,4 %)	6,3 milioni	11,4 milioni	700.000	11	50 %	29 %
Gran Bretagna	10,0 % (2,3 %)	6,0 milioni	10,2 milioni	479.000	8	97 %	13 %
Spagna	9,0 % (0,9 %)	4,9 milioni	9,42 milioni	370.000	8	70 %	19 %
Italia	8,7 % (0,9 %)	7,2 milioni	12 milioni	340.000	5	60 %	11 %
Olanda	10,0 % (3,9 %)	1,5 milioni	2,8 milioni	180.000	12	100 %	5 %
Belgio	10,3 (3,2 %)	1,1 milioni	1,84 milioni	150.000	14	70 %	33 %

Fonti: Eurostat, OMS, Eurofound, Patron Capital, Greenstreet, INSEE, XERFI

*I dati relativi alle dimensioni del mercato possono includere alcuni posti letto progettati per adulti in età lavorativa nella sottoscrizione di contratti di assistenza a lungo termine.

D. ESEMPI DI CONCENTRAZIONE PROPRIETARIA E FINANZIARIZZAZIONE IN ITALIA E IN EUROPA

“Nell’insieme del settore europeo, secondo il database *Pflegemarkt.com* e la ricerca *IE*, i 28 principali operatori di case di cura private hanno gestito 5.388 case di cura con 455.559 posti letto. Ci sono 75mila posti letto in più rispetto a quattro anni fa. Orpea è il più grande operatore in Europa, con più di 110.000 posti. Tra il 2015 e il 2020 ha aumentato la sua capacità del 65%. La società è quotata in borsa e il suo maggiore azionista è il Canada Public Pension Fund (CPPIB, con il 14,5%). Il prezzo delle azioni è più che raddoppiato dal 2015, mentre il valore di mercato è triplicato. Ma i dati dicono altro: l’indebitamento finanziario netto della società sfiora il 200% del capitale. Il pagamento agli azionisti (attraverso la distribuzione dei dividendi) e ai creditori (attraverso il pagamento degli interessi sui prestiti) è costato a Orpea nel 2019 244 milioni di euro.”

Secondo i dati dell’OCSE, gli stati dell’UE, la Gran Bretagna, la Norvegia e la Svizzera contribuiscono con oltre 220 miliardi di euro all’anno ai costi degli aiuti. I beneficiari contribuiscono di tasca propria con altri 60.000 milioni di euro. Ed è una cifra che aumenta ogni anno. “*Il rapido invecchiamento della popolazione in tutta Europa sarà il principale motore della crescita del mercato delle case di cura a lungo termine*”. Secondo le stime della Commissione europea, il costo dell’assistenza a lungo termine in Europa sarà più che raddoppiato, passando dall’attuale 1,7% del PIL al 3,9% nel 2070. Secondo l’esperienza dell’esperto del settore Heinz Rothgang, le case di cura ben gestite spendono circa il 70% del loro reddito per il personale. D’altra parte, le aziende leader del mercato, come Orpea e Korian, stanziavano solo tra il 50% e il 55% in questa voce, secondo i loro ultimi conti annuali. Una debolezza di cui approfittano anche gli investitori finanziari anonimi che entrano nel settore dell’assistenza. I fondi di private equity acquistano aziende con l’obiettivo di aumentarne il valore tagliando le spese e attuando piani di espansione per poterle rivendere dopo pochi anni con un profitto

elevato. Il capitale necessario viene raccolto da investitori privati e istituzionali, come le compagnie di assicurazione, insieme alla promessa di un’elevata redditività a due cifre. Il caso più eclatante è quello della società francese DomusVi, che è già la terza del settore in Europa, con 354 residenze in cinque Stati dell’Unione Europea. Già nel 2014, quando non era nemmeno la metà delle sue dimensioni, il fondo francese PAI Partners aveva acquisito la catena per 639 milioni di euro. Solo tre anni dopo lo ha trasferito al fondo britannico Intermediate Capital Group (ICG), ma ora per un valore quasi quattro volte superiore, 2,4 miliardi di euro. Dietro il miracoloso aumento del denaro c’è un sistema che i manager chiamano nobilmente “*ingegneria finanziaria*”. In realtà, è un gioco rischioso con un debito elevato. Affinché ciò funzioni, la società acquisita deve disporre di entrate affidabili con cui far fronte ai prestiti. E questo è esattamente ciò che forniscono i pagamenti governativi per l’assistenza nelle case di cura. Mentre il reddito proviene dalle casse dello Stato, gli investitori di private equity di solito incanalano i loro profitti verso i paradisi fiscali attraverso schemi societari contorti. DomusVi ne è un esempio paradigmatico. Come ha rivelato info Libre l’estate scorsa, tra le 138 residenze gestite dalla multinazionale in Spagna e dalla società madre del fondo ICG nel paradiso fiscale dell’isola di Jersey, ci sono fino a dieci livelli con società intermedie sparse tra Spagna, Francia, Lussemburgo e Jersey. Tutta questa struttura ha un duplice obiettivo: ridurre al minimo il carico fiscale delle società e trasferire gli utili esentasse agli azionisti. E per raggiungere questo obiettivo sono essenziali le operazioni di debito tra le società del gruppo. La società madre di DomusVi in Francia – denominata Kervita – sta pagando a due società lussemburghesi del suo principale azionista interessi esorbitanti per i 640,5 milioni che le hanno prestato. Esorbitante significa tra il 9,2 e l’11%, in due operazioni di debito firmate nel luglio 2017, quando il tasso di interesse di mercato non superava il 4%. Tra luglio 2017 e marzo 2019 Kervita ha pagato alle due società lussemburghesi 105,5 milioni di euro di inte-

ressi. Poiché Kervita è anche la società Domusvi che consolida i conti di tutte le sue residenze in Europa, questo pagamento di interessi le fa subire perdite, evitando così di pagare l'imposta sulle società. Un ulteriore problema è la mancanza di controllo sui servizi effettivamente forniti da queste multinazionali. Un panorama che si ripete in tutta Europa: gli ispettori sono pochissimi e sono sovraccarichi. In Spagna, ad esempio, alla fine del 2019 c'erano poco più di 200 ispettori per controllare più di 5.200 centri.

La situazione è ancora peggiore nel Nord Italia. *“Sono responsabile di 400 residenze. Ciò significa che dovrei ispezionare due strutture ogni giorno”*, confessa l'ispettore

capo dell'Azienda sanitaria torinese a Investigate Europe. *“Come lo otterrò?”* La Francia ha addirittura ridotto il numero degli ispettori, mentre il numero dei centri è in aumento, riferisce un ex ispettore delle residenze. In tutta la Francia, dice, ci sono ormai solo 200 ispettori, troppo pochi per le migliaia di centri del Paese. *“La logica della politica si riduce all'autoregolamentazione degli operatori nazionali.”*

Massimizzazione dei profitti per gli investitori finanziari e, allo stesso tempo, carenza di operatori sanitari e supervisione inadeguata: questo riflette il modo in cui i governi europei stanno trascurando l'assistenza agli anziani bisognosi di cure.(10)

Tabella 7. elenco prime società con indicazione principali Società (numero letti) operanti in Europa

Compagnia	Numero di case di cura	Numero letti totale	Principale Paese di operatività	Azionariato	Filiali estere in Europa
Orpea	1.077	85.562	Francia	Canada Pension Plan Investment 14,5 %; Peugeot Investment Asset 5,1 %, rimanente quotato in borsa	Portogallo, Spagna, Belgio, Olanda, Germania, Polonia, Rep. Ceca, Austria, Svizzera, Italia, Slovenia, Croazia, Lituania, Irlanda
Korian	708	73.599	Francia		Spagna, Belgio, Germania, Italia, Gran Bretagna
DomusVi	354	36.000	Francia		Spagna, Portogallo, Irlanda, Olanda
Colisée	275	24.986	Francia		Italia, Spagna
HC-One Ltd	328	22.203	Gran Bretagna		
Alloheim	225	22.000	Germania		
Maisons de Famille	159	17.090	Francia		Spagna, Germania, Italia
Attendo	172	15.684	Svezia		Danimarca, Finlandia
Victor's Group	120	14.800	Germania		
Four Seasons	250	13.000	Gran Bretagna		
Barchester Healthcare	200	11.000	Gran Bretagna		
Bupa Care Homes	171	10.700	Gran Bretagna		Spagna, Polonia
Deutsche Wohnen	77	10.070	Germania		
Kursana Residenzen GmbH	98	9.484	Germania		
KOS Group	101	8.799	Italia		

Tabella 8. La finanziarizzazione : società Private Equity , finanziare controllanti Case di cura in Europa

<i>Nome</i>	<i>Paese di base</i>	<i>Partecipazione in società di cura (Paese)</i>	<i>Data di acquisizione (dove nota)</i>	<i>Strutture</i>	<i>Numero letti</i>
Intermediate Capital Group	UK	DomusVi (F,E,PT, NL, IR)	2017	354	36.000
EQT	SWE, Wallenberg family	Colisée (F, B, E, I)	2020	275	24.986
Nordic Capital	SWE	Alloheim (D)	2017	253	23.707
Formation capital LLP	USA	HC-One (UK)		329	20.175
Creadev	F, owned by family Mulliez	Maison de Famille (F), Amavir(E), La Villa (I) Dorea (D)		159	10.709
Parent company Elli Investments owned by Terra Firma now in administration (UK)		Four Seasons (UK)	2012	322	10.042
Bridgepoint	USA	Care UK (UK)		124	8.429
I Square Capital	USA	Domidep (F, B, D)		115	8.360
CVC Capital	USA	Vitalia (E)		44	6.600
Waterland	BE, NL	Schönes-Leben-Gruppe (D, Silverstream IR)	2017, 2019 respectively	73	6.548
Chequers Capital	F	Emvia Living (D) buildings owned by ICADE (F)		53	6.160
Triton	D/SWE	Ambea (SWE)	2010	361	5.772
Oaktree	USA	Vitanas (D)	2017	42	5.437
KOS (60% owned by CIR-Holding of Family De Benedetti)	IT	Charleston (D)	2019	47	4.200
Trilantic Capital Partners		Argentum, Armonea		33	3.774
Bridges Fund Management	UK	Shaw Healthcare		57	2.456
Omega Healthcare Investors Inc	USA	Healthcare Homes (UK)		45	2.295
The Carlyle Group	USA	Akari Care (UK)	2016	35	1.883
Alchemy Partners	UK	Orchard Care Homes		24	1.677
Quadriga Capital	D	Medical Senioren-Park (D), Convivo (D)		11	1.500
Revera	owned by the Canadian public sector pension fund	Signature Senior Lifestyle		16	1.258
Fremont Realty Capital	USA	Porthaven Care Homes		17	1.025
Patron Capital	UK	Hamberley Care Homes		12	513
Albion Capital Group LLP	UK	Berkley Care Group		7	395
Anchorage Capital Group	USA	New Century care		6	321
Synova Capital LLP	UK	Oakland Primecare		6	285
Monarch Alternative Capital (Europe) Ltd	UK	Mariposa care Group		8	278
Albion Capital Group LLP	UK	Dormy Care Communities		4	271
August Equity LLP	UK	Sonnet Care Homes		2	183

Fonte : Christoph Scheuplein, Institute for Work and Yechnologie, Rainer Bobisin, dai siti web delle imprese

E) PRESENTAZIONE SINTETICA DI ALCUNE PROTAGONISTE DELLA PRIVATIZZAZIONE E DELLA FINANZIARIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE (CENNI)

KORIAN (CLARIANE)

Case di cura

In Italia l'assistenza agli anziani è fornita in 67 case di cura, 11 centri diurni e oltre 7.000 posti letto su tutto il territorio nazionale.

Nelle sue 695 case di cura in sette paesi europei (Germania, Belgio, Spagna, Francia, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito), Clariane assiste ogni anno 95.000 residenti. Dedicate agli anziani e alle situazioni di grande dipendenza, in particolare di dipendenza cognitiva (morbo di Alzheimer e disturbi correlati), queste strutture del Gruppo offrono soggiorni permanenti, soggiorni brevi e servizi diurni. Radicate nelle regioni in cui sono ubicate, le case di cura del Gruppo

Clariane lavorano in stretta collaborazione con l'ecosistema sanitario e sociale locale.

Strutture e servizi sanitari

Il Gruppo conta 14 Centri di cura, 14 Centri di riabilitazione, 33 Ambulatori e Centri diagnostici, 6 Centri per persone con disabilità, 12 Ambulatori psichiatrici di comunità e 6 Centri di cure palliative, fornendo quasi 3 milioni di servizi all'anno a 500.000 pazienti in 8 regioni d'Italia. Korian ora inclusa nel Gruppo finanziario CLARIANE è un chiaro esempio di come in poco più di un ventennio una piccola società fondata in Francia si sia sviluppata e stia crescendo tuttora in acquisendo nuove RSA o gruppi ospedalieri sia allargandosi ad altri settori di mercato. Lo schema descrive come si articola nei vari paesi in decine di aziende di cui è difficile avere un quadro. La pubblicazione allegata al bilancio e i documenti destinati agli investitori gli indicatori di qualità sono solo la cosiddetta *customer satisfaction* (qualità percepita dai residenti).

Tabella 9. Struttura europea della società Korian

Francia	Germania	Belgio	Olanda
Korian France Sas 100 %	Korian Management AG 100 %	Korian Belgium NV 100 %	Korian Holding Nedeerland BV 100 %
Medica France Sas 100 %	Korian Deutschland Gmbh 100 %		
OPPCI Korian Immobiliare 100 %	Korian Holding Gmbh 100 %	Spagna	Gran Bretagna
Korian Solutions Sas 100 %	Blitz 07-712 Gmbh 100 %	Korian Residencias Spain 2018 S.L. 100 %	Korian UK Limited 100 %
Korian & Partenaries Immobilier 2 Sas 51 %	Evergreen Holding Gmbh 100 %	Itacare Asistencial S.L. 100 %	Korian Real Estate UK Limited
Korian & Partenaries Immobilier 3 Sas 51 %	CR Korian Holding Gmbh 100 %	Grupo 5 100 %	
Korian & Partenaries Immobilier 5 Sas 100 %	Qualivita Beteiligungs Gmbh 100 %		
Korian & Partenaries Immobilier 6 Sas 100 %			
Korian & Partenaries Immobilier 7 Sas 100 %			
Korian & Partenaries Immobilier 8 Sas 100 %			
Korian & Partenaries Immobilier 9 Sas 100 %			
KSL (Societè de droit luxemborgeals)			
Sas la Mouliniere			

Il Gruppo Korian in Italia SEGESTA Spa 100 %	
104 appartamenti	15 Case di Cura
6 Case e comunità per anziani	1 Centro disturbi cognitivi degli anziani
10 centri diurni per anziani	3 centri diurni per disabili
14 centri di riabilitazione	10 comunità psichiatriche
8 Hospice	35 poliambulatori
66 RSA – Case di Riposo	6 Residenze per disabili
13 Servizi di assistenza domiciliare	

KOS Group

Anno di creazione : 2002
 Posti letto : 13.000
 Strutture in Germania : 51
 Strutture in Italia : 93 (tra residenze per anziani – 55 – ospedali – 2 – centri di riabilitazione – 16 -comunità terapeutiche psichiatriche – 13 – cliniche psichiatriche – 7)
 Centri ambulatoriali : 13
 Sedi di service per diagnostica e terapia in India : 14
 Regioni in cui è presente in Italia : 11
 Collaboratori : 13.000 circa
 Collaboratori in Italia : 8.600 di cui dipendenti 7.100

Struttura e imprese collegate con S.O. Holding Spa

LIFECARE SRL – Sviluppo e costruzioni RSA
 ISTITUTO GERIATRICO SICILIANO SRL - Sviluppo e costruzioni RSA
 3A MILANO SRL - Sviluppo e costruzioni RSA
 SERENI ORIZZONTI Spa – Gestione e costruzione RSA
 BRUNCH DI SERENI ORIZZONTI Spa – Succursale in Spagna
 IMMOBILIARE BORGO D’ALE Srl – Immobiliare
 S.O. NURSING HOMES GMBH – gestione RSA in Germania
 ARKLEG SRL – Sviluppo immobiliare
 L’ARCOLAIO SRL – Sviluppo immobiliare
 MATIDA SRL - Sviluppo immobiliare
 ANTRODOCO TERME SRL – Immobiliare
 WORK ON TIME SPA – Agenzia per il lavoro

Sereni Orizzonti grazie all’apporto finanziario di Primorial è in rapida crescita aprendo nuove RSA di proprietà di Società REIT.

Tabella 10. Numero di letti nelle case di cura europee della società Orpea

Paese	Numero letti
Italia	3.066
Spagna	8.992
Portogallo	728
Francia	32.673
Slovenia	551
Slovacchia	7.041
Germania	17.105
Polonia	1.190
Austria	1.977
Lituania	221
Olanda	1.676
Belgio	7.230
Irlanda	961

BREVI CONCLUSIONI:

In Italia le società qui sopra indicate a titolo esemplificativo (o le varie società ad esse collegate) devono fornire tutta una serie di dati amministrativi e clinici (Flusso FAR) al Sistema informativo del Ministero, che però non vengono pubblicati e non danno origine a rapporti sulla qualità e sugli esiti di cura. Eccezioni ci sono: Toscana e Emilia Romagna. La prima ha in programma un progetto per la rilevazione della qualità. La Lombardia brilla per l'assenza di progetti di analisi e di documentazione dell'assistenza erogata nelle RSA. I controlli sono svolti dalle otto ATS lombarde ma riguardano la verifica della sussistenza dei requisiti di accreditamento, soprattutto strutturali. Non esistono rapporti regionali o l'indicazione di un set d'indicatori soprattutto relativi alle condizioni assistenziali e di rischio dei cittadini residenti. Nelle strutture, il Ministero delega di fatto alle Regioni ogni regolamentazione. Ne risulta un quadro confuso, parcellizzato e oscuro nel quale le strutture private possono ottimizzare il proprio risultato economico e finanziario riducendo il personale (e peggiorando la sua condizione) e abbassando la qualità della cura. La domanda di ricerca iniziale (privatizzazione effetti sulla cura) che era stata posta potrebbe trovare una risposta circostanziata da ricercatori (o associazioni di difesa dei cittadini) se avessero da parte dello Stato Italiano e delle Regioni una informazione completa dell'attività clinica e assistenziale erogata. In altri Stati, perlomeno, di fronte a una forte presenza delle strutture private sono sorte voci preoccupanti sui processi di privatizzazione e di finanziarizzazione e degli effetti negativi sugli operatori e sugli assistiti. Il periodo pandemico, durante il quale la moria degli anziani è stata particolarmente riscontrata nelle strutture residenziali, ha causato alcune reazioni e prese di coscienza dello tsunami determinato dalla crescita del capitale finanziario, dei suoi agenti, delle sue modalità organizzative nel settore delle residenze assistenziali. Non certo in Italia, mentre le multinazionali e le altre società for profit si espandono territorialmente acquisendo nuove strutture prontamente accreditate e contrattualizzate.

Soprattutto con importi significativi e crescenti di finanziamenti investiti nell'assistenza residenziale a lungo termine, la responsabilità pubblica è diventata una questione fondamentale. La responsabilità è particolarmente importante laddove sono coinvolti fondi pubblici e popolazioni vulnerabili. La qualità è, ovviamente, un concetto complesso, che abbraccia caratteristiche che vanno dal mantenimento dello stato di salute e la prevenzione di lesioni, abusi e violenza, alla creazione di relazioni sociali gratificanti e ad un senso di realizzazione e gioia. La preoccupazione centrale degli approcci al tema dell'assistenza – la qualità – è stata poco affrontata nel tema della responsabilità in termini di impatto delle strutture organizzative e di governance sulla responsabilità democratica. Le RSA diventano così fortini chiusi in cui i residenti sono curati senza una visibilità e un controllo da parte dei familiari e della società.

Il compito datomi era esaminare la relazione tra finanziamento, proprietà e qualità dell'assistenza. Compito arduo e quasi impossibile in Italia e in Lombardia dove tutti i dati vengono rilevati e nascosti. Anche questo è una forma di privatizzazione funzionale agli interessi dei gestori e proprietari delle RSA. Questa forma di privatizzazione è spesso invisibile e allo stesso tempo ha profonde implicazioni sul finanziamento, sulla proprietà e sul controllo democratico, nonché sull'organizzazione del lavoro e sulla qualità dell'assistenza.

