

# **Comitato per la Promozione dei Diritti delle Persone Non autosufficienti (\*)**

Segreteria: Tel. 348.5682346 – 011.8124469 [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

---

Torino, 20 maggio 2025

<h2><b>PRO-MEMORIA RICHIESTE E PROPOSTE PER IL PIANO SOCIO-SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE</b></h2>
--

- *Gent. Federico Riboldi, Assessore alla Sanità,*
  - *Gent. Maurizio Marrone, Assessore al Welfare*
- REGIONE PIEMONTE

Ringraziamo per l'incontro del 13 maggio u.s. ed inoltriamo una sintesi dei punti affrontati, relativamente a:

1. ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, MALATI DI ALZHEIMER O CON ALTRE FORME DI DEMENZA
2. PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA E AUTISMO
3. MINORI CON FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ O IN SITUAZIONE DI ABBANDONO MORALE E MATERIALE
4. PRINCIPI E PROPOSTE PER ACQUISIRE RISORSE ECONOMICHE...

Cordiali saluti

*p. la Segreteria  
Maria Grazia Breda*

.....

(\*) **Organizzazioni aderenti** al **Comitato per la promozione dei diritti delle persone non autosufficienti**: Associazione Aias Torino Aps, Associazione Alzheimer Piemonte ODV, Associazione AMA Chieri ODV, Associazione Anfaa ODV, Associazione ANMIC Torino, Associazione ASAI ODV, Associazione AUDIDO Alpignano, Associazione Avo Torino ODV, Associazione CPD Consulta per le persone in difficoltà ODV, Associazione Gli Amici di Daniela APS, Associazione Grh Druento ODV, Associazione La Scintilla, Associazione Luce per l'autismo ODV, Associazione Prader Willi ODV, Associazione Tutori volontari ODV, Associazione Ulces ODV, Associazione UPS ODV, Federazione Anziani e Pensionati ACLI Piemonte, Fondazione Promozione Sociale Onlus/Ets.

# 1. ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, MALATI DI ALZHEIMER O CON ALTRE FORME DI DEMENZA

## CRITICITA' E PROPOSTE

### CRITICITÀ

#### **La valutazione sociale non può negare l'accesso alle cure**

I malati cronici non autosufficienti hanno diritto alle prestazioni socio-sanitarie Lea, come stabilito dal decreto del 12 gennaio 2017. Tuttavia, le risorse stanziare dalle Asl non sono sufficienti. Le commissioni di valutazione delle Asl utilizzano l'Isee per accedere a queste prestazioni, una pratica illegittima per i Lea, che dovrebbero essere garantiti indipendentemente dalla condizione economica.

I malati sono spesso declassati a "casi sociali", e il diritto alle prestazioni Lea è rinviato indefinitamente. Anche la presenza di familiari viene usata come criterio escludente, nonostante la legge preveda che la cura sia responsabilità del Servizio sanitario regionale, non dei congiunti.

Sia la quota sanitaria per il ricovero che i contributi per l'assistenza domiciliare sono erogati con criteri assistenziali, senza considerare la gravità delle condizioni mediche. Questa situazione può durare anni, senza garanzia di risposta entro tempi ragionevoli, nemmeno per le urgenze. Le convenzioni per l'assistenza arrivano, a volte, solo poco prima o addirittura dopo il decesso del malato.

#### **I malati inguaribili sono sempre curabili**

I malati inguaribili hanno diritto alla continuità terapeutica senza interruzioni. Tuttavia, gli ospedali spesso dimettono anziani con Alzheimer senza garantire cure domiciliari o una struttura adeguata.

La dgr 10-5445/2022 stabilisce che dopo la fase acuta gli anziani malati non autosufficienti siano trasferiti nelle Rsa accreditate, per liberare i reparti ospedalieri. Dopo 30 giorni a carico del Servizio sanitario regionale, i malati devono pagare privatamente se il ricovero continua. Questo compromette il diritto alla salute garantito dalla legge 833/1978 e dai Lea.

Effetto della Dgr 10: il 25% dei malati trasferiti nelle Rsa muore entro pochi giorni o rientra in ospedale; il 50% deve sottoscrivere contratti privati. Molti altri cercano soluzioni economiche lontane, con gravi conseguenze.

