

## Fishpiemonte

SEDE operativa presso associazione AREA  
Corso REGINA MARGHERITA 55 10124 Torino  
Cell. 335 5263577 – 338 1195886

## Fondaz. Promozione Sociale – CSA

Via Artisti, 36  
10124 Torino  
tel. 0118124469

## Consulta Persone in difficoltà

Via San Marino, 10  
10134 Torino  
tel. 0113198145

## **Egr. Ugo CAVALLERA**

Assessore alla Tutela della salute e Sanità  
della Regione Piemonte  
Corso Regina Margherita 153 bis  
10122 Torino

Oggetto: Deliberazioni della Giunta regionale 30 dicembre 2013 n. 26-6993 e n. 5/2014. Richiesta di ritiro e richiesta di incontro

### *Premessa*

1. Il DPCM 29 novembre 2001 e succ. art. 54 della legge 289/2002 nell'allegato 1 punto 1.C 'Area di integrazione socio-sanitaria' individua nell'ambito delle attività di assistenza programmata a domicilio la 'prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare della persona con percentuale del 50% a carico del Comune o dell'utente e del restante 50% a carico del Fondo sanitario regionale. Tale indicazione recepisce quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie' che nella tabella prevista dall'art. 4 comma 1 trattando di anziani e di persone non autosufficienti – punto 2. Assistenza domiciliare integrata - prevede che l'assistenza tutelare sia a carico per il 50% del SSN e per il restante 50% a carico dei Comuni fatta salva la quota di compartecipazione a carico dell'utente.

Con i termini 'assistenza tutelare' si intendono le prestazioni erogate dalla specifica figura professionale dell'Operatore Socio – Sanitario – ADEST, e trovano integrazione/supplenza nell'intervento dell'assistente personale e/o del familiare che assuma funzioni di cura, in quanto riconducibili a quelle erogate dall'OSS. Tali prestazioni nella regione Piemonte, sono previste nel contesto dei PAI, Piani di Assistenza Individuale, modalità attuativa degli interventi assistenziali sociosanitari messi in atto a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità non autosufficienti (persone con M. di Alzheimer, persone con disabilità intellettiva grave, persone con gravi disturbi psichiatrici e persone con disabilità fisica e/o sensoriale grave comportante non autosufficienza).

Tale tipologia di prestazioni domiciliari essendo prevista nei LEA, è pienamente ed immediatamente esigibile con oneri al 50% a carico del SSR.

2. Il Decreto interministeriale relativo le modalità di utilizzo e di ripartizione del Fondo per la non autosufficienza recentemente approvato prevede che le risorse siano finalizzate alla copertura dei costi a

rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria ed aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni ed ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni.  
Tale destinazione di risorse era già indicata nei precedenti decreti ed anche in quello che assegna le risorse per gli interventi in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

3. Le Deliberazioni n. 39/2009 (domiciliarità anziani) e n. 56/2010 (domiciliarità disabili infra sessantacinquenni), prevedono che una parte dei fondi per la non autosufficienza trasferiti dallo Stato negli anni passati fossero destinati a copertura di una quota a carico del FSR nella misura del 50%.  
La Deliberazione n. 19/2012 relativa all'utilizzo dei fondi destinati alle persone con SLA esclude qualsiasi forma di compartecipazione da parte della persona riconoscendo così una totale "quota sanitaria" per gli interventi domiciliari.

Inoltre, la Regione Piemonte ha promulgato la legge n. 10/10 che al comma 1 dell'articolo 9 stabilisce che la quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale, mentre al comma 2 della stessa legge si fa esplicito riferimento ai livelli essenziali di assistenza sanitari (LEA) e al fatto che la compartecipazione è dovuta per la sola quota assistenziale.<sup>1</sup>

E' pertanto possibile, nell'autonomia regionale, prevedere che parte di queste risorse siano utilizzate escludendo la compartecipazione da parte del cittadino.

#### *Osservazioni sulla DGR 26*

Con la deliberazione di GR n. 26-6993 viene stravolto il principio affermato nelle normative nazionali, a cominciare dai LEA, sulla competenza del SSN rispetto alla presa in carico ed alla continuità delle cure senza limiti di durata ai portatori di malattie croniche e di disabilità che comportino la non autosufficienza e l'impossibilità di svolgere autonomamente le funzioni indispensabili alla loro sopravvivenza.

Ne deriva l'obbligo di intervento a carico del SSN tant'è che tale obbligo non viene messo in discussione nei casi di ricovero in RSA.

A nostro parere, il mancato riconoscimento dell'equivalenza dell'obbligo sanitario alle cure domiciliari, nonostante che le normative regionali lo abbiamo affermato e praticato, è da ascrivere ad una interpretazione impropria espressa del Tavolo Ministeriale finalizzato alla definizione/approvazione dei Piani di Rientro, secondo il quale i LEA dovrebbero essere praticati a livello domiciliare, con risorse a carico del SSN, per le sole prestazioni di ADI/ADP, tralasciando tutto l'obbligo di cura e di tutela essenziale per mantenere a domicilio la persona non autosufficiente, secondo una modalità operativa più riconoscibile e familiare per la persona e più economica per il sistema nel suo complesso.