Note

1) A livello tecnico-giuridico, la privatizzazione è stata qualificata come un "*concetto piuttosto vago*". Una possibile definizione potrebbe essere quella che si faccia riferimento alla vendita diretta ad un soggetto privato, ovvero alla quotazione sul mercato privato, dell'intera, o di una parte sostanziale, di un'impresa statale o di un ente pubblico. Secondo la teoria neoliberista, tali imprese statali, o altre istituzioni pubbliche che forniscono servizi, dovrebbero essere smantellate e consegnate al settore privato, a causa dei loro presunti effetti restrittivi sulla

libertà degli individui di condurre affari, mentre altri filoni della teoria neoliberista sostengono che i meccanismi di mercato, tra cui la libera concorrenza, offrono maggiori garanzie per garantire prezzi corretti ed efficienza economica. Qualunque sia l'approccio, il neoliberismo spinge affinché tali imprese o istituzioni pubbliche siano affidate agli attori del libero mercato.

2) Istituti pubblici di assistenza e beneficenza sono organismi di diritto pubblico istituiti con legge n.6790/1890 (detta anche legge Crispi) che hanno subito numerosi interventi di riforma, non da ultimo con il D. Lgs. 4 maggio 2001, n. 207.

3) Osservatorio RSA presso Università Privata LIUC Varese Dott. Sebastiano

4) <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075244>.

5) Mercille J.. (2017) *Neoliberalism and healthcare: the case of the Irish nursing home sector*. Critical Public Health September 2017.

6) Una delle principali critiche rivolte al settore privato è che, poiché i servizi infermieristici sono, per definizione, ad alta intensità di manodopera, poiché “assistenza infermieristica” o “assistenza” deve essere fornita da un essere umano a un altro, il profitto su tali servizi infermieristici o assistenziali può, in sostanza, può essere migliorata solo riducendo salari e personale. Le prove raccolte dalla “Rete di corrispondenti europei” di Eurofound e citate nello studio di Eurofound, hanno infatti dimostrato che il numero di dipendenti per residente era in generale inferiore nel settore privato in molti dei paesi analizzati in detto studio. Negli Stati Uniti Nel Regno Unito in particolare, lo studio IPPR sopra citato del settembre 2019 ha sollevato enormi preoccupazioni sul rapporto personale/residenti nelle case di cura di proprietà di grandi aziende. Vi erano prove evidenti del fatto che i fornitori privati avevano livelli di personale più bassi, un turnover più elevato del personale, tassi di retribuzione più bassi e livelli di formazione più bassi. Pertanto, uno dei maggiori problemi che le strutture sanitarie in tutta Europa hanno dovuto affrontare allo scoppio della pandemia di Covid-19 è stata la mancanza di personale

(qualificato), non solo nelle case di cura per lungodegenti, ma anche negli ospedali generali. Per una combinazione di ragioni – tra cui l'austerità nel settore pubblico e nel settore delle istituzioni private che operano secondo il principio della “massimizzazione dei profitti e minimizzazione dei costi” che generalmente determina il funzionamento delle imprese capitaliste – strutture infermieristiche e assistenziali in tutta Europa, in particolare ha dovuto affrontare una carenza di infermieri qualificati valutate come buone o eccellenti dal CQC nel 2017, rispetto solo al 65% e al 72% rispettivamente delle grandi case di cura e residenziali. Ciò era di particolare importanza dato che l'analisi del CQC aveva allo stesso tempo indicato che le case di cura a lungo termine più grandi, comprese quelle di proprietà di fornitori sostenuti da private equity, rappresentavano una quota crescente del mercato delle case di cura negli Stati Uniti. Regno. Secondo Eurofound, avere un rapporto gestibile tra personale e utenti del servizio, generalmente, aumenta la potenziale attenzione personale prestata agli utenti del servizio; si evita inoltre di avere un elevato turnover del personale dovuto all'eccessivo carico di lavoro. Secondo lo studio, quest'ultima situazione si è verificata ad esempio in Francia, dove il carico di lavoro eccessivo è diventato il motivo principale per cui infermieri e assistenti infermieri hanno lasciato il lavoro. Anche le strutture infermieristiche che si trovano ad affrontare carenza di manodopera (qualificata) dovranno far fronte a tassi di turnover del personale più elevati. Uno studio qualitativo del 2016 (con 51 interviste e osservazione partecipativa) condotto dalla “Sezione della Camera del lavoro dell'Alta Austria” e citato nello stesso studio di Eurofound, ha rilevato che i bassi rapporti personale/residente hanno peggiorato le condizioni di lavoro del personale sia nelle case di cura che in quelle residenziali. Ciò è avvenuto anche in diversi altri territori nei quali la Camera del Lavoro ha condotto studi simili (Vienna, Bassa Austria, Stiria e Tirolo). Numerosi studi, incluso uno della Care Quality Commission, hanno evidenziato il legame tra la quantità e la qualità della forza

lavoro e la qualità dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza stessa

7) Da Roit, Barbara & Le Bihan, Blanche. (2011). *Cash-for-Care Schemes and the Changing Role of Elderly People's Informal Caregivers in France and Italy*. 10.1057/9780230307612_10.

Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M. & Bruch, J.D. *Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review*. BMJ 382, e075244 (2023).

8) Sharvari Patwardhan, Matthew Sutton, Marcello Morciano, *Effects of chain ownership and private equity financing on quality in the English care home sector: retrospective observational study*, *Age and Ageing*, Volume 51, Issue 12, December 2022, afac222, <https://doi.org/10.1093/ageing/afac222>.

9) La valutazione complessiva è un riepilogo della qualità in cinque ambiti:

- Sicuro: i residenti sono stati protetti da abusi e danni evitabili e sono stati coinvolti nelle decisioni sulla loro sicurezza per massimizzare il controllo sulle loro vite. Il personale era ben addestrato a salvaguardare le politiche e a maneggiare correttamente le attrezzature. Il servizio disponeva di sistemi di tutela efficaci per i residenti e il personale, gestiti tempestivamente e migliorati regolarmente.

- Efficace: i residenti sono stati coinvolti nelle decisioni relative alla loro cura e al

loro trattamento.

I loro bisogni sono stati valutati in modo esaustivo e l'assistenza è stata regolarmente rivista e aggiornata in base ai risultati attesi identificati.

La formazione e lo sviluppo del personale sono stati incentrati sulle esigenze individuali.

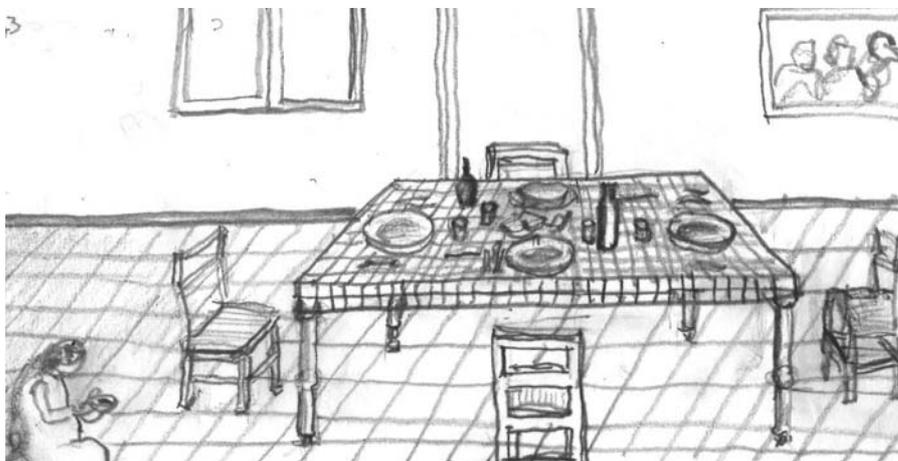
- Cura: i residenti sono stati trattati con compassione, gentilezza, dignità e rispetto. Il personale ha dimostrato una vera empatia per i residenti ed è stato sensibile ai bisogni e ai desideri dei residenti. Il servizio aveva una cultura forte, trasparente e incentrata sulla persona.

- Responsive: la pianificazione dell'assistenza era focalizzata sui residenti, compresi i loro obiettivi, competenze, abilità e come preferivano gestire la propria salute. Le preoccupazioni possono essere sollevate in una serie di modi accessibili.

Il personale ha fornito assistenza in modo da soddisfare i bisogni delle persone e promuovere l'uguaglianza.

- Ben guidato: il personale ha riscontrato alti livelli di soddisfazione. Erano disponibili supporto e risorse per consentire al team del personale di svilupparsi ed essere ascoltato. Il servizio aveva una cultura aperta, giusta, inclusiva e responsabilizzante con un quadro forte per la responsabilità e una governance efficace.

10) <https://www.investigate-europe.eu/es/posts/elder-care-for-profit>



RSA in Lombardia, serve cambiare: se non ora, quando?

di Carlo BORGHETTI*

Mentre la tragedia dell'incendio nella RSA di Milano riempie ancora i giornali, e lo strazio è ancora forte in tutti noi per le vittime e i feriti, si moltiplicano i commenti intorno al tema dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Premesso che si deve lavorare sulla intera filiera dell'assistenza (che oggi non esiste), dall'assistenza familiare con badanti all'assistenza domiciliare integrata e agli appartamenti protetti, dai centri diurni integrati alle residenze sanitarie assistite RSA e agli hospice, voglio soffermarmi su qualche breve considerazione intorno alle RSA.

Ritengo che il dibattito "pro o contro" le RSA sia piuttosto surreale: il problema è "quale" RSA vogliamo, non se sia possibile farne a meno, dato che gli ospiti realmente "da RSA" non potrebbero essere assistiti diversamente, e solo una piccola quota di attuali ospiti (sempre più esigua) potrebbe essere assistita in servizi domiciliari appropriati.

Oggi che succede nelle RSA in Lombardia?

Si lamentano gli ospiti e le loro famiglie, e hanno ragione: le rette sono mediamente troppo care e i servizi non sempre di qualità adeguata; si lamentano i lavoratori, e hanno ragione: sono pagati troppo poco e il loro numero è spesso insufficiente per il carico di lavoro necessario; si lamentano i gestori, e hanno ragione: i loro bilanci sono in ginocchio (per i sovracosti portati dal Covid, il caro bollette e l'inflazione) e i contributi regionali sono praticamente fermi da anni.

Le regole per l'assistenza, che sono definite dalla Regione per legge, sono state fissate trent'anni fa e sono ormai superate: pre-

vedono 901 minuti settimanali di assistenza per ciascun ospite, da erogare complessivamente attraverso medici, infermieri, OSS, ASA, fisioterapisti ed educatori, senza specificare quant'è il tempo minimo che ciascuna di queste figure deve garantire. E così ci sono strutture che hanno un medico ogni 40 ospiti e altre che ne prevedono uno per 120 ospiti o più, ad esempio, ma tutte ricevono i medesimi contributi regionali pro-ospite.

Inoltre 901 minuti a settimana non bastano più, perché gli ospiti sono decisamente peggiorati nelle condizioni di salute che si registrano all'ingresso in RSA rispetto a venti o trent'anni fa, e dunque il mix di operatori non può essere lasciato indefinito e -peggio- tendere al ribasso. E in effetti molte RSA superano i 1.100 minuti settimanali di assistenza, ma ricevono gli stessi contributi regionali di chi eroga 901 minuti.

Regione Lombardia riconosce dunque i medesimi contributi pro-ospite alle RSA indipendentemente dal mix di operatori e dai minuti di assistenza che queste garantiscono. Un assurdo.

Anche gli standard strutturali sono definiti per legge dalla Regione e sono oggi superati, a oltre trent'anni dalla loro definizione, perché non rispondono più alle attuali esigenze di un'assistenza di qualità, che dovrebbe dedicare sempre di più spazi per la socialità degli ospiti (come i soggiorni) garantendo al contempo anche spazi per la loro privacy (numero di persone per camera).

Circa la retta pagata dagli ospiti o dalle famiglie, la legge prevede che questa vada a coprire i costi assistenziali ed alberghie-

*Consigliere regionale della Lombardia. Capogruppo PD in Commissione Sanità.

ri, e non vada a coprire i costi dell'assistenza sanitaria, che deve essere a carico del Servizio Sanitario. In Regione Lombardia, invece, non è così: una parte sempre crescente delle rette va a coprire parte dei costi sanitari dell'assistenza, con il paradosso che se un anziano riceve assistenza sanitaria in ospedale ovviamente non la paga, ma se la riceve in RSA se ne paga un pezzo, anche se non dovrebbe essere così.

Come si può fare dunque un passo avanti rispetto a tutte queste problematiche che riguardano le RSA lombarde, mentre parallelamente ci auguriamo finalmente si sviluppino, anche grazie al PNRR, una vera filiera di servizi dal domicilio all'hospice?

Servono a mio parere quattro azioni urgenti, tutte di competenza della Regione visto le leggi che regolano questo servizio, e rispetto alle quali abbiamo depositato più volte le nostre proposte:

1. definire nuovi standard gestionali e strutturali regionali per adeguarli alle attuali esigenze e migliorare la qualità assistenziale;
2. correlare il contributo che la Regione dà alle RSA a parametri qualitativi del servizio, superando l'attuale calcolo pro-ospite;
3. introdurre criteri di accreditamento che premiano le strutture che calmierano le rette agli ospiti e che migliorano le condizioni contrattuali applicate al personale;
4. aumentare molto significativamente nel bilancio regionale il budget dedicato all'assistenza degli anziani non autosufficienti in RSA.

Ovviamente le prime tre azioni dipendono dalla quarta, e da anni lo diciamo, inascoltati, anche alla discussione di ogni Bilancio regionale: mentre il bisogno di servizi socio-sanitari per minori, persone anziane o con disabilità, cresce di anno in anno, la Regione continua a dedicare la stessa quota di

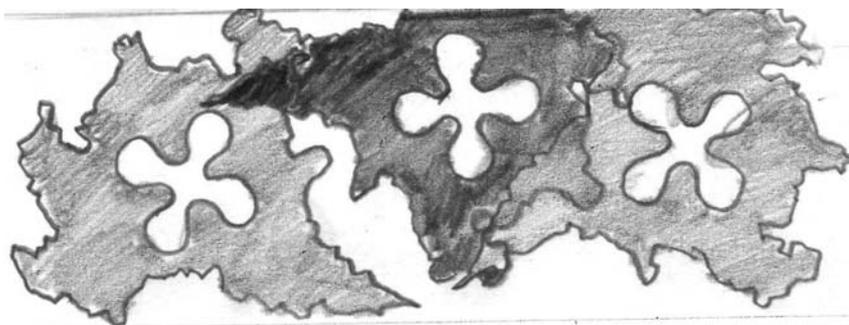
Bilancio per i servizi socio-sanitari che dedicava quarant'anni fa, cioè solo il 10% di quanto stanziato per tutti i servizi per la Salute. Troppo poco.

“*Non ci sono soldi*”, qualcuno dirà a Palazzo Lombardia, ma la mia risposta qui è triplice:

1. più si investe nei servizi socio-sanitari, più si prendono in carico le persone al manifestarsi della non autosufficienza, meno si spenderà poi nel servizio sanitario, evitando che queste persone finiscano in ospedale dove “*costano*” molto molto di più: dunque aumentando il budget dei servizi socio-sanitari si risparmia in proporzione molto di più in Sanità;
2. la salute in generale e la salute dei nostri anziani è una priorità, e deve essere dunque anche una priorità del Bilancio regionale;
3. deve aumentare in modo cospicuo il Fondo Sanitario Nazionale, aumentando così la quota-parte che viene trasferita alle Regioni.

Purtroppo nel Documento di Economia e Finanza approvato ad aprile dal Governo si rilevano però previsioni di defianziamento del nostro servizio sanitario drammatiche, data la crisi attuale del sistema: al contrario di quanto ci eravamo sentiti dire in campagna elettorale lo scorso settembre, infatti, si prevede un rapporto spesa sanitaria/PIL che scende dal 6,9% del 2022 al 6,2% nel 2025, mentre il target europeo cui dobbiamo puntare deve superare il 7%.

L'incendio di Milano chiede lutto, necessita di chiarire al più presto l'accaduto e le responsabilità, ma deve anche spingere la politica e le istituzioni a fare un deciso passo avanti per migliorare l'assistenza degli anziani in RSA, tutelare i lavoratori e sostenere i gestori che lo meritano: se non ora, quando?



Non autosufficienza al di là degli allarmi “Difendere quel che c’è (ed è garantito) per migliorare”

di Andrea CIATTAGLIA*

SOMMARIO

Gli stonati allarmi sui «fondi che non ci sono» e gli standard delle Rsa, al di sotto del fabbisogno degli utenti, chiamano ad un’azione nei confronti del Ministero della Salute. Mentre prosegue il contrasto al «Patto per la non autosufficienza», che riduce i malati non autosufficienti a cittadini di serie B.

Tra i compiti che si è assegnato il Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate croniche non autosufficienti (Cdsa), cui aderiscono tra le altre Medicina Democratica, Fondazione promozione sociale, Associazione Diana (Verona) e Umana (Perugia), c’è quello di informare il pubblico sul complesso – e spesso complicato da chi ha interessi di lucro sui più deboli – sistema istituzionale e dei servizi destinati alla presa in carico delle persone non autosufficienti, malati o persone con grave disabilità.

Con lo sguardo ad un anno, il 2023, in cui non sono mancate le iniziative «di resistenza» del Cdsa alle pessime politiche sulla non autosufficienza dei governi Draghi e Meloni, e con un buon auspicio per il 2024, si propongono qui di seguito alcune valutazioni generali di contesto sulle prestazioni destinate oggi, a legislazione vigente, alla presa in carico sul lungo periodo dei malati non autosufficienti. In seconda battuta, un dettaglio sul tema della necessaria revisione al rialzo degli standard e delle prestazioni sanitarie delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), inserite nel *continuum* dei servizi di titolarità del Servizio sanitario anche laddove sono gestiti da operatori privati, sempre accreditati.

IL CONTESTO.

Premessa. Occorre partire dalla constatazione che nonostante gli allarmi lanciati negli ultimi mesi dal «Patto per un nuovo Welfare sulla non autosufficienza» (la «coalizione sociale» che ha la maggiore responsabilità nell’approvazione della nefasta legge 33 sulla non autosufficienza del marzo 2023) l’ambito sanitario e socio-sanitario e le prestazioni per i malati persone con disabilità non autosufficienti non sono uscite da quelle previste e tutelate dalle leggi vigenti. Certo, l’ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni Lea in materia sanitaria e socio-sanitaria è largamente migliorabile e la sanità è in affanno su molti fronti. Ma ciò che lamentava il «Patto», variegata organizzazione cui hanno aderito mutue e assicurazioni, gestori dei servizi, associazioni degli utenti e Caritas, era il mancato finanziamento della neonata legge 33 del 2023 in materia di «politiche in favore delle persone anziane», propagandato da anno zero per la «non autosufficienza».

Prima o poi, i referenti del «Patto» si assumeranno la responsabilità di questi allarmi ingiustificati? Dire che «non ci sono soldi per la non autosufficienza» significa cancellare con un colpo di spugna il quadro finanziario, e quindi le prestazioni concrete per gli utenti, della complessa materia delle prestazioni sanitarie, previdenziali e assistenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti. Cioè, significa comunicare l’errato messaggio che sono azzerate le spese storiche nel settore e i servizi strutturati (il sistema delle Residenze sanitarie assistenziali, quello delle cure domiciliari...), che sono diritti esigibili degli utenti ai quali lo Stato è tenuto a dare risposta.

*Direttore della Rivista “Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali”.

La legge 33, invece, è una norma di politica sociale (non sanitaria) a fronte della quale l'autorevole giurista Giovanni Maria Flick ha invitato, proprio nel convegno organizzato dal Cdsa alla Camera dei deputati il 17 maggio 2023, a usare molta prudenza, sollecitando le associazioni di difesa degli utenti a spendersi per conservare intatto «*ciò che già c'è ed è garantito – anche se insufficiente rispetto al fabbisogno – per i malati inguaribili, sotto la tutela dell'articolo 32 della Costituzione, a salvaguardia della loro salute e del loro diritto alle cure*». Non solo è più «corretto» dal punto di vista delle competenze e della realtà dei fatti (i non autosufficienti lo sono per le loro malattie) che il loro ambito principale di presa in carico rimanga la sanità universalistica. Ma è anche più conveniente per tutti loro. E per noi, un domani che dovessimo diventare non autonomi. Bene, quindi, in questo senso, che la legge non sia stata finanziata, se non con riorientamento di una piccola parte del Fondo per le non autosufficienze.