**Le liste di attesa sono causa dell'impoverimento delle famiglie piemontesi**, non sono trasparenti e non garantiscono tempi certi di presa in carico neppure per i casi urgenti

#### **Prestazioni domiciliari, centri diurni e RSA sono inadeguate rispetto alle esigenze cliniche dei malati non autosufficienti**

##### *- Prestazioni domiciliari*

Le prestazioni domiciliari socio-sanitarie delle Asl sono gravemente carenti e non rappresentano un'alternativa al ricovero in Rsa. I malati non autosufficienti sono spesso costretti a ricoveri lontani per mancanza di riabilitazione a domicilio.

Il voucher dell'assistenza sociale copre solo una minima parte delle richieste e richiede Isee bassi, risultando un palliativo e non un diritto Lea garantito a tutti i malati cronici non autosufficienti.

La sperimentazione della Regione Piemonte con le dgr 39/2009 e 56/2010 aveva avviato un percorso virtuoso, ma la legge regionale 10/2010, che le ha recepite, non è stata mai pienamente attuata per la mancanza del regolamento.

- *Centri diurni*

I centri diurni per persone con Alzheimer, demenza o Parkinson hanno subito riduzioni significative, soprattutto per i costi elevati e la mancanza di trasporto adeguato. Serve potenziare questi centri, anche presso Rsa con spazi esterni, avvicinandoli alle abitazioni e calmierando i costi con fondi regionali, per ridurre il ricorso alle Rsa o ai ricoveri ospedalieri.

- *Rsa*

Le Residenze socio-sanitarie (Rsa) non rispondono più ai bisogni sanitari dei malati non autosufficienti.

Gli standard delle prestazioni nelle Rsa sono inadeguati per i malati anziani più gravi. E' necessaria una revisione delle norme nazionali e regionali, come emerso dalla pandemia da Covid-19. La fuga del personale verso il settore sanitario ha aggravato la carenza di personale qualificato nelle Rsa.

Le strutture necessitano di una riorganizzazione delle cure, del lavoro e del personale sanitario, oltre a miglioramenti degli ambienti e maggiore apertura ai cittadini per verificare le condizioni dei degenti.

Urge un investimento strutturale per garantire convenzioni sanitarie e migliorare la qualità delle prestazioni.

## PROPOSTE

### **Affrontare la situazione di emergenza**

1. Un crono-programma per l'abbattimento delle liste d'attesa che preveda:
  - lo stanziamento immediato di risorse adeguate che permetta:
  - l'inserimento immediato in convenzione di tutti quelli valutati urgenti
  - il riconoscimento della convenzione a chi è in ricovero privato da oltre un anno
  - il rientro graduale delle liste di attesa entro un biennio.
  - la presa in carico domiciliare da parte dell'Asl di residenza di chi resta in lista d'attesa, con prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, compreso l'inserimento in centri diurni per demenze e Alzheimer.
- 2 Legare gli incentivi per i Direttori Generali delle ASL alla garanzia del raggiungimento degli obiettivi del cronoprogramma che garantiscono i LEA socio-sanitari
- 3 Obbligo per i Direttori di Distretto socio-sanitario di segnalare ogni sei mesi le valutazioni e le risorse necessarie per garantire gli obiettivi per garantire le prestazioni socio-sanitarie Lea
- 4 Approvare una circolare interpretativa per i Direttori Generali degli Ospedali e delle Asl per assicurare la continuità terapeutica ai sensi dell'articolo 30 del dpcm del 12 gennaio 2017 (di cui al decr. lgv. 502/1992 e alla legge 833/1978, art. 1 e 2)
- 5 Istituire una cabina di regia con le parti sociali per monitorare l'attuazione dei punti di cui sopra

**Per la predisposizione del Piano sanitario e socio-sanitario regionale si chiede di:**

▪ **Avviare urgentemente un tavolo per l'applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) Regione-Territorio;** va prevista la partecipazione di tutti gli attori, compresi i rappresentanti delle scriventi organizzazioni, per la riscrittura dei provvedimenti inerenti le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, i centri diurni per le demenze, la riorganizzazione delle strutture residenziali Rsa. <sup>1</sup>

Il tavolo dovrà elaborare il nuovo piano sanitario e socio-sanitario avendo come riferimento i **principi di cui alle legge 833/1978, art. 1 e 2, il decreto leg.vo 502/1992 e il dpcm 12.1.2017** per il riordino delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti.