Occorre invece affermare il principio dell'obbligo del concorso di quote sanitarie derivanti dal FSR per le prestazioni domiciliari destinate a persone non autosufficienti, in adesione ai principi di appropriatezza, efficacia ed economicità delle cure. Tale competenza prevalente del SSR nella gestione di tale tipologie di interventi comporta la titolarità del percorso socio-sanitario di cure a domicilio debba essere in capo al SSR (alle AASS) compresi i relativi finanziamenti

La delibera della Giunta regionale invece trasferisce all'ambito socio assistenziale l'onere e la titolarità degli interventi domiciliari socio-sanitari rendendo le prestazioni discrezionali e quindi possibilmente sopprimibili o riducibili.

La Giunta regionale nelle sue dichiarazioni politiche rassicura che nulla cambierà per le persone non autosufficienti già in carico, in quanto l'attuale compartecipazione sanitaria sarà trasferita al bilancio delle politiche sociali. Se tale intenzione fosse confermata si tratterebbe comunque di una garanzia provvisoria, riservata ai casi già inseriti nei percorsi di cura e non a quelli in lista d'attesa e limitata agli impegni politici oggi assunti e non alla certezza del diritto.

---

<sup>1</sup> Legge Regionale 10/10: Art. 9. (*Criteri di compartecipazione al costo da parte dei cittadini*)

1. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale.

2. La quota assistenziale è definita in conformità con le normative nazionali e con gli accordi applicativi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) siglati a livello regionale. La Giunta regionale delibera i criteri di compartecipazione alla quota assistenziale da parte dei cittadini sulla base dei seguenti principi:

a) considerazione del reddito e del patrimonio del solo beneficiario;

b) definizione, a tutela di un reddito minimo, di franchigie nella compartecipazione alla spesa del beneficiario

### *Le richieste irrinunciabili*

Riteniamo che in attuazione della normativa nazionale e regionale (le norme nazionali: DPCM 14 febbraio 2001, DPCM 29 novembre 2001, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con legge n. 18/2009, legge 67/2006 sulla non discriminazione delle persone con disabilità - le norme regionali quali la legge regionale 10/10, la DGR 51/2003, le DGR 39/009 e 56/010) debbano essere garantiti i seguenti principi:

- Gli interventi in favore della domiciliarità, anche se gestiti in forma indiretta, ai sensi delle norme vigenti in materia di LEA, debbono prevedere una quota sanitaria comunque garantita alla persona a prescindere dal reddito e coerente con i diversi livelli di gravità della condizione di non autosufficienza.
- La quota sanitaria deve coprire il 50% del costo della prestazione.
- I fondi necessari a sostenere gli interventi di domiciliarità a favore di persone anziane e disabili non autosufficienti sono di competenza del Fondo sanitario regionale per la quota sanitaria e sono da considerare aggiuntivi rispetto ai fondi trasferiti dalla Stato in attuazione del Decreto interministeriale sulla non autosufficienza, dal momento che questo finanzia solo la parte sociale degli interventi, e rispetto ad altri eventuali disponibilità di competenza delle Politiche sociali regionali.
- Gli interventi di domiciliarità devono far parte del progetto individuale della persona anziana e della persona con disabilità di cui all'art. 14 della legge 328/00.
- Nessuna forma di discriminazione tra cittadini con disabilità deve essere consentita dalla normativa regionale.

Le organizzazioni scriventi si augurano che tali indicazioni possano costituire base per un futuro confronto con l'amministrazione regionale.

Allo scopo di consentire una più dettagliata presentazione delle loro posizioni chiedono all'Assessore regionale alla Tutela della salute e Sanità di attivare al più presto un Tavolo di concertazione tra le realtà coinvolte nel tema che è oggetto di questa comunicazione, anche allo scopo di evitare ogni ulteriore disagio per le persone con disabilità e anziane coinvolte.

Le organizzazioni scriventi, nel frattempo, chiedono il ritiro delle deliberazioni della Giunta Regionale del Piemonte n. 26/2013 e della successiva deliberazione n. 5/2014 (attuativa della precedente), i cui provvedimenti costituiscono atti 'sicuramente lesivi del diritto alle cure delle persone non autosufficienti', come rilevato anche dall'ANCI Piemonte, nella lettera a Lei indirizzata in data 22 gennaio 2014.

Con i migliori saluti

CSA

*Maria Grazia Breda*

CPD

*Paolo Osiride Ferrero*

FISH Piemonte

*Piergiorgio Maggiorotti*

*Torino, 7 febbraio 2014*