RISORSE E PRESTAZIONI

Un quadro esaustivo delle risorse impiegate per i malati non autosufficienti è contenuto nel documento «*Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*» redatto a giugno 2023 dal Ministero dell'economia e delle finanze, cui la finanziaria approvata in Parlamento fa esplicitamente riferimento. «*La spesa pubblica per le cure di lunga durata (long-term care, Ltc), rivolta agli anziani (...) non autosufficienti, include tre componenti – spiega il rapporto –: la componente sanitaria, la spesa per indennità di accompagnamento e la spesa per altre prestazioni Ltc*».

SANITÀ E PREVIDENZA

La spesa sanitaria comprende un variegato ventaglio di prestazioni, dall'assistenza sanitaria territoriale (soprattutto semi-residenziale e residenziale in Residenza sanitaria assistenziale - Rsa) a quella di lungodegenza. Secondo gli osservatori del settore, nel 2022 la spesa nazionale per questa componente riferita agli ultrasessantacinquenni malati non autosufficienti è stata di 9 miliar-

di.

La seconda componente della spesa statale destinata ai malati non autosufficienti è costituita dall'indennità di accompagnamento: un'erogazione di liquidità di 527 euro mensili corrisposta «*al solo titolo della minorazione*» a persone che non possono deambulare autonomamente o che non sono in grado di svolgere le funzioni della vita quotidiana senza aiuto di terzi. Si tratta di una prestazione monetaria, erogata a favore dei non autosufficienti di tutte le età, a prescindere dalla loro condizione econo-



mica. Nel 2022, l'importo complessivo delle indennità di accompagnamento erogate agli ultrasessantacinquenni è stato di 10,7 miliardi, lo 0,5% del Pil.

È questo il «tesoretto» cui punta la legge 33 sulla non autosufficienza, con l'esplicito progetto di trasformarne il comparto istituzionale da previdenziale in assistenziale (cioè, da universalistico a selettivo), orientarlo verso servizi gestiti da privati accreditati e sottraendo la somma dell'indennità, anche maggiorata, al controllo e alla libera discrezionalità di malati e persone con disabilità.

ALTRE RISORSE SOCIALI

Il rapporto del Ministero delle finanze qualifica come «*altre prestazioni per Ltc*» l'insieme eterogeneo di interventi, erogati prevalentemente a livello locale dai Comuni, soggetti a verifica della condizione economica dei richiedenti (Isee). Il loro ammontare complessivo è stato nel 2022 di 4,7 miliar-

di. Su questo capitolo di spesa insiste anche il «Fondo per le non autosufficienze» per un ammontare di 700 milioni di euro, previsto in crescita nei prossimi anni, creato in origine (legge finanziaria dell'anno 2007) per permettere ai Consorzi dei servizi socio-assistenziali locali di integrare a livello economico la parte di retta alberghiera non versata dagli utenti indigenti.

Oggi il Fondo – snaturato rispetto ai propositi originari, formalmente ancora mantenuti ma di fatto inapplicati – è destinato a prestazioni eterogenee, dalla promozione della Vita Indipendente delle persone con disabilità a quelle domiciliari gestite dai Comuni (praticamente senza integrazione con le Aziende sanitarie), ai contributi sociali per i malati di Sla. Nelle Regioni che sciaguratamente hanno approvato un fondo socio-sanitario, cioè un tetto di budget alla presa in carico dei malati e persone con disabilità non autonome, il Fondo per le non autosufficienti (riparto regionale) ne è generalmente la parte più consistente.

RSA, UNA RI-QUALIFICAZIONE NECESSARIA

Focus del convegno Cdsa tenutosi a Milano il 17 novembre 2023 sono state le strutture residenziali per malati non autosufficienti, le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), il cui status è quello di enti accreditati, perciò inseriti a pieno titolo nel Servizio sanitario nazionale, anche se spesso percepiti e trattati dalle stesse istituzioni come «pezzi» separati dal *continuum* dei servizi e abbandonati alla discrezionalità dei gestori. Una visione – errata e non suffragata dalle norme – che penalizza gli utenti, cioè i ricoverati con quota sanitaria Lea, lasciati senza difese in posizione di inferiorità nei rapporti privati con il gestore, come se non fossero malati in carico al Servizio sanitario.

Fondamentale per qualsiasi progetto di riqualificazione e potenziamento sanitario delle Rsa, progetto che il Cdsa dovrebbe presto avanzare al Ministero della Salute, è che le Rsa siano definite chiaramente come «*strutture residenziali sanitarie*» e siano inquadrate nell'ambito degli interventi del Servizio sanitario nazionale.

Un innalzamento nazionale degli standard

di queste strutture è necessario. Lo esige la condizione dei malati ricoverati – non «ospiti», tenuto conto che la Rsa è una struttura sanitaria e non un albergo – via via mediamente più gravi negli ultimi anni, l'organizzazione del lavoro corrispondente, che non può prescindere da una presenza integrata di medici che lavorano in équipe, e una qualificazione delle prestazioni e dei professionisti impegnati nella cura e nelle attività quotidiane, anche quelle socializzanti.

COME FINANZIARE IL SISTEMA

Uno studio, rimasto sepolto nei cassetti del Ministero della Salute e poi travolto dal Pnrr, potrebbe offrire un primo spunto per l'applicazione pratica della ri-qualificazione, i cui oneri dovrebbero ricadere sul Servizio sanitario nazionale, con un incremento percentuale della quota Lea coperta dalle Aziende sanitarie per tali ricoveri (da 50%, ma già in Lombardia la percentuale è inferiore, con grave danno per malati e famiglie, tenuti a pagare per il 60 o 70 %).

Il documento era il risultato finale di un Gruppo di lavoro incaricato a giugno 2020 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, coordinato dal dott. Enrico Brizioli. Venne pubblicato il 20 giugno 2021 sul sito del Ministero della salute, oggi risulta non aver avuto alcun seguito operativo.

Nella sezione dedicata al finanziamento di un sistema residenziale per le cure di lunga durata più qualificato dal punto di vista sanitario dell'attuale, evidenziava come fosse indispensabile per far funzionare il sistema rinnovato delle strutture residenziali e semi-residenziali «*la corretta allocazione dei pazienti nel corrispondente livello prestazionale*», così come assicurare agli utenti «*la garanzia della erogazione di un livello essenziale di assistenza che presuppone la saturazione della domanda*». L'esatto contrario di quanto accade oggi, dove l'offerta dei posti letto è stabilita a tavolino dalla Conferenza Stato-Regioni e poi dalle stesse Regioni, senza tenere conto delle effettive esigenze di malati cronici non autosufficienti ma «*adattando*» la domanda

all'offerta considerata sostenibile a livello economico.

Significativo quanto precisava la Commissione Brizioli a pagina 12 del documento, non ritenendo «che esistano oggi standard di offerta applicabili perché: (...) - Le Regioni non appaiono propense ad accettare standard di offerta definiti a livello nazionale prima che sia entrato a regime un sistema informativo completo sulla residenzialità e, soprattutto, la reale capienza del Fondo Sanitario o di altri Fondi per garantire un livello di offerta omogeneo».

Sulla questione delle risorse economiche, il Gruppo di lavoro precisa: «Poiché l'attuale spesa sanitaria per servizi residenziali ad anziani non autosufficienti si attesterebbe intorno ai 2,5 miliardi di euro annui, l'in-

cremento effettivo di spesa per il Servizio sanitario nazionale è stimabile nell'ordine dei 5,3 miliardi di euro, pari a poco più del 5% del Fondo sanitario nazionale e a circa lo 0,3% del Pil. La copertura di questi maggiori oneri potrebbe avvenire in parte con azioni di redistribuzione della spesa sanitaria (spostamento dal livello assistenziale ospedaliero a quello residenziale), in parte attraverso la istituzione di un 'Fondo vincolato'».

Tenendo come bussola il fatto che va scartata decisamente quest'ultimissima prospettiva, perché il «Fondo» è pur sempre sinonimo di prestazione condizionata a vincoli socio economici, il resto sono spunti da prendere in esame e sui quali rilanciare un'azione di proposta verso il Ministero.



La gabbia per gli operatori e per gli utenti, del “minutaggio” nelle RSA

di Enrica GABELLI*

Siamo qui oggi a rappresentare, ognuno in base alle proprie competenze, quanto sia necessario potenziare le risorse nel campo dell'assistenza all'interno delle RSA e in generale nel settore sociosanitario assistenziale. Sull'argomento son state spese molte parole, ma purtroppo si registrano episodi tragici, come il rogo nella RSA a luglio, tutti riconducibili all'esigenza di aumentare il personale di assistenza e modificare i criteri di erogazione dei servizi.

Come operatrice con trentacinque anni di servizio son qui per restituirvi una fotografia realistica della situazione. Prendiamo come esempio un'ipotetica RSA con “nuclei” da venti posti letto. Nel nostro esempio in nucleo abbiamo diciassette pazienti in carrozzina, tutti portatori di presidio assorbente (pannolone) dieci dei quali parzialmente autosufficienti, sette non autosufficienti con necessità di aiuto anche per l'alimentazione, un deambulante bisognoso di supervisione costante, causa cammino instabile e due deambulanti autonomi. I pazienti soffrono di patologie quali diabete, cardiopatie, demenze ecc, hanno perciò diverse esigenze assistenziali e sanitarie, le RSA virtuose arrivano ad avere tre operatori in servizio. La giornata inizia alle ore 7,00 con il passaggio delle consegne, momento molto importante per l'organizzazione del turno, sapremo qui quali pazienti hanno in programma visite specialistiche con preparazioni particolari, e/o esigenze specifiche per la giornata, monitorare diuresi e scariche.

- Ore 7,20 colazione a letto, per via delle tempistiche non è possibile fare colazione “puliti”.

- Ore 8,00 igiene della persona, si svolge prevalentemente a letto attraverso spugnature,

in questa struttura si usa acqua e sapone, (atteggiamento non scontato, infatti in molte strutture si usano schiume a secco) operazione che impegna gli operatori in coppia, allo scopo di garantire la sicurezza del paziente e del lavoratore, l'operatore singolo si occupa dei pazienti deambulanti. Calcolando una media di nove minuti a testa, finiremmo intorno alle ore 10,40 ma con pazienti totalmente non collaboranti e rigidi, il tempo occorrente aumenta, abbiamo anche due anziani che devono essere medicati a causa di piaghe da decubito, perciò bisogna attendere l'arrivo dell'infermiere, un paziente è particolarmente oppositivo e richiede più tempo. Il programma prevede inoltre che ogni paziente faccia una volta a settimana il bagno/ doccia, perciò le tempistiche si dilatano giacché occorre andare nel bagno assistito, questa prestazione non è effettuata in caso di emergenze quali, assenze del personale, o imprevisti riguardanti interventi assistenziali.

- Ore 11,00, arriva la “gabbia” della biancheria piana (carrello alto e corretto inviato dalla lavanderia) si esce dal nucleo si ritira e smista in modo da procedere al rifacimento letti che, date le spugnature, son tutti da rifare completamente.

- Ore 11,40 si apparecchiano i tavoli, si sbuccia la frutta tenendo conto delle diverse esigenze, frullata, a pezzi ecc.

- Ore 12,00 arriva il carrello del pranzo, si esce si ritira, s'inizia impiattamento e distribuzione del pasto, si segue chi ha necessità di essere imboccato, s'iniziano le operazioni di lavaggio stoviglie.

- Ore 13,00 si esegue il cambio dei presidi assorbenti, messa a letto dei pazienti che fanno il riposo pomeridiano e accompagna-

*Operatrice Socio Sanitaria, Milano.

mento in bagno dei deambulanti, il lavaggio dei denti è a carico dell'educatore, gli operatori non ne hanno il tempo.

- Ore 13,45 stesura della consegna. In questa organizzazione del lavoro non è prevista pausa pranzo e gli operatori, in base alle esigenze della giornata hanno a disposizione dieci minuti per ristorarsi ed andare in bagno.

- Ore 14,00 passaggio delle consegne con gli operatori del turno pomeridiano.

- Ore 14,20 a giorni alterni ritiro e smistamento biancheria personale (le famose "gabbie" dalla lavanderia) quando c'è tempo si fanno le pulizie di fino di armadi comodini e/o i cambi di stagione.

- Ore 15,00 si alzano i pazienti che erano a letto per il riposino e si fa merenda.

- Ore 16,15 inizia la messa a letto dei pazienti che non hanno fatto il riposo pomeridiano e sono stanchi, contestuale cambio presidio assorbente, l'operatore singolo si occupa del lavaggio stoviglie e preparazione frutta per la dispensa serale e supervisione/custodia dei pazienti.

- Ore 17,45 preparazione tavoli per la cena.

- Ore 18,00 cena, chi ha bisogno di aiuto attende il suo turno.

- Ore 19,00 sistemazione cucina e lavaggio stoviglie.

- Ore 19,30 messa a letto dei pazienti restanti e cambio presidi assorbenti a tutti.

- Ore 20,45 stesura consegna, anche in questo turno non è prevista la pausa e se è possibile, ci si può staccare dieci minuti.

- Ore 21,00 passaggio consegne con operatore notturno, questa RSA anche qui è virtuosa, spesso il rapporto è uno a quaranta.

L'operatore notturno è solo, ha l'obbligo di effettuare controlli ogni due ore, risponde alle chiamate dei pazienti ed esegue cambi posture e presidi assorbenti al bisogno. Se ci sono emergenze sanitarie chiama l'infermiere. Ora alcune considerazioni, in virtù della logica del minutaggio il numero degli operatori diminuisce in favore di figure professionali altrettanto importanti e necessarie quali:

- infermiere, che solitamente si divide fra diversi nuclei e in genere ha la responsabilità di 40/60 pazienti, la presenza non è costante all'interno del nucleo, ciò compor-

ta tempi di attesa a volte anche lunghi;

- educatore, la presenza è prevista tra le ore 8,30 e le 16,30 e fra i suoi compiti, porta avanti progetti individuali o di gruppo, attraverso attività che possono essere svolte all'interno o all'esterno del nucleo, mantiene e favorisce il contatto con i familiari anche attraverso telefonate, in tutti quei casi di lontananza e impossibilità, da parte del paziente, a farlo in autonomia;

- fisioterapista, suddivide le prestazioni in diversi reparti all'interno della struttura e la presenza nel nucleo si riduce a circa un'ora a giorni alterni;

- medico internista.

In questo nucleo vengono erogati più dei 901 minuti di assistenza settimanale.

Ciononostante a un attento esame appare chiaro ed evidente che in quest'organizzazione non c'è spazio per la personalizzazione dell'assistenza e ogni imprevisto (un paziente che non sta bene, oppure oppositivo, le malattie del personale, assenze a vario titolo, ferie) diventa un'emergenza difficile da gestire senza sacrificare ulteriore spazio e tempo ai pazienti, capita spesso che in servizio si trovino solo due operatori. Appare altrettanto evidente che in questa giornata tipo non vi sia tempo per la relazione umana tra operatore e anziano, il quale non vive affatto in una situazione familiare e tanto meno ha la possibilità di godere di attenzioni che non siano solo legate a igiene e alimentazione, la vita quotidiana si svolge in un susseguirsi di operazioni che giorno dopo giorno assomigliano a una catena di montaggio. L'organizzazione del lavoro siffatta mette a rischio ogni giorno la salute dei lavoratori, le operazioni routinarie che comportano usuranti sforzi fisici e l'innalzamento dell'età pensionabile sono fattori che vedono aumentare le patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico, gli ausili come sollevatori, letti elettrici non sono sufficienti a garantire e prevenire infortuni e malattie professionali, non è da sottovalutare infine la sindrome da burnout, patologia diffusa riconducibile anche alle frustranti condizioni di lavoro. Per rendere dignità ai pazienti e agli operatori occorrono più risorse, l'abolizione del minutaggio, la garanzia di un rapporto operatore/utente.

Qualità delle cure del lavoro delle RSA

di Paola SABATINI*

La pandemia ha riportato l'attenzione sul nostro sistema sanitario e sui cambiamenti che lo hanno attraversato dopo che nel 1978 era stata conquistata la legge 833, la riforma sanitaria. Già dagli anni 90 le politiche sanitarie hanno subito una svolta manageriale con la riforma De Lorenzo del 1992, legando il diritto alla salute e alle cure alla sostenibilità e al bilancio: un diritto inalienabile e fondamentale che non potrebbe essere vincolato a logiche economiche e di risparmi di spesa.

Accanto ad un progressivo definanziamento e smantellamento della sanità pubblica, che ha portato dal 2010 alla perdita di 37 miliardi per il SSN, hanno preso campo le progressive privatizzazioni dei servizi, la promozione di sistemi assicurativi sostitutivi, successivamente introdotti anche nei contratti di lavoro, la partecipazione di spesa da parte degli utenti. Una situazione che sta determinando anche un cambiamento nella terminologia, passando da Servizio Sanitario Nazionale a Sistema Sanitario Nazionale, dove sempre maggior ruolo viene assegnato anche al privato sociale e alla sussidiarietà.

Un definanziamento che prosegue con l'attuale legge di bilancio dove i 3 miliardi previsti di aumento della spesa sanitaria non vanno a compensare l'inflazione e si traducono in una diminuzione della spesa in rapporto al PIL: nel 2024 il 6,3%, mentre nel 2023 era il 6,6 %. Risorse aggiuntive sono previste solo per aumentare le convenzioni con la sanità privata.

Nel campo dell'assistenza di persone anziane e disabili ma anche di altre fasce di popolazione fragile come le persone con problemi di salute mentale o di dipenden-

ze, le progressive esternalizzazioni dei servizi sanitari e socio sanitari hanno portato ad un sistema che si regge prevalentemente su strutture private: il report di Amnesty International del 2020 sulle RSA e sui decessi avvenuti testimonia che solo il 26 % delle RSA sono pubbliche, mentre quelle private no profit il 48 % e private for profit il 25 %.

Cooperative, multinazionali, compagnie assicurative si contendono l'accaparramento di prestazioni sanitarie e assistenziali, vedendo un business su quello che dovrebbe essere un diritto esigibile dei cittadini. Sindacati e associazioni di familiari raccolgono giornalmente le conseguenze delle politiche di esternalizzazione di questi servizi, con il peggioramento della qualità delle cure e delle condizioni di lavoro di chi opera nel settore.

L'organizzazione attuale delle RSA è subordinata alle normative regionali di accreditamento: in questo settore esiste quindi già una differenziazione su base regionale dei parametri di assistenza, tutti comunque legati alla logica dei "minutaggi" di assistenza attribuiti al singolo paziente: il numero del personale è stabilito moltiplicando il numero dei minuti indicato nelle varie delibere regionali per il numero dei pazienti presenti e viene anche riadeguato sulle presenze effettive. E' un sistema che assimila il lavoro con le persone, all'organizzazione industriale dove si mira ad ottimizzare la produzione e i tempi: un sistema che ha ben poco a che fare con chi si occupa di persone e non di macchine. Non tiene nemmeno conto che negli ultimi anni la tipologia dell'utenza delle strutture ha bisogni sanitari aumentati e che le persone che

*CUB Sanità.

entrano nelle RSA sono pazienti sempre più gravi e con molte patologie.

I parametri stabiliti sono parametri minimi, ma difficilmente chi si aggiudica un appalto o una concessione o una convenzione mette a proprio carico migliorie significative, anzi le modalità di risparmio per aggiudicarsi un appalto con un'offerta economicamente vantaggiosa, riguardano anche le misure dei biscotti, dello shampooing, l'uso di prodotti per lavaggio a secco in modo da ottimizzare i tempi...

Ma non c'è solo il problema del numero degli operatori ma anche il problema della qualità delle figure professionali presenti: in diverse regioni i pazienti sono in carico al proprio Medico di Medicina Generale e non c'è un medico nella struttura, può mancare l'infermiere di notte, fisioterapia e animazione sono ridotte ai minimi termini, non è previsto il terapeuta occupazionale, il logopedista.

Tutto questo incide pesantemente sulla qualità delle cure.

Nel PNRR si dà rilievo e si prevedono risorse per la digitalizzazione: se è vero che nel periodo della pandemia la possibilità di comunicare a distanza ha permesso un mantenimento dei rapporti familiari, visto il divieto delle visite (che comunque più volte i familiari hanno chiesto venissero ripristinate in sicurezza), è di fondamentale importanza per le persone anziane il rapporto umano e diretto sia con gli operatori che con i familiari, e quindi l'investimento maggiore dovrebbe essere sulle risorse umane e sugli adattamenti necessari per le visite in sicurezza.

Per il personale delle RSA esiste anche un problema contrattuale, in quanto a parità di titoli e mansioni gli operatori delle strutture esternalizzate guadagnano circa il 30% in meno dei loro colleghi del servizio pubblico e sono inquadrati in una dozzina di contratti diversi, alcuni definiti contratti "pirata".

Una situazione che determina una "fuga" dal settore socio sanitario appaltato verso il servizio pubblico, che, pur lavorando in condizioni difficili e con grossi carichi di lavoro, offre stipendi migliori e maggiori garanzie.

La difficoltà di reperire personale e la fuga dello stesso, fa sì che spesso le strutture abbiano delle deroghe sulle qualifiche del personale, cioè siano autorizzate all'uso di personale con qualifiche non adeguate: es personale con mansioni alberghiere al posto di operatori socio sanitari.

Obiettivo fondamentale è dunque un contratto unico del settore, in modo che gli operatori che fanno le stesse mansioni abbiano parità di stipendio.

Molte Cooperative che operano nel settore sono in realtà aziende tese a fare business, con migliaia di dipendenti. Accade così che anche in questo settore si arrivi a casi di "malaffare", con Aziende o Cooperative che gonfiano i dati fino a vere e proprie truffe ai danni dello Stato, come realizzatosi recentemente.

La penalizzazione di chi lavora nei servizi esternalizzati non riguarda solo la parte economica ma anche la parte normativa: orario di lavoro, congedi e permessi, pagamento della maternità, part time talvolta involontario, formazione e aggiornamento non garantito.

Ad ogni cambio appalto si ripropone una nuova assunzione, spesso con il ricatto di diventare anche soci delle Cooperative e ripagare ogni volta la quota sociale.

Il meccanismo degli appalti ha messo in evidenza ancora di più con la pandemia le sue criticità: le strutture sono gestite da Cooperative o da soggetti privati, a cui spetta attuare le misure di protezione e sorveglianza sanitaria sia per i lavoratori che per gli utenti e lamentano la spesa aggiuntiva di queste misure non previste nel contratto di appalto o convenzione.

Come già detto le normative regionali stabiliscono i parametri e l'ente pubblico (regione o committente pubblico) dovrebbe effettuare la sorveglianza sul rispetto almeno dei parametri minimi e sulle strutture: ma difficilmente questi controlli vengono effettuati con le cadenze necessarie e senza preavviso.

Situazione che porta ad eventi come quelli accaduti recentemente a Milano, con il rogo alla RSA Casa Coniugi.

Il risparmio che Cooperative e soggetti privati cercano di fare per ricavare maggiori

guadagni, comporta anche scarsi investimenti nella formazione degli operatori e quindi sul personale che tende nel tempo a dequalificarsi.

I problemi legati all'aumento dell'età pensionabile fanno sì che nel settore dell'assistenza ci sia un invecchiamento dell'età media delle lavoratrici, che si trovano a dover comunque continuare a svolgere un lavoro gravoso spesso in presenza di patologie professionali anche se non tabellate da INAIL e di difficile riconoscimento: ad es problemi nelle articolazioni delle spalle, nei polsi... Solo le ernie risultano patologie tabellate ma comunque di difficile riconoscimento da parte di INAIL.

Inoltre le stesse lavoratrici si trovano talvolta a minimizzare le patologie per non rischiare l'inidoneità al lavoro, coscienti che qualora questa venga riconosciuta, difficilmente potranno essere ricollocate in mansioni diverse e quindi l'inidoneità diventa l'anticamera del licenziamento.

Le tematiche della sicurezza sul lavoro e del rispetto di quanto previsto dalla legge 81/2008 sono prioritarie, non solo per il rischio biologico su cui si sono puntati i riflettori durante il COVID, ma anche per i rischi da movimentazione: fondamentale per la sicurezza dei lavoratori e degli anziani delle RSA la dotazione di attrezzature e ausili idonei, quali letti, sollevatori, carrozine, ausili per il bagno, ecc...

Anche su questo punto non sono accettabili risparmi o compatibilità economiche.

Diventa sempre più importante il riconoscimento di lavoro usurante per le figure sanitarie, come OSS e infermieri, che si trovano costretti a continuare un lavoro così gravoso anche in età avanzata, data l'impossibilità di accedere alla pensione.

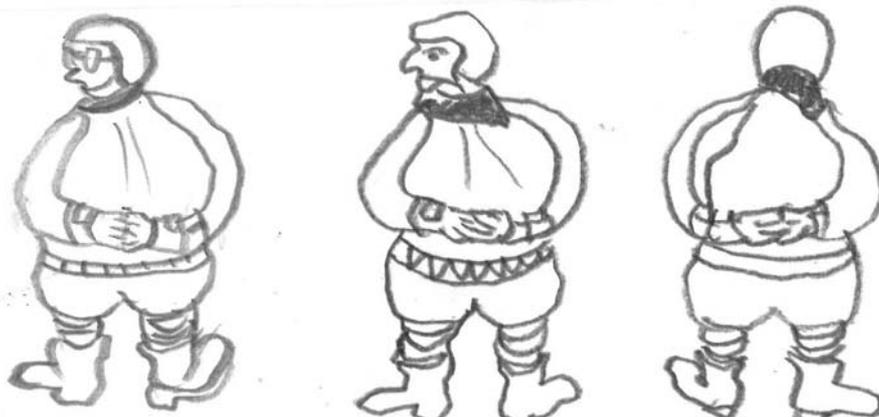
Dobbiamo lottare per il trasferimento alla gestione pubblica di queste strutture, ma nel contempo bisogna prendere coscienza che questo non basta in quanto attualmente il pubblico ha incorporato con il sistema dei DRG (Diagnosis Related Groups) e prestazionale, i principi privatistici. Anche i lavoratori del servizio sanitario pubblico sono in buona parte caduti nella logica privatistica e si trovano divisi da logiche corporative, come dimostra anche lo sviluppo dei sindacati rappresentativi di singole categorie di lavoratori, per le quali vengono richiesti trattamenti particolari e piccoli o grandi privilegi.

Occorre quindi che anche il pubblico ritorni ai principi di servizio in ragione dei bisogni e non improntato a criteri economici e produttivistici.

Vanno comunque studiate strategie per la reinternalizzazione che diano garanzie agli operatori attualmente in servizio. Infatti, dato che nel pubblico si entra solo con concorso, un'eventuale reinternalizzazione potrebbe mettere a rischio il mantenimento del posto di lavoro, a meno di non introdurre criteri che tengano conto del servizio prestato.

Gli orientamenti che vediamo rappresentati a livello istituzionale non valorizzano la necessità di aumentare sia quantitativamente che qualitativamente il personale di cura, tanto è vero che anche nel PNRR non ci sono risorse per il personale ma solo per tecnologie, telemedicina, strutture così come non si vedono modifiche tese a superare la logica del minutaggio in ragione dei bisogni individuali dei singoli pazienti che difficilmente sono standardizzabili.

E' un tema che tocca tutti, lavoratori e fruitori di servizi e di diritti esigibili.



L'esperienza di un medico di Medicina generale

di Maurizio BARDI*

Premetto che la mia esperienza di RSA è legata più a vicende personali che professionali. Mi è capitato, come credo a quasi tutti, di andare a trovare dei degenti, fossero lontani parenti, conoscenti o miei ex assistiti. Sempre sono entrato in queste strutture con una sensazione di imbarazzo e inadeguatezza, sensazione che mi ha accompagnato durante le visite e anche dopo.

Professionalmente il mio contatto con la realtà delle RSA è legato alla compilazione dei modelli per le domande di ingresso di qualche assistito. Modelli che per fortuna sono stati ultimamente unificati a livello regionale e sono uguali in (quasi) tutte le strutture. Fino a qualche anno fa ognuno aveva i propri moduli e quindi fatica moltiplicata per i compilatori, per gli assistiti e per le persone che se ne fanno carico.

Da questo modulo voglio partire per proporvi qualche semplice riflessione.

Se provo a compilarlo avendo in mente un mio ipotetico assistito, ma anche uno reale, alla fine ne viene fuori più che altro un elenco delle patologie e della loro supposta gravità, delle terapie farmacologiche in corso e di una serie di parametri che servono evidentemente a dare un'idea dei bisogni assistenziali della persona.

Dalla scheda deduciamo che stiamo parlando di una persona di 83 anni, in condizioni generali neanche troppo scadenti: qualche problemino di cuore (fibrillazione atriale e ipertensione) dei problemi alla prostata e una discreta artrosi, un'iniziale (quanto iniziale ?) deficit cognitivo, un tono dell'umore un po' deflesso, come si usa dire in gergo. Però quanto queste patologie siano significative per la persona e

quanto ne condizionino il vivere quotidiano è difficile dire.

Quindi noi compiliamo una serie di campi, per esempio se deve essere aiutato nel mangiare, nel lavarsi e nel vestirsi, se ha bisogno delle sponde al letto e così via, ma, sempre per esempio, se io scrivo che la persona non vede e non cammina in maniera autonoma non riesco a capire quanto è importante per lui/lei non riuscire a leggere, o non essere in grado di partecipare a una conversazione o banalmente di guardare e/o ascoltare la TV.

Va un poco appena meglio con la parte del modello che va compilata dall'interessato o chi per lui, che riguarda, sarebbe meglio dire sfiora, l'aspetto della socialità.

Se faccio leggere uno di questi modelli compilati a ciascuno di voi, probabilmente ognuno si figura nella propria testa una persona diversa, magari con una idea abbastanza simile e veritiera dei bisogni, ma senza cogliere il nucleo centrale di questa persona, il carattere, gli interessi, insomma chi è e chi era questa persona prima di essere inserita in questa struttura quale la sua vita affettiva e sociale, se gliene resta una.

L'impersonalità desolante di una descrizione di disturbi, di bisogni e di (dis)autonomie è uno strumento sicuramente indispensabile, e, anche se compilato in maniera accurata, cosa non sempre vera, non ci fa capire come si può sentire una persona che esce dalla propria casa, o ne è già uscita per un ricovero ospedaliero, per entrare in un posto da cui sa che non uscirà più. Forse una serie di incontri preliminari all'ingresso nelle RSA, al domicilio o nel luogo di degenza, possono essere utili agli

**Medico di Medicina generale. Medicina Democratica, Milano.*

operatori per conoscere meglio il futuro ospite e alla persona che dovrà entrare per elaborare un passaggio così importante.

A volte l'ingresso in RSA può rappresentare un passaggio positivo e penso, per esempio, a tutte quelle persone per le quali la solitudine è la vera malattia. Normalmente non è così e la scelta viene presa o per indisponibilità/impossibilità delle persone vicine alla presa in carico o perchè il percorso di cura domiciliare è una corsa ad ostacoli in cui bisogna scontrarsi con ritardi burocratici, carenza di risorse e personale, cattiva organizzazione, disinteresse e quindi diventa nei fatti impraticabile.

Seguendo questo ragionamento è importante che la persona con patologia acuta o sub acuta in dimissione ospedaliera, esca, ove necessario, con un programma riabilitativo domiciliare già completamente impostato nei tempi e nei modi.

Così come è importante battersi per rinfor-

zare o creare le sinergie necessarie tra ospedale e territorio e tra i diversi servizi del territorio con un medico di medicina generale che sia messo nelle condizioni e sappia essere il fulcro del percorso clinico.

Un mesetto fa sono andato a teatro a vedere Giulia Lazzarini che recitava un testo di Renato Sarti che, attraverso i ricordi di una infermiera, ricostruiva la storia dei manicomi negli anni immediatamente precedenti all'arrivo di Basaglia e descriveva i formidabili cambiamenti maturati in quegli anni, non solo nelle pratiche ma prima ancora nelle teste degli operatori e della società.

Sicuramente i tempi non sono propizi ma forse anche per le RSA c'è bisogno di un pensiero che rovesci la prospettiva: da luogo in cui si tutela la salute e si cerca di prolungare la sopravvivenza a luogo in cui la vita abbia ancora un significato e sappia dare delle gratificazioni.



Le proposte del CDSA per i decreti attuativi della Legge 33/2023, in particolare per la riorganizzazione radicale delle Residenze Sanitarie Assistenziali

di Maria Grazia BREDA*

PREMESSA

Il CDSA (*Coordinamento per il Diritto alla Sanità per le Persone Anziane malate e non autosufficienti*) si è costituito alla fine di un percorso durato più di due anni, iniziato nel 2019 durante la pandemia da Covid-19, che ha fatto emergere, nella sua drammaticità, che il modello attuale delle cure sanitarie e socio-sanitarie ha fallito tanto per le Rsa, quanto per le prestazioni sanitarie domiciliari rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti, comprese le persone con demenza o malati di Alzheimer.

Le rilevanti criticità e le nostre proposte erano già state raccolte nel documento *“Per il diritto alla continuità terapeutica, affettiva e relazionale degli anziani, delle persone con disabilità e in generale di tutte le persone malate non autosufficienti”* (1), inviato al precedente Governo presieduto da Mario Draghi, che non le ha considerate, così come non abbiamo avuto riscontro agli incontri ottenuti con Mons. Vincenzo Paglia, Presidente della *“Commissione per la riforma dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana”*, insediata dal Ministro della salute Roberto Speranza; non ha dato esiti neppure l’incontro con il referente del Ministero della salute per la Missione 6, dott. Stefano Lorusso, né quello con il gruppo di lavoro promosso dal Ministro per le politiche sociali, On. Andrea Orlando e coordinato dall’On. Livia Turco. Tutti impegnati per la

stesura di una legge per la non autosufficienza.

Il CDSA non si è lasciato scoraggiare e non ha mai smesso la sua azione di contestazione dei provvedimenti che via via venivano approvati, sempre accompagnati da puntuali proposte fondate sul richiamo alla condizione di malattia degli anziani non autosufficienti e, quindi, al loro pieno diritto esigibile alle cure sanitarie e alle prestazioni socio-sanitarie di lunga durata previste dai Lea, normati dal dpcm del 12 gennaio 2017.

È quindi proseguito il nostro impegno di controinformazione sia con interventi su riviste e quotidiani, sia nei riguardi delle prefetture, dei Consigli regionali, dei parlamentari delle Regioni, grazie all’apporto delle associazioni, dei comitati dei familiari e dei rappresentanti degli operatori delle strutture socio-sanitarie presenti in Piemonte, Lombardia, Veneto, Trentino, Emilia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Calabria. Molte sono state le iniziative e i presidi organizzati. Per quanto riguarda le Rsa, anche per sollecitare l’apertura alle visite dei familiari con l’assunzione delle necessarie iniziative per renderlo possibile, garantendo la tutela dei malati.

L’approvazione il 31 marzo 2023 della legge 33/2023 *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”* non ci ha trovato pertanto impreparati, in quanto le precedenti azioni, rivolte alle istituzioni regionali e nazionali, avevano

*Presidente
Fondazione
Promozione
Sociale - Torino.

richiesto già la messa a punto delle nostre richieste.

Il 27 marzo 2023 il CDSA ha prontamente inviato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri del nuovo Governo Meloni, un documento in cui sono indicate richieste e proposte, per l'attuazione dei decreti attuativi della legge 33/2023. I contenuti richiamano le norme costituzionali e la legislazione vigente in materia sanitaria e sono sostenuti da documenti approvati nel 2020 dalle società di geriatria del Piemonte e della Valle d'Aosta (2), nonché dall'Accademia di medicina di Torino (3).

Al riguardo è doveroso precisare che il sin dai primi documenti la riorganizzazione radicale delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA), che sarà oggetto del mio intervento, ma è impegnato anche per ottenere il diritto prioritario alle cure sanitarie domiciliari, comprensive di un contributo economico: un'Adi potenziata per chi è malato e non autosufficiente e può essere curato a casa. La casa può essere anche il cohousing, la convivenza guidata, il gruppo appartamento, la comunità di tipo familiare. Così come il SSR riconosce la quota sanitaria nella convenzione in Rsa, deve essere riconosciuto dall'Asl una quota sanitaria che concorre al costo delle prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare di cui necessita l'anziano malato cronico non autosufficiente al domicilio 24 ore su 24 x 365 giorni all'anno.

La legge 33/2023 non garantisce assegni di cura della Sanità al domicilio: è prevista la prestazione universale, ma la legge (e non quello che si propaga) colloca la prestazione universale nelle politiche assistenziali e quindi la sottopone alla valutazione economica e sociale del malato anziano non autosufficiente e del nucleo familiare; inoltre non ci sono risorse disponibili aggiuntive, salvo quelle già previste a legislazione vigente.

È per questo motivo che sono in molti a voler intaccare il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento, di cui beneficia circa un milione di anziani malati non autosufficienti, secondo il dato fornito dall'Inps, che è il solo dato da prendere come riferimento per la programmazione

per gli interventi (e i finanziamenti necessari) da destinare a malati cronici non autosufficienti ultra 65enni.

Ricordo che nelle cure domiciliari Lea di lunga durata, vi rientrano anche i centri diurni, una risorsa importante - ma poco diffusa - per i malati non autosufficienti con Alzheimer o altre forme di demenza. La presa in carico, anche in questo caso, dovrà essere dell'asl di residenza del malato non autosufficiente, in quanto è una prestazione semiresidenziale prevista nei Lea al fine di incentivare la permanenza al domicilio di anziani malati cronici non autosufficienti, in particolare malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile. Le prestazioni semiresidenziali devono essere potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi finalizzati al mantenimento delle autonomie pur limitate dei malati non autosufficienti. Ricordiamo altresì il diritto a ricoveri di sollievo per chi è curato al domicilio.

LE RSA: LE PROPOSTE DEL CDSA

Venendo alla Rsa i punti sostanziali richiamati nelle nostre proposte per la stesura dei decreti legislativi della legge 33/2023 sono i seguenti:

1. riconoscere che i ricoverati sono malati così gravi da aver perso la loro autosufficienza e, spesso, anche la capacità di manifestare le loro più elementari esigenze. Non sono "ospiti" di strutture residenziali alberghiere e non è pertanto applicabile alle Rsa la conversione prospettata dal PNRR: convivenze, gruppi appartamento, comunità familiari sono proposte valide per persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti, in grado di autodeterminarsi, che potrebbero beneficiare delle prestazioni domiciliari potenziate da un assegno di cura universalistico della sanità come chiediamo. Anche le Rsa possono organizzare prestazioni domiciliari sanitarie, ma la titolarità deve restare in capo all'Asl, che ha la responsabilità del PAI e resta il garante del diritto alla cura del malato non autosufficiente;

2. le Rsa sono strutture accreditate dal Servizio sanitario e rientrano pertanto nei Lea, articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017.

La Rsa deve garantire cure senza limiti di durata a chi non può essere curato al domicilio, ai sensi degli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 da cui discendono i LEA. Ricordo che, quando le strutture sanitarie e socio-sanitarie impongono dimissioni allo scadere di 30-60 giorni, si può ricorrere, opporsi, con poche lettere raccomandate A/R o Pec (4). Neppure l'accesso alla Rsa deve essere condizionato dalla valutazione economica o sociale, perché l'utente è un malato e i criteri sono quelli del Servizio sanitario nazionale. Il Consiglio di Stato lo ha ribadito con la sentenza n. 1858/2019 (5), ma le delibere regionali di quasi tutte le Regioni non lo rispettano. La legge 33/2023 va nella direzione delle Regioni e, quindi, ammette le liste d'attesa e la richiesta dell'Isee anche per ottenere la quota sanitaria (6).

Per le suddette ragioni, nel convegno promosso dal CDSA nella Biblioteca della Camera dei Deputati il 17 maggio u.s.(7), il Prof. Giovanni Maria Flick (giurista e presidente emerito della Corte costituzionale), critico verso la legge 33/2023 sulla non autosufficienza, ci ha sollecitato a non abbandonare il terreno sicuro dei Lea per le prestazioni di lunga durata all'interno del Servizio sanitario nazionale, che assicurano – pur non perfette – il diritto dei malati cronici non autosufficienti a ricevere cure sanitarie e socio-sanitarie. Il messaggio è stato chiarissimo: dobbiamo impedire il trasferimento dei malati cronici non autosufficienti nel “*Sistema nazionale per la popolazione anziana*” (Snaa). Sarebbero ridotti alla condizione di “*casi sociali*”, mentre sono malati con esiti da malattie croniche che causano addirittura non autosufficienza e per questo hanno il pieno diritto alle cure da parte del settore della sanità.

LA RIFORMA DELLE RSA CHE CHIEDE IL CDSA

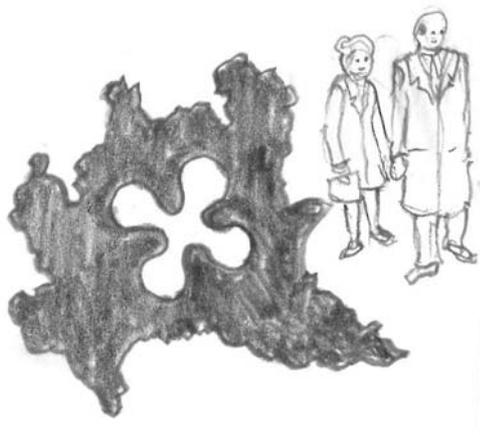
Siamo ben consapevoli del fatto che i Lea non sono perfetti e che si può/deve fare molto per migliorare il sistema delle cure sanitarie e sociosanitarie nelle strutture residenziali RSA. Le residenze socio-assistenziali (case protette, residenze protette) devono riconvertirsi, se intendono conti-

nuare ad accogliere malati anziani non più autosufficienti.

La Rsa deve essere a pieno titolo dentro la filiera delle strutture sanitarie del Servizio sanitario regionale e questo comporta:

In merito alle prestazioni residenziali, occorre operare contemporaneamente per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra Servizio sanitario ed enti privati norme per garantire:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati,



con la necessaria revisione degli standard del personale;

- un numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle Regioni e con un nuovo parametro, che non sia quello in uso del “*minutaggio*”;

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e nelle strutture sanitarie;

- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010;

l'esclusione dal ricovero nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;

- il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico;
- le relazioni affettive e gli altri bisogni dei ricoverati; assicurare pasti soddisfacenti pur considerando le diete;
- ambienti confortevoli che richiamino l'ambiente domestico, sale lettura o per visioni film, attività per mantenere le relazioni e le capacità cognitive anche se ridotte, giardini esterni e invernali, attività interne aperte ai cittadini e non solo ai familiari con il coinvolgimento di associazioni esterne: culturali, musicali, per giardinaggio o altre attività di intrattenimento;
- una capienza massima di 120 posti letto organizzati come sopra precisato con prestazioni sanitarie e socio-sanitarie; gli spazi così liberati saranno dedicati ad altri servizi aperti alla cittadinanza (case di comunità, centri diurni per malati di Alzheimer o altre forme di demenza, studentato, ecc.);
- una robusta percentuale di gestione pubblica delle Rsa, per avere parametri di confronto dell'organizzazione del lavoro e dei costi con le strutture private da accreditare.

Il servizio sanitario deve dotarsi di una autonomia di valutazione del personale necessario e dei costi delle prestazioni. Non può dipendere dalla contrattazione unilaterale dei gestori privati, benché accreditati. La ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano andrà imputata al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti privi di mezzi propri. In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti, si ritiene per questo indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Cassazione (8).

Al Ministro della Salute, si chiede di predisporre un provvedimento di riordino complessivo delle riforme necessarie in materia di Prestazioni domiciliari e assegni di cura, Centri diurni e Rsa per la tutela

della salute degli anziani malati cronici non autosufficienti, compresi gli anziani malati di Alzheimer o con altre demenze, la cui titolarità ricade nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Alcune questioni da affrontare

La vigilanza: alcune proposte per migliorare

a) I tabelloni. La posa in ciascuna Rsa dei tabelloni con indicata la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto, è una modalità facile da introdurre, ma con effetti importanti. In questo modo chiunque accede alla Rsa ha la possibilità di verificare: dai familiari, agli amici, ai volontari, ma è immediato anche il riscontro per le commissioni di vigilanza con un semplice giro nei reparti (9).

b) Trasmissione dati presenze e contributi.

Un altro comportamento facile da adottare è la trasmissione, da parte delle Rsa al Servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail, nonché delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti. E' un modo semplice, che si può fare a tavolino, ma permette di incrociare i dati ed evitare quello che è già capitato. Si veda a titolo di esempio la sentenza n. 77/2017 della Corte dei Conti della Regione Veneto.

Corte dei Conti del Veneto condanna la Rsa e il responsabile dell'Ulss della vigilanza

Con la sentenza n. 77 del 10 luglio 2017, la Sezione giurisdizionale per la Regione Veneto della Corte dei Conti ha condannato la società di gestione di una struttura residenziale socio-sanitaria, oltre che il responsabile della Commissione di vigilanza dell'Ulss di Rovigo, al risarcimento di oltre 1.400.000 euro nei confronti della stessa Ulss poiché, nonostante la struttura operasse in regime di accreditamento con il Servizio sanitario regionale, non sono stati rispettati gli standard di cura previsti per le strutture convenzionate con il Servizio sanitario, anche a causa del mancato intervento della Commissione di vigilanza, rice-

vendo così rimborsi non dovuti da parte della Sanità.

Stando ai rilievi effettuati dalla Guardia di Finanza durante le indagini è emerso fin da subito che la Rsa «chiamata in forza delle convenzioni con l'A.U. al rispetto di specifici standard organizzativi e d'utilizzo di personale specializzato, aveva disatteso tali obblighi impiegando una quantità di personale qualificato inferiore a quella dovuta, con conseguente minore qualità del servizio prestato a fronte di un eguale costo sostenuto dall'Azienda Sanitaria; a tale condotta dannosa si era affiancato anche un concorrente omesso controllo da parte della Azienda».

Parallelamente all'intervento della Corte dei Conti, la vicenda ha interessato anche la Procura della Repubblica di Rovigo, la quale ha avviato un procedimento per:

- maltrattamenti a danno dei degenti;
- abuso di ufficio ed esercizio abusivo di funzione pubblica;

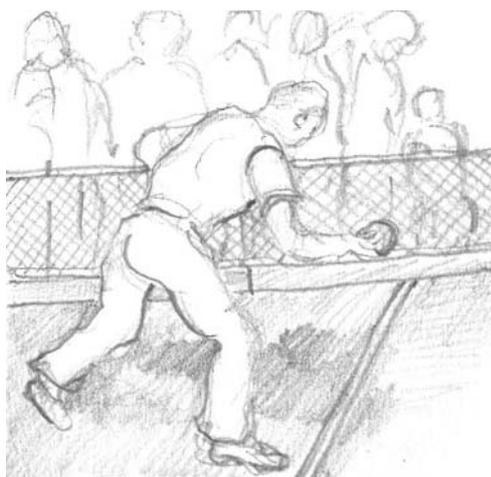
- truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche, commessa attraverso la fittizia rivalutazione di ben 61 pazienti da media ad alta intensità assistenziale, nonché per frode nelle pubbliche forniture.

Per quanto riguarda la decisione di competenza della Corte dei Conti, le contestazioni mosse alla struttura sono state: «(i) impiego (...) di un numero di O.S.S., nel periodo 2010-2012, inferiore a quello previsto dagli standard applicabili, tenuto conto anche dell'assenza della figura del necessario podologo, compensata calcolando l'utilizzo in sua vece di corrispondenti unità di O.S.S.; (ii) adibizione di alcuni O.S.S., nel periodo 2010-2014, a mansioni non ammesse a rimborso, consistenti in particolare in attività di pulizia, servizio igiene biancheria, relazioni utente-famiglia; (iii) impiego di un numero di infermieri, nel periodo 2010-2014, inferiore agli standard applicabili, in parte per loro indebita sostituzione con un servizio medico h24, in altra parte per loro mancanza tout court; (iv) impiego di un numero di medici specialisti, nel periodo 2011-2014, inferiore agli standard applicabili».

Secondo la Corte dei Conti, a fronte del mancato rispetto degli standard da parte

della struttura, «senz'altro discende per l'Aulss» un danno. Del danno sono stati considerati responsabili i referenti della Rsa, ma anche il Direttore dei Distretti dell'Ulss, nonché il Direttore della Commissione di vigilanza aziendale, poiché a lui sarebbe spettato verificare la corrispondenza tra il personale impiegato dalla Rsa e la pianta organica standard prevista dalla convenzione siglata tra Ulss e struttura.

In particolare, il responsabile della Commissione di vigilanza, «era tenuto fra



l'altro ad assicurare verifiche con cadenza almeno annuale sulle strutture controllate, al fine di rilevare l'eventuale inosservanza degli obblighi, così da poter prescrivere ai rappresentanti della R.S.A. "le attività necessarie a rimuovere le cause che avessero originato l'inosservanza e il termine per porle in essere"».

c) Visite a sorpresa di gruppi civici volontari autorizzati dai Comuni

Volontari delle associazioni che aderiscono al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base di Torino, accedono senza preavviso alle strutture diurne e residenziali della disabilità grazie a una deliberazione del Comune di Torino in vigore dal 1983.

Si può estendere l'esperienza più che positiva; è sufficiente chiedere l'approvazione di delibere comunali che, d'intesa con le Asl, autorizzino a visitare le Rsa – senza preavviso – piccoli gruppi di cittadini, volontari di associazioni, consiglieri delle istituzioni locali, sindacalisti pensionati,

familiari che hanno avuto esperienza con loro congiunti ricoverati. I volontari (da due a quattro, dotati di documento di autorizzazione identificativo) non devono fare commenti, ma possono richiedere in visione tutti i documenti. Presenteranno successivamente la relazione esclusivamente al Comune: il Sindaco (o l'assessore delegato) è la massima autorità sanitaria sul territorio e potrà esercitare il suo ruolo nei confronti dell'Asl e della Regione per ottenere eventuali necessari provvedimenti. Se non basta, si coinvolge il Consiglio comunale e, se ancora non è sufficiente, si passa a giornali fino agli esposti.

E' necessaria una sorveglianza collettiva contro abusi e maltrattamenti. Non basta essere ricchi e poter pagare rette esose. Dal libro inchiesta di Victor Costanel, che ha indagato sulla multinazionale francese Orpéa, che gestisce 24 strutture in Italia, è emerso un sistema deliberato di maltrattamento, negazione delle cure, standard minimi per i degenti e per gli operatori. Eppure, le rette andavano dai 6000 ai 12mila euro al mese (10).

d) Ancora non basta: bisogna affrontare il problema della scelta del personale

Com'è noto in tutte le sedi (aziende industriali, uffici commerciali, ecc.) la qualità delle prestazioni tecniche, sociali e umane dipendono in larga misura dalla professionalità e quantità del personale addetto.

Questa ovvia constatazione vale in particolare per il corretto funzionamento delle comunità alloggio, le case di cura e le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, per cui la scelta del personale, la determinazione del numero minimo degli addetti e la loro stabilità sono condizioni di particolare importanza per una idonea qualità della vita degli utenti, soprattutto se si tratta di persone non autosufficienti e quindi molto spesso nemmeno in grado di esprimere le proprie esigenze fondamentali: caldo, freddo, fame, sete, percezione dei dolori, risposta alle terapie.

Per la garanzia di una conduzione valida di queste strutture e di quelle analoghe è in primo luogo *«necessario evitare per quanto possibile che venga assunto personale con*

gravi disturbi della personalità», anche perché gli utenti non sono in grado di reagire alle violenze subite e spesso sono impossibilitati, a causa dell'estrema gravità delle loro condizioni di salute, di segnalarli (11).

Era stato quindi proposto che tutti gli operatori, prima di essere assunti *«siano sottoposti, con tutte le garanzie di riservatezza del caso, a un esame approfondito della loro personalità»*. Allo scopo era stato suggerito di individuare *«centri scientificamente riconosciuti validi, scelti di comune accordo dagli Enti e dai Sindacati dei lavoratori (...) incaricati di rilasciare una dichiarazione attestante che l'operatore è adeguato alle caratteristiche della sua personalità e per la sua professionalità, a svolgere determinate attività»* nel settore delle comunità alloggio o delle Rsa (12). Ovviamente dovrebbe essere garantita la totale riservatezza anche nei confronti di coloro che non ottenessero la suddetta certificazione.

e) No al Fondo socio-sanitario: ipotesi dello Snaa previsto dalla legge 33/2023

La prevenzione si fonda su rapporti personale/utente che assicurano il tempo, la quantità e la qualità delle prestazioni (di ogni tipo) indispensabili al degente che, in quanto malato e non autosufficiente, non può che dipendere dall'aiuto (e dalla cura) del personale e dell'organizzazione in cui è inserito.

Serve certezza e stabilità dei finanziamenti, che non possono essere predeterminati. Inoltre, vanno garantite le convenzioni con il Servizio sanitario regionale, perché se non c'è convenzione (ovvero la quota sanitaria prevista dai Lea) i malati non autosufficienti, specie se con demenza, possono finire in strutture abusive (che costano poco), non in grado di garantire loro tutte le prestazioni necessarie.

Non possiamo che venga violato il diritto alla tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, con sotterfugi e criteri illegittimi applicati dalle Regioni, in barba a quanto stabiliscono le leggi nazionali dello Stato.

Il CDSA è quindi fermamente contrario all'istituzione di un fondo socio-sanitario

unico, nel settore delle politiche sociali, che definisca a priori le risorse stanziare dal Servizio sanitario nazionale, come vorrebbe il nuovo Sistema Snaa della legge 33/2023. Sarebbero le risorse – scarse – a definire il numero delle convenzioni e NON le esigenze degli utenti.

La programmazione e il finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie Lea di lunga durata devono restare in capo al Ministero della Salute, distinte dal settore delle politiche sociali, perché i malati cronici non autosufficienti rientrano nell'articolo 32 della Costituzione.

È vero che anche oggi non sono pienamente finanziate, ad esempio per gli effetti perversi del Patto della salute tra Stato e Regioni. La giurisprudenza, tuttavia, conferma che sono norme illegittime (13).

È però inaccettabile che le istituzioni territoriali agiscano in piena autonomia e per prime non rispettino i diritti dei malati non autosufficienti, approvando provvedimenti illegittimi per “autorizzarsi” a non stanziare le risorse che la Corte costituzionale vincola per garantire i Lea.

Chiediamo al Governo che si apra un confronto con tutte le parti sociali

Per la piena attuazione del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie ai malati anziani non autosufficienti, comprese le persone con demenze e malate di Alzheimer, è indispensabile la partecipazione di tutti. In Piemonte tra il 2002 e il 2010 ha funzionato un Tavolo Regione e Territorio, al quale erano presenti tutti gli attori, comprese le associazioni di volontariato impegnate nella difesa del diritto degli anziani malati non autosufficienti. Sono state approvate importanti deliberazioni regionali, che hanno considerato sia la condizione di malattia, sia i riferimenti normativi di legge. È dimostrato che si può fare (14).

Questo è il momento per intervenire uniti nei confronti del Governo e del Parlamento per chiedere di partecipare alla riprogrammazione delle prestazioni socio-sanitarie Lea domiciliari, semiresidenziali e residenziali per adeguarle alle mutate esigenze degli anziani malati non autosufficienti con il necessario aggiornamento dei Lea sanitarie socio-sanitari.

Note

1. Cfr. *Prospettive assistenziali*, n. 214/2021, p. 19.

2. Cfr. “*La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute*”, pubblicato sulla rivista *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 217/2022, p. 34

3. Cfr. “*Torino, l'Accademia di Medicina sulle cure ai malati cronici non autosufficienti*”, pubblicato sulla rivista *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 216/2021, p. 24.

4. Cfr. “*Opposizione alle dimissioni, come usarla*” e “*Opposizione alle dimissioni, il facsimile*”, pubblicati sulla rivista *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 218/2022, p. 38 ss.

5. La sentenza n. 1858/2019 del Consiglio di Stato ha precisato che: «*la previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo fissata in 60 giorni*» dall'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 per la cura delle persone

non autosufficienti «*non è cogente*» con la precisazione che «*ove permangono le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno dunque a carico del Servizio sanitario nazionale*». Inoltre, nella stessa sentenza il Consiglio di Stato ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari*».

6. Cfr. “*Appunti sul diritto costituzionale alla salute dei malati non autosufficienti*”, *Prospettive assistenziali*, n. 241/2021.

7. Cfr. “*La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei Lea, il “pericolo” dei Lep*”, pubblicato sulla rivista *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 222/2023, p.

20, reperibile sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it

8. Vedere intervento dell'Avv. Maria Luisa Tezza.

9. Un esempio è dato dalla Dgr 45/2012 e s.m.i. della Regione Piemonte.

10. Letizia Caselli, "Nelle Rsa lager dei 'becchini' di Orpéa", in *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*, n. 218/2022, p. 32.

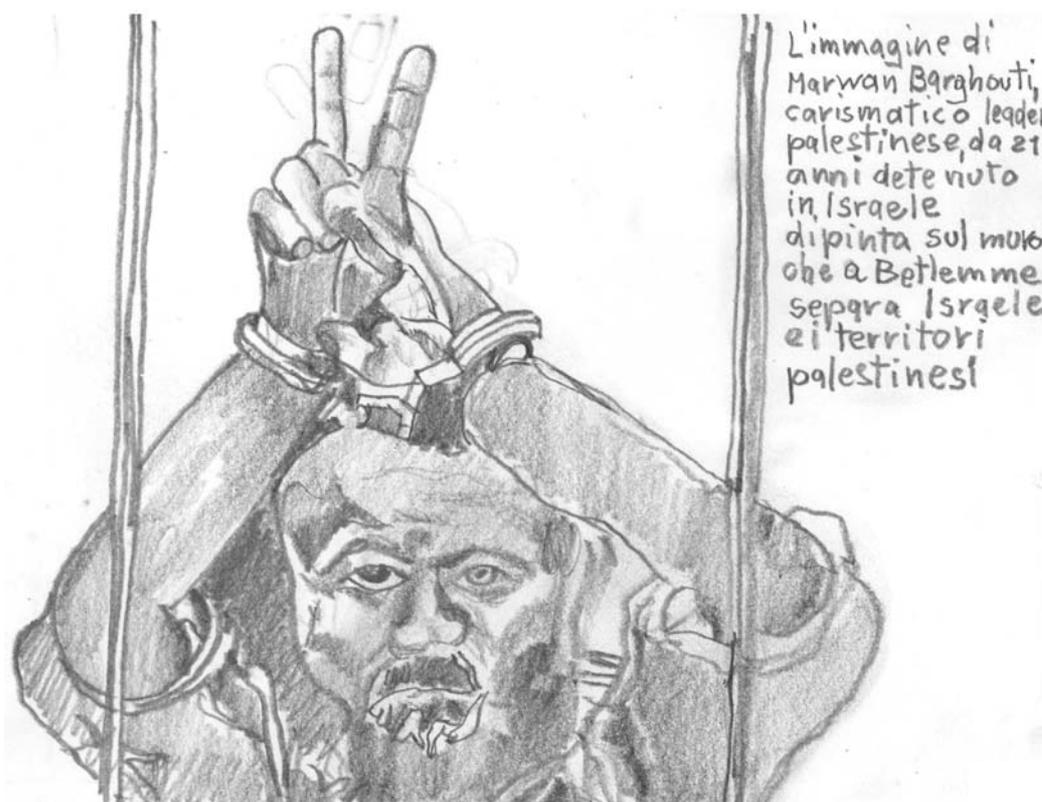
11. Cfr. Maria Grazia Breda e Francesco Santanera, *Handicap: oltre la legge quadro. Riflessioni e proposte*, Utet Libreria,

Torino, 1995.

12. *Ibidem*.

13. Cfr. il documento "Importanti provvedimenti sui diritti delle persone colpite da patologie e/o da disabilità con autonomia limitatissima o nulla", pubblicato sul sito internet www.fondazionepromozionesociale.it

14. Cfr. "Strutture residenziali per anziani cronici non autosufficienti: il nuovo modello della Regione Piemonte", in *Prospettive assistenziali*, n. 151/2005.



Decreto non autosufficienza: il commento in cinque punti

di Andrea CIATTAGLIA*

Il nodo della valutazione multidimensionale e della definizione dei malati non autosufficienti che non tiene in conto le loro esigenze sanitarie, la prestazione nient'affatto «universale» per le cure domiciliari, l'allarme per le strutture socio-assistenziali per non autosufficienti.

Il 15 febbraio 2024, la decima Commissione del Senato ha audito, insieme ad altre organizzazioni, la Fondazione promozione sociale (intervenuta anche a nome del Cdsa – il coordinamento nazionale per il diritto alla sanità degli anziani malati cronici non autosufficienti) in merito al recente “*Schema di decreto*” attuativo della legge 33/2023 sulla “*Non autosufficienza*” - legge di cui a più riprese, abbiamo evidenziato le preoccupanti criticità e il carattere generale di provvedimento che nega ai malati non autosufficienti anziani gli stessi diritti e le stesse prestazioni di cura degli altri malati.

In audizione sono state manifestate ai senatori indicazioni per la modifica del decreto, con l'intento – almeno – di mitigare gli effetti più negativi del provvedimento di partenza. Seguirà, nelle prossime settimane, l'approvazione definitiva del Governo. Fondazione promozione sociale e Cdsa sono intervenute sugli aspetti qui di seguito illustrati nel dettaglio.

1) **Definizione di anziano non autosufficiente.** Sono state messe in evidenza preoccupazioni significative sulla «*definizione di anziano non autosufficiente*» così come proposta nello “*Schema di decreto*” (articolo 2), che rischia di uniformare le condizioni degli anziani non autosufficienti con quelle delle persone con disabilità.

Questa assimilazione non tiene conto delle differenze sostanziali tra le due condizioni, ovvero tra lo stato di malattia e quello di disabilità, soprattutto perché la non autosufficienza negli anziani deriva spesso da malattie croniche e progressive, a differenza della disabilità che può non essere correlata a patologie in atto. Questa critica si è unita a quella rivolta alla mancata considerazione degli anziani non autosufficienti come «malati» all'interno del testo del decreto, con una potenziale discriminazione e pertanto un'inadeguata presa in carico sanitaria di tali soggetti. Per tali ragioni è stata chiesta la revisione della terminologia usata nel decreto, sostituendo «*persona anziana non autosufficiente*» con «*anziani malati cronici non autosufficienti*», per dare evidenza esplicita alla loro condizione di malattia e pertanto confermare il loro relativo diritto di cura in ambito sanitario, con la presa in carico che ne consegue.

2) **La valutazione.** Altro punto molto critico evidenziato nello Schema di decreto, riguarda la “*Valutazione multidimensionale unificata*” (articolo 27), che non garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie necessarie per gli anziani non autosufficienti, ponendo le prestazioni di lungo termine di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale previste dai Lea (Livelli essenziali di assistenza), su un piano di valutazione comparabile a quello di prestazioni socio-assistenziali, legate pertanto a criteri non clinici, con il rischio di esclusione della presa in carico dei malati non autosufficienti per motivi socio-economici (Isee o altri regolamenti).

*Direttore della rivista “*Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*”.

3) **Strutture socio-assistenziali.** È stato inoltre evidenziato la grave conseguenza sottesa alla previsione di inserimento degli anziani malati cronici non autosufficienti in strutture residenziali «*NON sanitarie*», come prevede purtroppo l'articolo 30 dello Schema di decreto. Netta in merito la richiesta di cancellare tale possibilità, evidenziando invece la necessità di garantire standard sanitari più elevati.

4) **Rsa, quale riforma?** In merito all'articolo 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari), è stato chiesto di enfatizzare il ruolo delle strutture Rsa nel sistema di offerta di cura del Servizio sanitario nazionale, suggerendo l'aggiunta di un incipit specifico per chiarire che tali strutture sono «*sanitarie*» ed erogano prestazioni socio-sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. In quest'ottica è inoltre stata sollevata l'esigenza di incrementare la quota di retta a carico del Servizio sanitario (dal 50% fino al 60% o 70%).

5) **L'inganno delle cure domiciliari.** Altro punto ha riguardato la «*Prestazione universale*» (articoli 34 e seguenti), dove il numero di beneficiari previsti è limitatissimo (meno di 25mila) rispetto all'ampia fascia di necessitanti (oltre 1,5 milioni di malati non autosufficienti). La sperimentazione avviata dal decreto a partire da gennaio 2025 vale per gli anziani non autosufficienti qualificati come «gravissimi», con meno di 6mila euro di Isee e over 80 per i quali all'indennità di accompagnamento Inps che percepiscono si aggiungono 850 euro (denominati assegno di assistenza), che devono essere interamente spesi per l'assunzione di

personale.

La Fondazione promozione sociale ha manifestato alla X Commissione del Senato l'esigenza – per la quale sta lavorando con il Cdsa sul piano nazionale – di una modifica legislativa per garantire vere cure domiciliari davvero universalistiche, senza valutazioni socio-economiche, introducendo nell'articolo 22 dei Lea un'«*Adi potenziata*» (Assistenza Domiciliare Integrata) per la prestazione di cura domiciliare non professionale (ne abbiamo trattato nell'articolo «*Adi potenziata, proposta del Cdsa: «Solo così vere cure domiciliari per i malati non autosufficienti*», pubblicato sull'ultimo numero di *ControCittà*, novembre-dicembre 2023).

In conclusione, le proposte avanzate nel corso dell'audizione mirano a proporre al Parlamento e al Governo modifiche dello Schema di decreto nel senso di assicurare una presa in carico adeguata degli anziani malati cronici non autosufficienti da parte del Servizio sanitario nazionale e regionale, evitando discriminazioni e garantendo l'accesso alle cure di lungo termine come previsto dai Lea. Sul sito [fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it) è riportata integralmente la memoria presentata all'audizione.

Questo testo è apparso su *ControCittà* (gennaio/febbraio 2024), pubblicazione della *Unione per la promozione sociale OdV* successivamente al Convegno di Milano del 17.11.2023, <http://www.fondazionepromozionesociale.it/controcita.htm>, ringraziamo per aver concesso la ripubblicazione sulla nostra rivista.

Interventi

Giordana GABRIELLI,

Familiari RSAUnite – Coordinamento trentino per la cura e il sostegno di tutte le forme di non autosufficienza nasce nel 2020 da come Comitato spontaneo in seguito alle chiusure e restrizioni nelle RSA determinate dall'evento pandemico del Covid.

Da luglio 2023 siamo costituiti in APS

L'associazione nasce con l'obiettivo di dare voce alle persone residenti in RSA:

- al mantenimento e al rispetto dei loro diritti e della loro dignità,
- alla salvaguardia della appropriatezza delle cure con il coinvolgimento del residente e dei familiari nella programmazione dei percorsi di cura e nella programmazione della quotidianità
- alla difesa del fondamentale diritto alla socialità e vicinanza continuativa degli affetti.

L'associazione offre inoltre uno spazio informativo, di aggregazione, di confronto e di progettualità ai familiari, amici, conoscenti e a tutte le persone legate e sensibili al mondo delle RSA.

Parte del nostro lavoro è stato finalizzato ad affrontare le gravi criticità conseguenti alle chiusure all'accesso dei familiari nelle RSA.

Questo tramite monitoraggi e contatti intercorsi con familiari di diverse RSA, evidenziando anche mediante comunicati stampa la mancata adesione da parte di alcune di esse alle direttive provinciali e ministeriali

Il giorno 30 settembre 2023 abbiamo organizzato a Trento il nostro primo convegno a tema: *“La RSA che vorrei – non isole ma ponti”* è stato un evento partecipato con

varietà di temi trattati, riflessioni spunti interessanti sia da parte dei relatori che dal pubblico e per la nostra Associazione è stata la possibilità di presentarci alla cittadinanza e di tessere ulteriori e preziose reti di collegamento con cittadini, politici e altre realtà associative.

La rete di contatti e collaborazione con UPIPA (Società cooperativa con funzione di coordinamento e solidarietà tra le varie RSA associate) ha portato buoni frutti e proprio in questi giorni ha favorito la tempestiva riapertura all'accesso dei familiari ad una RSA chiusa per casi di positività al Covid.

Il collegamento con altre RSA ci ha aperto anche alla conoscenza di buone pratiche. RSA che funzionano con direttori, coordinatori, operatori e amministratori locali che condividono con passione e energia il progetto di dare alla persona accolta in RSA cure e assistenza appropriate non in un simile reparto ospedaliero ma in un luogo che assomigli il più possibile a una casa dove la persona possa mantenere il più possibile i propri ritmi di vita, dove la contenzione fisica e farmacologica è una eccezione e non la regola e dove la persona con demenza ha spazi e operatori formati dedicati.

Nell'attesa di un necessario rinnovamento più volte annunciato le RSA con le persone residenti, i familiari e gli operatori vivono in un continuo stato di precarietà e di urgenza, proprio in questo momento noi crediamo esiste un sì può fare, attivando responsabilità, attenzione, impegno e partecipazione sociale uniti ognuno nel proprio ruolo e competenza, per difendere la sanità

pubblica, rivendicare per i nostri vecchi e anche per noi il diritto di poter guardare al domani senza il timore di sentirsi scarti di vita.

Maurizio LOSCHI,

Medicina Democratica Savona – CUB Sanità

Quando a Savona abbiamo saputo che a Milano Medicina Democratica insieme al CDSA stava organizzando questo convegno sullo stato delle RSA all'interno del Servizio Sanitario Nazionale come Cub sanità operante nel settore con lavoratori iscritti appartenenti alle varie tipologie professionali che operano nelle strutture per anziani abbiamo subito deciso che avremmo partecipato, trovando l'approccio del Convegno non solo estremamente stimolante ma soprattutto coincidente con le difficoltà che quotidianamente incontriamo nell'attività sindacale e che i lavoratori denunciano nell'esecuzione quotidiana delle loro attività.

È dal 1990 che milito in Medicina Democratica ma erano già 15 anni che facevo attività sindacale e tutta la vita ho continuato prestare attività in entrambe queste organizzazioni trovandole complementari in quanto affrontano le medesime tematiche anche se da punti di vista diversi ma proprio per questo necessarie l'una all'altra.

Il primo argomento affrontato oggi parlava del diritto e l'attività del sindacato si fonda proprio sulla possibilità per i lavoratori di esercitare i propri diritti, nella concezione che il diritto è tale quando è di tutti perché se è di pochi anche se ha una sua ragione non è più un diritto ma diventa un privilegio e in quanto tale prima o poi si finisce col perderlo.

Quindi per poter mantenere i nostri diritti bisogna che operiamo perché questi siano universali, cioè di tutti, e già in questo ci siamo riconosciuti nelle ragioni di questo convegno.

Siamo altresì consapevoli però che i diritti anche quando ottenuti possono essere successivamente negati.

La modalità più semplice avviene cambian-

do la legge.

Ad esempio attraverso continue modifiche alle leggi precedenti come l'attuale Governo ha fatto con la LEGGE 23 marzo 2023, n. 33. (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) che continua ad erodere in molti aspetti del diritto alla cura ed alla salute, ma non è certo l'unico modo con cui possono negare i diritti. Un altro è molto più semplice: Ti riconosco i diritti sulla carta ma faccio in modo che tu non possa acquisirli perché non li finanzia adeguatamente.

Questo è l'altro aspetto fondamentale.

È proprio analizzando i programmi e gli obiettivi che il movimento sindacale si pone che ci siamo resi conto che a volte i lavoratori cadono in una trappola perversa quando si limitano a rivendicare di fronte alla crescente inflazione unicamente forti aumenti salariali.

Al di là del fatto che spesso questi aumenti salariali non si riesce neppure ad ottenerli si corre comunque il rischio di acquisire del denaro che poi destiniamo a spese diverse e poi ci viene a mancare nel momento in cui abbiamo un'esigenza fondamentale di vita o di salute che non riusciamo più a coprire.

E questo evidenzia l'importanza di un servizio sociale perché attraverso la conquista dei servizi sociali in passato abbiamo ottenuto un enorme ammortizzatore anche di fronte alla perdita del potere d'acquisto dei salari.

Perché quando la sanità è pubblica e universale i cittadini vengono curati sia quando gli serve una semplice aspirina ma anche quando necessitano di un intervento chirurgico o di un farmaco contro il cancro o contro l'epatite C anche quando costano migliaia di € al flacone

Se invece entriamo nell'ottica di una sanità a pagamento in assenza di un servizio pubblico la rincorsa agli aumenti salariali finisce con negare il diritto alle cure perché chi non avrà adeguate risorse non si potrà più curare.

In quest'ottica scuola, sanità e trasporti sono tutti legati alla medesima necessità di difesa. Il nostro specifico impegno sarà quindi quello di fare tesoro di tutti i dati, le informazioni, gli elementi di conoscenza che

questo convegno ci ha fornito, riportandoli nel corso della nostra attività in mezzo ai lavoratori affinché diventino patrimonio loro più che nostro, e ne facciamo derivare specifici obiettivi di lotta uscendo da una politica sindacale esclusivamente economica e legata alla contrattazione con il datore di lavoro.

L'altro contributo che vorremmo portare e che nasce dalla nostra esperienza sindacale è che non è mai sufficiente limitarsi a fare la lista della spesa ed inserirvi un sacco di cose buone, ma se si vuole invitare gente a pranzo una volta fatti gli acquisti ci si deve preoccupare anche di avere chi cucinerà il cibo, bisognerà avere a disposizione il fuoco, avere le pentole, cioè dobbiamo avere altrettanta cura dei dettagli ed individuare correttamente le gambe su cui i nostri obiettivi marceranno.

Quali sono state le gambe che ci hanno portato ad ottenere in passato quelle leggi a cui oggi facciamo riferimento e che vorremmo difendere?

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che istituiva il servizio sanitario nazionale ma anche lo stesso Statuto dei lavoratori del 1970 o legge Basaglia le stanno distruggendo tutte a pezzi piccoli o grossi per volta ma chiederci come abbiamo fatto a ottenerle è indispensabile per ragionare su come poterle difendere.

A nostro giudizio le abbiamo ottenute perché allora c'erano un movimento sindacale e un movimento politico di sinistra molto forti, fortissimi, una enorme partecipazione popolare di donne e uomini, giovani studenti e pensionati, con una coscienza che allora si definiva "di classe" e che agivano di concerto tra loro.

Quando nel 1970 venne promulgato lo "Statuto dei Lavoratori" non venne firmato dal Partito Comunista perché al governo c'era la Democrazia Cristiana ma l'opposizione in quel periodo riuscì ad avere un potere di controllo e di confronto, un potere contrattuale che impose alla DC di allora di inserire in una legge dello Stato i contenuti dei rapporti di forza che erano stati raggiunti nelle fabbriche e nei posti di lavoro e trasformare in specifiche leggi quei diritti fino a prima inesistenti.

Lo stesso vale a nostro giudizio anche per le successive riforme della sanità, della scuola o della società civile.

Ecco, se non ci preoccupiamo di ricostruire questa forza (è noi come sindacato ci poniamo al servizio di queste rivendicazioni e riteniamo dovrebbero farlo tutti i sindacati), e ci limitiamo a scrivere sulla carta o gridare i nostri obiettivi ma poi non passiamo alla fase organizzativa e non entriamo nel dettaglio di come acquisire gli strumenti indispensabili per ottenere davvero quello che ci prefiggiamo corriamo il rischio di esercitare quello che in Liguria chiamiamo "mugugno", facendo poi la fine di colui che a conclusione della rissa affermava orgogliosamente " *lui me le ha date, ma quante gliene ho dette*".

Carlo PARASCANDOLO,
Rivista Pensionati Uniti (1)

L'iniziativa di oggi è un'iniziativa importante perché pone al centro non solo l'art 32 della Costituzione e i diritti della persona ma soprattutto quelli dei più deboli.

Sono un Ferroviere in pensione, faccio parte del progetto della Rivista Le Lotte dei Pensionati che si sta trasformando, con ambizioni anche di creare dei collegamenti con gli altri paesi europei dove sono in lotta per i diritti che riguardano tutti gli aspetti delle persone, dei pensionati ma non solo, compreso l'aspetto della salute quindi che è stato qui trattato oggi di quelli che non sono in grado di potersi difendere perché non ne hanno le condizioni, non hanno le condizioni nemmeno economiche spesso per poterlo fare.

Volevo sottolineare, perché io faccio parte anche della Rete Europea contro la commercializzazione della Salute, quello che sta avvenendo anche negli altri Paesi. Cioè il ruolo delle grandi multinazionali nei processi di destrutturazione della Sanità Pubblica compresi quelli che riguardano le strutture delle RSA, logicamente coniugate nella realtà di ciascun Paese, per favorirne in modo sempre più ampio il processo di commercializzazione della salute è una

cosa in atto.

Il confronto con gli altri Paesi, quello che sta succedendo, le lotte che ci sono negli altri paesi, delle iniziative che ci sono, analoghe a quello che sta succedendo in Italia, in Europa nel momento in cui tra l'altro la campagna per le elezioni europee è già in corso ma nei prossimi mesi avrà anche un ruolo dove si potrebbe portare, anche a quel livello, in coordinamento con gli altri Paesi e quindi faccio una proposta per esempio : perché non fare un'iniziativa analoga a quella che è stata fatta oggi anche a livello europeo insieme alle realtà come possono essere la Francia, la Spagna e il Belgio che già agiscono per gli stessi temi, per poter fare pressione perché poi il 7 aprile ci sarà una manifestazione a Bruxelles proprio in difesa del diritto alla Salute perché è la giornata mondiale e, in particolar modo, è la giornata di azione che a livello europeo e già anche in Italia abbiamo cercato di portare insieme a Medicina Democratica in tutti questi ultimi anni.

E' necessario a mio avviso poter fare un confronto con gli altri Paesi europei che ci permette anche di ricomporre le informazioni dell'assalto delle grandi multinazionali. Quello che è stato prima brillantemente mostrato attraverso le slides da Aldo Gazzetti è un esempio di come sta avvenendo una penetrazione costante, quindi si destruttura per fare spazio alla finanziarizzazione e ai processi di privatizzazione che lasceranno sempre più gli indifesi, quindi in questo caso gli anziani malati cronici non autosufficienti per primi, in una situazione di non potersi difendere.

Carlo Parascandolo, Ferroviere in pensione è tra i fondatori il 16.10.2004 del Coordinamento Milanese di Solidarietà "DALLA PARTE DEI LAVORATORI" che insieme a Medicina Democratica e altri è stato tra i promotori il 10 dicembre 2014 della Rete per la Salute di Milano e Lombardia e dal 7 aprile 2016 a Milano di iniziative per la celebrazione della giornata mondiale e della giornata di azione europea per la salute coordinate con la Rete Europea contro la commercializzazione della Salute, successivamente il 5 novembre 2017 all'as-

semblea dei movimenti a Milano è stato tra i promotori di DICO 32. SALUTE PER TUTTE E TUTTI! CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE, fa parte del Coordinamento Regionale Lombardo Campagna DICO 32.

1) Fa parte della Rivista Le Lotte dei Pensionati.

Angelo PEDRINI,
sindacalista SIAL-Cobas

La non autosufficienza è un problema di salute e quindi della sanità (pubblica) che va salvaguardata e non ridotta a problema di assistenza sociale che verrebbe gestita sulla base delle disponibilità economiche e non come un diritto.

Come sindacato partecipiamo alla costruzione della rivista Pensionati Uniti che dando continuità alla rivista Lotte dei Pensionati (nata sostanzialmente dal settore dei Ferrovieri). La questione della salute sarà un tema particolare importante sia sul recupero del concetto di prevenzione che su quello delle cure. E su questo i rapporti con le realtà impegnate e presenti al convegno saranno importanti. Dal punto di vista dei diritti nel settore dei lavoratori c'è una grossa difficoltà. In zona Martesana due esempi: una RSA costruita dal privato e assegnata a loro per 30 anni applica contratti al ribasso. È arrivato al nostro ufficio vertenze il lavoratore neoassunto al livello più basso, con poca o nulla formazione e viste le difficoltà a gestire il rapporto, il poco tempo disponibile per le persone è scappato e ha cercato lavoro in altri settori. A Vimodrone la RSA (struttura storica): era ECA, poi ente morale, e poi spa si sono potuti notare i peggioramenti nei decenni. La presenza di solo personale dipendente con contratto enti locali rendeva possibile una gestione decente dei presenti e poi negli anni a seguire dipendenti con contratti diversi e personale misto comportava confinamenti mobili e in aree sempre più vaste con personale di sola cooperativa. Il minutaggio produce rapporti con i degenti

sempre meno umani. Lavoratori malpagati (due o tre euro in meno all'ora) e un aumento della rotazione comporta anche continui cambi di referente per il paziente. Il cottimo è una piaga che si sta diffondendo. Negli anni '70 la lotta nelle fabbriche per l'abolizione del cottimo di fatto è stata per la riduzione dei ritmi, per gli aumenti degli organici e per la riduzione della saturazione e dell'orario di lavoro. Nelle fabbriche si sono rimangiati quelle lotte e ormai con la polivalenza e l'uso delle tecnologie digitali il controllo dei ritmi si è esteso a molti settori anche impiegatizi. Un tecnico che lavora sul territorio dai clienti è costretto a compilare giustificando digitalmente il 95% della sua giornata di lavoro (con attività reali, utili o anche no). La qualità del lavoro si perde sempre di più ma i report sono quelli a cui ci si deve attenere per giustificare le attività sulla carta e casomai prendere i premi di risultato. Uno sguardo andrebbe rivolto anche all'assistenza scolastica dove c'è l'insegnante di ruolo ma sempre più diffusa è la presenza di quello di sostegno (dipendente pubblico) ma che non copre tutte le ore della presenza nella scuola.

A quel punto interviene l'assistente scolastica o educatore professionale dipendente della cooperativa che svolge una funzione pubblica ma sottopagata, senza formazione sufficiente (all'inizio del rapporto) né tempo per confrontarsi sul programma individualizzato e che spesso si dedica al sostegno con passione ma con lo sguardo rivolto al nuovo posto di lavoro meglio pagato. I comuni a seconda del bilancio decidono di ridurre sempre di più le ore del sostegno e i bandi spesso non contengono nemmeno l'adeguamento automatico agli aumenti dei rinnovi contrattuali (ovviamente tra i 6 milioni di lavoratori con il contratto scaduto ci sono anche le cooperative sociali che operano nella scuola come nelle RSA).

Le poche esperienze nelle RSA dei parenti organizzati in Comitati di controllo andrebbero conosciute e diffuse. La presenza di queste realtà consentirebbe un miglior controllo e rapporto con le strutture, le istituzioni del territorio con il fine principale di garantire la qualità dei servizi. Il bivio delle

ulteriori privatizzazioni e/o la internalizzazione (il ritorno al pubblico) non è solo un tema politico ma si gioca sulla pelle dei non autosufficienti.

La possibilità di impedire che la legge delega vada in porto con ulteriori peggioramenti, con lo spostamento dalla sanità al sociale e che si tiri avanti con i fondi del PNRR e che alla fine dei finanziamenti si renda inevitabile un altro salto verso la privatizzazione è un compito arduo, complicato ma necessario per il futuro.

Lidia CIRIELLO,

Associazione Gad - Cinisello Balsamo Ex
Presidente Comitato Parenti Rsa Martinelli

Considerazioni ed esperienze sui comitati parenti

I Comitati Parenti sono una assoluta necessità per il buon funzionamento delle Strutture protette, sia che si tratti di persone anziane o disabili.

Non è possibile per l'utenza accettare una conduzione lasciata totalmente agli Enti Gestori e agli organi di controllo regionali.

I Comitati Parenti sono nella maggioranza dei casi osteggiati o mal sopportati. Vengono trattati come un elemento di disturbo mentre invece dovrebbero essere considerati una risorsa perché il fine esclusivo dei Comitati stessi è il benessere dei propri cari ricoverati.

Le famiglie, che sono il più delle volte obbligate a questa soluzione, non vogliono abdicare alla cura e alla presenza nella vita dei propri famigliari. Inoltre pagando rette di una certa entità - dove la suddivisione dei costi non rispetta il 50% stabilito dai Lea - hanno tutto il diritto di verificare le condizioni di vita durante la permanenza in struttura.

Il "peccato originale", se così lo vogliamo chiamare, sta nel fatto che le strutture non sono tenute a riconoscere la presenza dei Comitati, dipende tutto dalla loro volontà di confronto e dialogo.

Abbiamo chiesto più volte alla Regione di inserire la presenza dei Comitati tra i requisiti di accreditamento, ma non è mai stata concessa anche per l'opposizione degli Enti Gestori, mentre tra chi offre il servizio e chi ne usufruisce dovrebbero svilupparsi delle relazioni di sistema finalizzate ad una maggiore efficacia del lavoro di cura.

Da queste premesse nasce l'esigenza dei parenti di:

- Agire collegialmente perché c'è sem-

pre la paura di ritorsioni nei confronti dei propri cari;

- Condividere problematiche di carattere generale da sottoporre alla Direzione degli Enti gestori segnalando criticità e fornendo suggerimenti;

- Insistere sull'umanizzazione delle cure. La sempre maggiore complessità e fragilità delle persone ricoverate richiede un aggiornamento dei 901 minuti settimanali che oggi risultano essere assolutamente insufficienti.



Scuola: invertire la rotta

di Rino ERMINI

Circa quarant'anni fa, richiestomi da Luigi Mara, scrissi il mio primo articolo sulla scuola per Medicina Democratica. A quel tempo, pur non facendomi troppe illusioni, mi pareva che tutto fosse chiaro: era in atto in varie forme e tonalità la lotta di classe. Da una parte c'erano i padroni e i loro servi, dall'altra gli oppressi e gli sfruttati. E sebbene fra questi ultimi ce ne fossero tanti più d'accordo col padrone che con chi voleva l'emancipazione, mi pareva che si stesse andando nella direzione giusta. Insomma, era solo questione di tempo: alla fine avremmo vinto noi.

La realtà era fatta di tante tipologie di posti di lavoro, ma era nella fabbrica che stava il nocciolo della questione, era da lì che passava la via maestra per l'abbattimento del Capitalismo. C'era anche il vasto e variegato mondo della scuola; e c'erano molti, fra i quali il sottoscritto, che pensavano vi si dovesse lavorare politicamente per far crescere le nuove generazioni con uno spirito e una mentalità adatti a partecipare da protagonisti alla Rivoluzione. Nella scuola c'erano quasi un milione di lavoratori e alcuni milioni di studenti. Quale miglior posto di questo da mobilitare a fianco della classe operaia?

Le cose non sono andate come volevamo e come pensavamo fosse inevitabile che andassero. Le fabbriche, si dice, non ci sono più; ma ci sono ancora gli oppressi e gli sfruttati, forse molti più di allora. Nella

scuola i numeri sono più o meno gli stessi di un tempo, ma in essa le condizioni lavorative e l'insegnamento sono pesantemente peggiorati. La borghesia ci ha sconfitti, non annientati ma sconfitti sì. Ed è inutile recriminare. La borghesia ha fatto il proprio mestiere. Siamo noi, quelli che volevano cambiare il mondo radicalmente, che abbiamo perso, e siamo noi che dobbiamo capire perché, recuperare quello che c'è stato di buono nel nostro agire e nel nostro pensare, cioè nella nostra storia, mettere in un archivio aperto quel che non serve più o non serve per ora, e ricominciare. Nei soliti luoghi, cioè nei posti di lavoro del settore privato, e nei servizi pubblici, a partire dalla scuola. E dico "ricominciare" (o continuare per chi non ha mai ceduto) se non altro perché il pensare, l'agire e il lottare sono per noi condizione di vita. Noi abbiamo la famiglia, il lavoro, la normalità quotidiana, ma agire e lottare per cambiare il mondo caratterizzano a un punto tale la nostra esistenza che se non ci fossero la vita non avrebbe senso. Non raggiungeremo mai l'obiettivo? La lotta sarebbe già un obiettivo raggiunto. Facciamo come colui che cammina verso l'orizzonte e quando vede che dopo un orizzonte ce n'è un altro, comprende che l'orizzonte è ciò che serve per camminare, che camminare è il vero obiettivo.

Nella scuola subiamo oggi pessime condizioni di lavoro sia dal punto

di vista politico-sindacale sia dal punto di vista della didattica, ed ambedue gli aspetti pesano enormemente su utenti, lavoratrici e lavoratori. Non ci sarebbe bisogno, credo, di tanti discorsi per una situazione evidente a tutti. Voglio però mettere l'accento su alcune delle cause che la determinano; non sono le sole purtroppo, ma appaiono in questo momento le più importanti: tagli dei fondi ad ogni legge finanziaria, classi super affollate, informatizzazione dilagante, burocrazia imperante, didattica scadente, militarismo, veri e propri danni alla salute fisica e psichica per utenti ed operatori. Sia pure velocemente, vediamoli uno per uno questi sette punti

Tagli dei fondi ad ogni legge finanziaria. La scuola pubblica è importante perché è lì che si dovrebbero formare le nuove generazioni e gettare le basi del futuro di un Paese, un futuro che sarà migliore o peggiore anche in base a quante energie e risorse si metteranno a disposizione di questo settore. La scuola pubblica dovrebbe essere insomma privilegiata. Ma non è così. Semmai si ha un occhio di riguardo per le scuole private, perché vi vanno i figli dei ricchi, perché le scuole private hanno in primo luogo l'obiettivo di fare profitto (e il profitto, si sa, oggi sta sugli altari come una volta ci stava dio), perché molte delle scuole private, infine, sono di proprietà della Chiesa cattolica. Naturalmente non è solo alle scuole

private che vanno i fondi distolti dalla scuola pubblica: vanno anche alle fabbriche di armi, al finanziamento delle guerre cui il nostro Paese partecipa in giro per il mondo, al capitalismo finanziario, ecc. Perché? E' semplice: perché non solo siamo in un regime capitalista, ma da decenni è imperante l'ideologia del "liberismo", in economia e in politica, per cui la legge tassativa è "massacrare" tutto ciò che è pubblico per stornare energie e risorse a favore del privato e del profitto. E massacrare i lavoratori per estrarre dal loro lavoro quanto più valore possibile. E' una storia questa che abbiamo visto e vediamo non solo nella scuola, ma anche, tanto per fare un paio di esempi drammatici, nella Sanità pubblica e nel settore della Previdenza sociale. Classi super affollate. Meno fondi a disposizione vuol dire dover ridurre in primo luogo il personale e le strutture. Quindi, conseguenza immediata e ben visibile, è l'affollamento nelle aule. Il fenomeno è pesante negli istituti tecnici e professionali, in particolare nei bienni, ma da qualche tempo è sempre più evidente anche nei licei e nelle scuole elementari e medie inferiori. Ormai si supera con facilità il numero dei trenta studenti per classe. Come e che cosa si può insegnare in una condizione simile? L'insegnamento non dovrebbe essere soltanto lezione frontale, cioè il docente parla e gli allievi tacciono (e forse ascoltano), si somministrano moduli di verifica, si correggono, si assegna un voto e si passa oltre. L'insegnamento, che dovrebbe tradursi soprattutto in "educazione" per aiutare a crescere e svilupparsi secondo le caratteristiche individuali, non può non essere dialogo, riflessione collettiva, ripensamento, dubbi, chiarimenti, attività di laboratorio, collaborazione, critica.....). E come si fa a farlo in un'aula con trenta o anche più persone, dove

non solo se c'è bisogno del silenzio è difficilissimo ottenerlo, ma anche diventa impossibile seguire ogni studente secondo le sue caratteristiche (come detterebbero peraltro le migliori pedagogie esistenti) e in armonia con l'intero gruppo? Le folle si possono addestrare da un balcone o in una caserma. Ma una classe scolastica non è una folla, né una scuola deve essere una caserma. Questo non è che non lo sappiano gli attuali governanti (e pure quelli che li hanno preceduti negli ultimi decenni), semplicemente quei signori le caserme e i balconi ce li hanno fissi nel cervello e, prima di tutto, nel cervello hanno fisso, ancora una volta, la distruzione del pubblico a favore del privato.

Una volta noi dicevamo che non ci vogliono in una classe più di venti componenti, e quindici se nel gruppo ci fosse anche un solo diversamente abile. E' un criterio validissimo ancora oggi, ma per padroni e governanti ha due difetti: in primo luogo costa, perché richiede più insegnanti e più strutture; in secondo luogo a noi, utenti e lavoratori, migliora la vita, ci serve, a loro no. Due difetti che dal nostro punto di vista si trasformano in due pregi, da rivendicare politicamente e sindacalmente per una scuola più aperta e progressista.

Informatizzazione dilagante.

I padroni e le multinazionali dell'informatica, e i politici che da essi vengono pagati, hanno da molti anni puntato ad "informatizzare" la scuola, un settore strategico, vergine e promettente. Informatizzare tutto, dalla didattica agli uffici all'amministrazione completa del singolo istituto. Il risultato maggiore è l'aumento della disoccupazione. Ma alla società servirebbe il massimo dell'occupazione. L'utilizzo massiccio dell'informatica serve ai padroni che la vendono. E nella scuola, cioè nella didattica, serve anche ad addestrare le nuove generazioni a

un modo di lavorare che vede l'individuo come appendice di una macchina, quindi un individuo che non deve pensare, deve solo servire alla produzione. E consumare.

La scuola dovrebbe insegnare ad utilizzare le mani, il cervello ed il cuore in sintonia. Dovrebbe creare individui capaci di essere liberi, creativi, critici, costruttivi per sé e per gli altri, non dei servi e degli automi a disposizione di un padrone. Ecco che allora utenti e lavoratori dovrebbero avere l'obiettivo della riduzione dell'invasione informatica per tornare alla reciproca presenza, alla parola, orale e scritta, quindi anche al libro, ai laboratori. Laboratori magari anche antiquati, ma che siano adatti a sviluppare manualità e capacità di pensiero. Per l'informatica c'è tempo, per ora bastano le basi. Naturalmente se poi uno studierà per fare il chirurgo, nessuno di noi sarà così imbecille da pretendere che entri in sala operatoria con un coltello da cucina, ma imparerà all'Università e sul posto di lavoro l'utilizzo della tecnologia più avanzata, la imparerà quando avrà la capacità e la possibilità di essere lui a dominare la tecnologia e usarla come strumento, non il contrario: cioè divenire un'appendice della tecnologia e smettere di essere un uomo o una donna pensante per servire al capitale.

Burocrazia imperante. A seguito di questa informatizzazione, è diventata invasiva anche una burocrazia del tutto alienante. Dal controllo delle giustificazioni, al colloquio con i genitori che non si fa più di persona ma in video, alla somministrazione dei test di verifica, alla correzione e al voto, tutto deve passare da un computer così che il docente, tanto per fare un esempio, va in classe, spiattella la propria lezione, meglio se con un video, provvede quindi, la volta dopo a spiattellare il test di verifica, mette il

voto e si ricomincia con un'altra somministrazione. E' una modalità questa che viene dagli americani. E' una modalità al limite della demenza. Di questo passo l'insegnante non serve più. Appunto. Oppure, come durante il Covid, l'insegnante sta a casa propria, "sommministra", magari a qualche centinaio di studenti contemporaneamente che se ne stanno anch'essi a casa propria isolati, e tutto si fa con minor spesa che radunarli venti per aula ogni giorno, per di più con un insegnante da pagare. Il bello è che questo utilizzo a man bassa della tecnologia informatica ha fatto sì che, visto che col computer tutto si velocizza, ci si inventassero mille nuovi adempimenti al punto che il lavoro di vero e proprio insegnamento si è notevolmente ridotto a favore di atti meramente burocratici, inutili, frutto di una mentalità non nuova, ma già presente nella scuola, e ora portata all'ennesima potenza perché non si deve più scrivere a macchina o a mano, ma basta un clic. Ergo: la burocrazia ha divorato l'insegnante e l'insegnamento. Passi, tu lavoratore o lavoratrice, le giornate davanti al computer per fare i verbali delle riunioni, per i colloqui, le verifiche, i voti, le comunicazioni ai genitori, perfino le comunicazioni fra colleghi; e le lezioni stesse non sono quasi più valide se non passano attraverso il video. Un lavoro che aveva, e potrebbe ancora avere, una propria bellezza, l'hanno trasformato in un incubo. E noi, insegnanti ed utenti, ci siamo cascati, cioè l'abbiamo preso per buono e ci siamo fatti stritolare.

Didattica scadente. Che didattica si potrà avere in questa situazione? Dove stanno il dialogo, il confronto, il dubbio, la creatività, lo sviluppo della propria personalità attraverso l'interazione con il docente ed i compagni di classe? L'impressione è che si stia camminando su una stra-

da che crea dei mostri, non delle persone. Una didattica scadente date le condizioni generali, ma anche a causa della sempre più invasiva penetrazione di metodologie, criteri e strumenti del mondo angloamericano che pare siano a suo tempo uscite, non si sa se consapevolmente o con una evasione, dai sotterranei del Pentagono.

Dal punto di vista didattico si è costretti a lavorare male. Aspetto che con le altre cose, ad esempio con l'affollamento delle classi, provoca un flusso di utenza verso la scuola privata, un'utenza evidentemente che può permetterselo. Bisognerebbe aprire una parentesi: nella scuola privata non è che le cose siano meglio, anzi, in generale sono sempre state peggio, voglio dire che non c'è mai stato un insegnamento migliore rispetto alla scuola pubblica, ma è la mentalità dei ricchi, e dei loro emuli, che non sa vedere al di là del proprio naso. Per loro il servizio pubblico non funziona, per definizione, perché i suoi lavoratori non hanno voglia di lavorare, mentre nel privato la frusta del padrone funziona e lì tutti corrono. Un modo di ragionare che definire becero è un complimento.

Questione invece molto più importante che non quella dei danarosi che trasmigrano nella scuola privata, è quella dei poveri, dei deprivati, dei giovani che vengono da famiglie in difficoltà. Per essi la scuola potrebbe essere l'occasione "del riscatto", un luogo dove si forniscono al ragazzo o alla ragazza che non li trovano altrove, strumenti per compensare o far fronte alle difficoltà che incontra fuori dalla scuola, a cominciare a volte dalla famiglia. Ecco: se la scuola pubblica non funziona bene per i tagli al bilancio, per l'affollamento, per la didattica che scade di livello, gli effetti, a cominciare da bocciature e abbandoni, prima ancora che sui ragazzi

con una situazione normale, si abbattono sui più deboli, sugli "ultimi", come diceva qualcuno qualche tempo addietro. E questo, a mio parere, non è molto deplorabile, ma semplicemente un crimine.

Militarismo. Degna ciliegina sulla torta è da qualche tempo l'entrata dei militari nelle scuole. E' noto lo stretto connubio che vi è stato in passato tra Forze armate e Regime fascista, sia durante l'avvento del fascismo, sia nel Ventennio, sia nella Seconda guerra mondiale. E sono noti crimini e vergogne che da detto connubio ebbero origine. Orbene: per decenni a partire dal secondo dopoguerra non si videro militari a far propaganda nelle scuole: troppa era l'antipatia per loro da parte delle giovani generazioni, del corpo docente, delle famiglie; intendiamoci antipatia non generalizzata, ma significativa. Da qualche tempo le cose sono cambiate. Piano piano i militari hanno cominciato a rimettere il naso fuori dalle caserme, privilegiando le scuole per le loro incursioni. In un primo tempo al coperto della Protezione civile durava la simulazione di interventi e salvataggi, poi sempre più in maniera autonoma, a tenere lezioni nelle classi, magari chiamate da solerti insegnanti e presidi di area PD, certi costoro del profondo spirito democratico e pacifista degli uomini, e ora anche delle donne in divisa. Oggi è come una valanga che abbia rotto gli argini e dilaghi ovunque, dalle scuole elementari alle superiori. Su questo i docenti e i dirigenti hanno una notevole responsabilità poiché niente impedirebbe loro, proprio nel nome della pace, dell'antimilitarismo e della non violenza, di far entrare i militari nelle scuole. Invece siamo stati costretti e vedere in televisione un Presidente del consiglio pavoneggiarsi nell'abitacolo di un F-35 davanti alle telecamere e con

scolaresche osannanti e agitanti bandierine tricolori. Quelle insegnanti che hanno accompagnato quelle classi di scuola elementare, lo hanno fatto perché qualcuno glielo ha imposto? Non avevano niente di meglio da proporre ai loro scolari? Non sanno quante vittime e quali distruzioni può fare un F-35 in pochi secondi di volo e bombardamento su una città? Non potevano, magari, al posto di quella patetica, se non fosse orripilante, sceneggiata tenere una lezione sulla quantità di moscerini che ingurgita una rondine in cinque minuti di volo?

Veri e propri danni alla salute fisica e psicologica per utenti ed operatori. Come tutto ciò non possa non provocare anche danni alla salute psicofisica di utenti ed operatori, sarebbe facile dimostrarlo. Come può trovarsi, ad esempio, in una classe di trenta persone, un ragazzo che abbia difficoltà di apprendimento? O che abbia tempi diversi dagli altri? O un carattere più chiuso e schivo, o che abbia in generale una diversità di abilità rispetto ai compagni? Tutte cose che poi, a ben vedere, riguarderebbero ciascun individuo, non un solo ipotetico studente in mezzo ad altri trenta. Che cosa comunque potrà fare costui se non perdersi? Mentre sarebbe tutt'al-

tro discorso se si trattasse di una classe con un terzo dei componenti in meno e con una didattica basata sulla tranquillità, la parola, il dialogo, la riflessione insieme. Oggi che cosa si fa? Si fanno magari piani di lavoro differenziati che in un certo contesto di affollamento e mancanza di spazi e di personale, rimangono lettera morta, burocrazia, pura teoria. Un piano differenziato? Ma quanti ragazzi in una classe non hanno bisogno di piani ma di un contatto umano, di una parola, di quiete mentre si ascolta una lezione e di quiete per poi riflettere e lavorare insieme ai compagni e all'insegnante sull'argomento trattato?

E quali e quante sono le malattie professionali che possono colpire una insegnante in certe condizioni? Dover gridare per richiamare l'attenzione in un contesto di affollamento non nuoce? L'affollamento non è deleterio in caso di malattie contagiose, si trattasse anche soltanto di influenza o raffreddore?

Arriviamo sempre in fondo ad una visione che qualcuno giudicherà tragica. Bisognerebbe ascoltare le insegnanti e gli insegnanti, gli studenti e le studentesse. Sentire che cosa ne pensano loro. Non credo che essi leggendo queste nostre parole direbbero che stiamo esagerando.

Tuttalpiù potremmo sentirci chiedere che cosa si deve fare. Ma a questo devono rispondere i diretti interessati. Devono rispondere loro: gli studenti, le famiglie, gli insegnanti, ciascuno per conto proprio, partendo dal proprio punto di vista e poi possibilmente insieme. E se proprio volessimo fare il meglio, si dovrebbe cercare appoggio e sintonia con altre categorie di lavoratori.

Noi, se dovessimo proprio esprimere il nostro parere, diremmo di ricominciare dalle cose semplici: pensare diversamente alla nostra condizione di utenti e di lavoratori della scuola. Diversamente vuol dire non allo stesso modo di chi governa o vende informatica o vende armi o le usa; e anche agire diversamente, il che vorrebbe dire cercare il dialogo con chi è come noi coinvolto in veste di studente o di insegnante, cercare l'unione delle forze, individuare gli alleati e la controparte, chiamare in causa i partiti e i sindacati progressisti, ma soprattutto agire in prima persona, non delegare a nessuno né lasciare che "facciano gli altri".

La vita è nostra. Affidarla in mano a chi vende il gioco più simpatico o a chi è interessato soltanto a far soldi, credo equivalga ad un errore madornale e a rovinarsi con le proprie mani.

Angelo Uomo di scienza e di pace - Angelo amico e compagno di lotte

di Emanuela BAVAZZANO*

Quello che segue è la presentazione del libro che raccoglie gli interventi del convegno in ricordo di Angelo Baracca, svoltosi a Firenze il 11 novembre 2023, *“I Libri di Pressenza”*, editore Associazione Multimage APS, prezzo di copertina 14,00 euro.

Questo testo nasce dentro un percorso che, dalla morte di Angelo Baracca, ha portato molte persone a lui amiche e compagne (di lotte) ha ritrovarsi, prima in un laico *“brindisi”*, poi dentro gli ambienti di scienza ed in rapida successione negli spazi dove la vita politica viene sostanziandosi negli incontri *“di pace”* tra donne e uomini in cammino e scoperta reciprocamente.

Questo testo nasce quindi con la finalità di raccogliere le *“tracce segnate”* dalle persone che hanno scelto di partecipare alla giornata dedicata ad Angelo l'11 Novembre 2023 a Firenze, promossa da Medicina Democratica – Sez. Pietro Mirabelli – perché possano trasformarsi in proposte, perché il ricordo non sia *“pietra scolpita”* e tenuta a memoria nel tempo che cristallizza le immagini, bensì movimento collettivo che, nascendo dalla simpatia, dall'essere stati in cammino insieme, recupera le pietre e le lavora insieme.

Angelo *“uomo di scienza e di pace”* Angelo *“amico e compagno di lotte”*: così abbiamo voluto denominare la giornata dedicata dell'11 Novembre 2023, per rappresentare due mondi e due anime: due ambiti in cui il pensiero e le prassi si sono venuti contaminando e, restando nella fedeltà alla complessità della storia di Angelo, abbiamo

scelto di tenerli insieme; dentro questo testo si possono ripercorrere quindi i contenuti che, soprattutto negli ultimi tempi, hanno visto l'impegno nell'appello, oggi sempre più attuale ed urgente, *“fermare la guerra e imporre la pace”*, *“verso l'apocalisse”* e l'eliminazione delle armi nucleari come unico presupposto per evitarla, *“sull'orlo del precipizio climatico”*...

È nella Scienza che il pensiero critico si forma, attraverso il declinarsi di parole in azioni, soprattutto di ancoraggio delle lotte alle basi che definiscono le ragioni delle lotte; se è infatti il pathos (la simpatia) che spinge il collettivo a *“scendere”* in piazza, questo non basta, perché manifestare richiede a ciascuna/o delle persone partecipi di conoscere i perché, studiarli, confrontarli, dialogarli, se possibile anche metterli in crisi, mettersi in crisi, perché sono necessarie piazze che uniscano i pensieri e le emozioni, necessari gli uni e le altre: dobbiamo avere la Saggiezza di tenere insieme ed al contempo il Coraggio di mettere e mettersi in discussione: Angelo ha provato a insegnarci a compiere queste azioni.

Scriveva Angelo: *“C'è molto bisogno di chiarirsi le idee. Come recitava una vecchia canzone di movimento degli anni '70 su un tema pur diverso, che ho cantato molto spesso: “Teniamoci per mano in questi giorni tristi” ... “Forse qualcuno non sarà d'accordo, ma io ho sempre pensato che La Verità è Rivoluzionaria: ...la realtà deve essere guardata in faccia, se non si vogliono inseguire i mulini a vento. Un sano pesimismo non mi ha mai impedito di impegnarmi in 55 anni, cullare illusioni può*

*Vicepresidente
Medicina
Democratica.

essere pericoloso e controproducente”.

Forse questo testo alcune pretese le ha: innanzitutto tenere insieme, che è una delle sfide più grandi degli ultimi anni di lotte nella convergenza, recuperando eredità e traducendo queste in attualità coerenti; quindi approfondire i contenuti della scienza attraverso studi e studiosi che hanno ricercato insieme (ad Angelo); infine restituire il senso della Memoria che sia testimonianza viva transgenerazionale e dialogante nel confronto che alimenta incontri.

Gratitudine per le persone che hanno scelto di esserci nella giornata dell'11 Novembre 2023 e per quelle che hanno consegnato alla carta stampata di questo testo i loro pensieri, Impegno a portare testimonianza nell'impegno collettivo coerente alle eredità di Angelo, Buona lettura, che sia scomoda quel che basta per muoverci dagli equilibri (in)stabili, leggera quel che occorre per sfogliare le pagine con disinvoltura e naturalezza, curiosa come tutte le cose che invitano alla scoperta ed alla riscoperta di tracce ancora vive.

Copie del libro possono essere richieste direttamente all'editore info@multimage.org o a Medicina Democratica segreteria@medicinademocratica.org

Indice del libro :

Lara Panzani Angelo e la cura

Dmitrij Palagi : Angelo Baracca, per una Firenze di pace e più giusta 12

Parole di apertura

Alex Zanotelli : Permettimi di chiamarti

credente

Alessandro Santoro: Angelo uomo di scienza

Giorgio Ferrari : Critica della scienza e opposizione al nucleare in Angelo Baracca

Flavio Del Santo : Ricordo personale di Angelo Baracca, scienziato critico

Roberto Livi : Il mio ricordo di Angelo Baracca: tra scienza e politica 48

Stefano Ruffo : Angelo Baracca: scienziato militante

Angelo uomo di pace

Alessandro Marescotti : Un ecopacifista contro il “brutto clima” generato dalle guerre

Alberto Cacopardo : Angelo baracca, uomo del passato, uomo del futuro

Tiziano Cardosi : La sopravvivenza del pensiero critico di fronte alle ultime guerre

Moreno Biagioni : L'impegno di Angelo Baracca nel Comitato “Fermiamo la guerra”

Alfio Nicotra : Angelo Baracca, un ecopacifista nelle istituzioni

Angelo saggista e scrittore

Marco Caldiroli : I contributi alla rivista Medicina Democratica

Olivier Turquet : Un inarrestabile divulgatore

Fulvio D'Eri : Angelo e l'Archivio Storico “Il Sessantotto”

Matteo Bortolon : Angelo Baracca, una scrittura militante

Angelo amico e compagno di lotte

Sandro Targetti : Angelo compagno di lotte: la storia politica

Giorgio Cremaschi : Angelo e l'impegno politico

Marco Fantechi : Angelo e Cuba

Caterina Manicardi : I percorsi di Angelo



LA LOMBARDIA SiCura

1. Centro unico di Prenotazione: istituzione da parte della Regione entro il 30/6/2024 di un CUP, che dovrà disporre delle agende di tutte le strutture, pubbliche e private contrattualizzate, e di ogni specialità; sospensione dei contratti con quelle aziende private che si rifiutano di consegnare le agende al CUP. Il CUP dovrà fissare visite ed esami nel territorio di residenza (ASST) del cittadino/a richiedente.

2. Abbattimento delle liste d'attesa: a) attraverso un periodico controllo, da parte di Regione e Ats, sulle strutture pubbliche e private accreditate, per verificare: che non siano chiuse le agende, pratica vietata dell'attuale legislazione; la corretta gestione dei fondi nazionali e regionali destinati all'abbattimento delle liste d'attesa; l'assenza di qualunque pratica finalizzata a trasferire la richiesta del cittadino/a dal pubblico al privato; b) interruzione temporanea dell'intramoenia nelle strutture sanitarie che non rispettano i tempi di attesa relative alle classi di priorità indicate dai Medici di Medicina Generale; c)

monitoraggio e controllo attività a pagamento delle strutture private (tempi di attesa).

3. Medici a gettone (non dipendenti): rispetto rigoroso della legislazione e delle delibere che prevedono la soppressione della pratica del medico a gettone sotto qualunque forma si realizzi. Stabilizzazione a tempo indeterminato del personale sanitario precario, assunzione di medici, infermieri e ostetriche, riconoscimento e valorizzazione, anche economica, a partire dal contratto nazionale, del lavoro di tutti gli operatori sanitari.

4. Residenze Sanitarie Assistenziali e anziani: miglioramento dell'insieme dei servizi per anziani : case popolari dignitose, assistenza domiciliare, servizi vicini a casa (negozi, ambulatori, attività culturali e sportive), piccole residenze comunitarie. Per le persone ospitate nelle RSA e nelle ASP prevedere che la copertura dei costi sanitari sia tutta a carico di Regione, sgravando le rette alle famiglie da qualunque costo sanitario (almeno 50% retta), così come preve-

dono le leggi sui Livelli di assistenza. Monitoraggio delle cure e della loro appropriatezza anche al fine di individuare eventuali pratiche coercitive. Istituzione da parte della Regione di un sistema di indicatori di qualità e pubblicazione periodica dei risultati.

5. Servizi Territoriali: diffusione e potenziamento dei servizi territoriali dotandoli di tutte le risorse, il perso-

nale e le professionalità necessarie alla qualità del loro lavoro, e in particolare : consultori pubblici e servizi dedicati alla tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne, servizi di salute mentale, servizi di medicina del lavoro per la riduzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, servizi di prevenzione, sicurezza alimentare e tutela dell'ambiente.



Per informazioni e per sottoscrivere la petizione:
www.lalombardiasicura.it

Referenti di Medicina Democratica

Movimento di Lotta per la Salute - O.N.L.U.S.

SEGRETERIA NAZIONALE

- Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano -
segreteria@medicinademocratica.org
Tel. 02/4984678

**Sottoscrizione della quota associativa
annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione
per ricevere la Rivista (vedi a pag.
70):**

IBAN: IT31D050340170800000018273
presso Banca Popolare di Milano, oppure
con bollettino postale sul c/c
001016620211.

Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792
E-mail: medicinademocratica@alice.it
Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 – Castellanza (VA)

CALABRIA

- Ferruccio Codeluppi, via Villini Damiani
15/O, 89822 Serra San Bruno (CZ) tel
096371231
- Alberto Cunto, via della Repubblica 46,
87028 Praia a Mare - tel./fax 0985-74030,
cell. 3883649126, e-mail albertocnt@libero.it
oppure a.cunto@tiscali.it

SICILIA

- Franco Ingrilli, Via Simone Cuccia 12,
90144, Palermo, tel 091/303669

EMILIA ROMAGNA

- Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139
Bologna, email dirsenbar@yahoo.it
- Gentilini Patrizia, via Nievo 5, 47100
Forlì, patrizia.gentilini@villapacinotti.it
- Monfredini Roberto, via Montegrappa
15, Solignano di Castelvetro (MO), tel
338 4566388, robertomonfredini@gmail.com
- Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,
47921, Rimini. tel. 3357314256.
amedeo.corsi@gmail.com

LAZIO

- Edoardo Turi, Viale delle Medaglie
D'Oro 203 00136 Roma, tel 3482503928
e-mail- edoardo.turi2@gmail.com

PIEMONTE

- Sezione di Alessandria - Tino
Balduzzi, tel. 3456111117, tino.balduzzi@libero.it
- Renato Zanoli, via G. Emanuel 16,
10136 Torino, tel. 3384054068 -
011392042, email renatozanoli@libero.it
- Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno
Regis, via Garibaldi 13 - 10122 Torino
(tel. 3398555744), e.ferrara@inrim.it
- Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100
Novara tel 0321612944; 3336090884 e-
mail carla.cavagna@libero.it
- Dario Miedico, Arona (NO), tel
335265547, email nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

- Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,
- Sede M.D. della Provincia di Varese,
via Roma 2, 21053 Castellanza, fax
0331501792;
- Duca Piernigorgio, via Bramante 23, 20154
Milano, piernigorgio.duca@unimi.it
- Matteo Orlandi, via Biancardi 9 Lodi.
Cell 3922485840
- Silvana Cesani, via Borgo Adda n° 3,
20075 Lodi, Tel. 0371/423481; Cell.
335/7595947
- Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,
21053 Castellanza (VA) tel 0331500385,
fax 0331501792
email: debbiaste@libero.it
- Walter Fossati, via Moscova 38, 20025
Legnano (MI) tel 0331599959 -
3284840485
- Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,
20077 Melegnano (MI), tel. 029836928
- Laura Valsecchi, Unità Spinale -
Niguarda Cà Granda, Piazza Ospedale
Maggiore 3 - 20162 Milano tel
0264443945 - 023313372 e-mail:
lauravalse@libero.it
- Marco Caldiroli, via Quintino Sella
115, 21052 Busto Arsizio (VA) e-mail:
marcocaldirol@alice.it
Alberto Marino. Sezione MD di Brescia
Via Valene 9e, 25087 Salo' BS Tel 338
8329981-0365520830, caafnm@libero.it
- Gabriella Liberini, Sezione MD Brescia,
gabriellaliberini@virgilio.it, tel 3396976563

PUGLIA

- Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,
71016 San Severo (FG), tel 0882228299;
fax 0882228156

CAMPANIA

- Paolo Fierro, Traversa Privata
Maffettone 8, 80144, Napoli
tel 3274514127;
e-mail tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

Sede M.D, via E. De Martino 65, 75100
Matera.
- Mario Murgia, via Martino 47, 75100
Matera, tel. 340.7882621 email:
info@associazioneespostiamiantovalba-
sento.it

TOSCANA

Sede M.D. Firenze, Piazza Balducci
8/rosso, 50129 Firenze
- Gino Carpentiero, via Montebello 39,
50123, Firenze, tel 055285423;
e-mail ginocarpe@tele2.it; cell. 347-
5481255
- Beppe Banchi, via Incontri 2, 50139,
Firenze, tel 055412743, e-mail:
xxlber@tin.it

- Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013
Rosignano Solvay (LI) tel 328-4152024; e-
mail: maurizio.marchi1948@gmail.com
- Floridi Amanda, via Verdi 110, 57127
Livorno;
- Liliana Leali via Montebello 38, 50123
Firenze tel. 3280535454
- Marcello Palagi, via XX Settembre n° 207,
54031 Avenza (MS), tel. 0585/857562
e-mail: eco.apuano@virgilio.it;
- Del Soldato Maria Via di Porto 279/A,
Massarosa (LU), e-mail giannini3@virgilio.it;
- Avv. Alessandro Rombolà, via Luca
Giordano 7/E, 50132 Firenze, tel.
055.2638296, fax: 055. 5000342, cell.
338.8027193, mail: alessandro@studiorom-
bola.it

VENETO

- Franco Rigosi - via Napoli 5 - 30172
Mestre (VE) - tel. 041/952888 - e-mail:
franco.rigosi@gmail.com
- Maria Chiara Rodeghiero, piazza Biade
11, 36100 Vicenza
rodeghieromc@gmail.com;
- Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato
n° 44/2, 33030 Pianiga (VE), tel.
3497447189,
e-mail: paolonardin48@alice.it
(referente per Padova e provincia);

MARCHE

- Loris Calcina, via Campanella 2, 60015
Falconara Marittima (AN).
Tel. 3339492882, lokalci@libero.it;

LIGURIA

- Sede M.D. Via Crispi 18 rosso, 17100
Savona, tel. 0192051292, e-mail:
medidemosavona@tiscali.it
- Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,
17072 Albisola Mare (SV), tel.
019486341 cell.3474596046, e-mail
maloschi@alice.it, skype: maurymatty
- Eraldo Mattarocci, cell.3486039079
ermatta@yahoo.it;
- Avv. Rita Lasagna Piazza della Vittoria
14/18 Savona 17100, cell. 3356152757
- Valerio Gennaro via Trento 28, 16145
Genova, tel. 010.310260 - 010.5558.557
(ore 9.00-19.00) skype: valeriogennaro1;
e-mail: valerio.gennaro52@gmail.com.
- Marco Spezia, cellulare 348 5863171,
sp-mail@libero.it;
- Luca Trentini Via Vecchia di Biassa 36 La
Spezia tel. 347 9475350 email lutren@libe-
ro.it;

SARDEGNA

- Francesco Carta, via Toscanini 7,
09170 Oristano, medicinademocratica-
ca.sardegna@gmail.com

**I diversi son più dei normali
e allora qual è la normalità
e la diversità ?**

**L' espressione è degli occhi
e quindi anche se il corpo
è paralizzato
l'anima rimane a galla.**

**Come fate a non pensare al dopo
quando vi saranno passati questi 20-30 Anni
di autonomia e fisicità perfetta ?**

**E ora potrei scrivere mille poesie
seduta su questo letto di ospedale
con la tromboflebite a una gamba
con la paura di morire**

Gabriella BERTINI