**Obiettivi:**

▪ **Rivedere la valutazione multidimensionale e la contestuale abrogazione delle Dgr 10/2022 , 36/2017,** in particolare per la parte inerente i criteri di valutazione sociale/economica e i punteggi relativi che impediscono l'accesso a prestazioni sanitarie; la dgr 14/2013 e segg. finalizzate al contenimento della spesa per il piano di rientro ormai concluso. Nel merito si ricorda che **la sentenza del Consiglio di Stato 1858/2019** ha precisato che non può essere *“condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali (rectius, diagnostiche e terapeutiche, n.d.r.) criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari”, per cui le strutture del Servizio sanitario non possono né richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare com'è stabilito dall'articolo 1 della legge n. 833/1978 secondo cui tutte le prestazioni devono essere fornite senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio”* sanitario nazionale.

▪ **promuovere in ogni ospedale reparti post-acuzie** per malati cronici non autosufficienti, per evitare inutili trasferimenti in altre strutture sanitarie quando è ragionevole prevedere il rientro al domicilio o in Rsa.

▪ **prevedere nel Parco della salute le prestazioni sanitarie necessarie alla cura dei malati cronici non autosufficienti,** compresa la preparazione e l'aggiornamento del relativo personale medico e non medico.

▪ **individuare strutture sanitarie e socio-sanitarie con posti letto a gestione pubblica diretta** di lungodegenza e residenza sanitaria assistenziale, per disporre di tutti gli elementi necessari per predisporre convenzioni e accreditamenti con enti privati (informazione su necessità e attività per i pazienti, costo delle forniture e del personale, gestione del personale stesso...).

▪ **il potenziamento della domiciliarità mediante:**

- l'estensione in ogni ospedale del servizio di ospedalizzazione a domicilio (OAD), attivo dal 1985 presso il reparto di Geriatria dell'Ospedale Molinette e regolamentato dalla Regione Piemonte con la Dgr 85/2010;

- l'aumento delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata (Adi), compresa la riabilitazione e le cure palliative e di contrasto al dolore e delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Si ricorda che «la Regione e i suoi enti strumentali (...) riconoscono, valorizzano e promuovono il ruolo e la funzione sociale degli enti del terzo settore, del volontariato e delle altre formazioni sociali (...)» nonché «promuovono il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore, anche attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione, in ogni caso garantendo i principi di trasparenza, pubblicità, evidenza pubblica, ragionevolezza, proporzionalità e parità di trattamento» (Articolo 3, legge regionale 25 marzo 2024, n. 7 “Norme di sostegno e promozione degli enti del terzo settore piemontese”).

<sup>2</sup> . Il riferimento normativo è l'articolo 5 della legge regionale 10/2010 e la dgr 22-5599 del 12 settembre 2022, che si richiama all'art. 22 del Dpcm 12 gennaio 2017

- la garanzia di dimissioni in continuità terapeutica per i pazienti che possono rientrare al domicilio, attivando se necessari anche i percorsi riabilitativi domiciliari, evitando ricoveri in case di cura difficilmente raggiungibili;

- il finanziamento, con una quota sanitaria, del costo del budget di salute riconosciuto dal Pai, così come sarà definito congiuntamente da Asl/comune con tutte le parti coinvolte; analogamente a quanto previsto per i ricoveri in convenzione in Rsa, gli oneri del budget andranno ripartiti in misura del 50% a carico del SSN, 50% a carico del Comune e/o dell'utente <sup>3</sup>.

▪ **Prestazioni semiresidenziali, Centri diurni**, inseriti preferibilmente in ambienti che favoriscano la socializzazione.<sup>4</sup> Da chiedere aumento quota sanitaria al Ministero della salute con modifica Lea.

▪ **Una nuova delibera per la riorganizzazione delle Rsa.**

Le Rsa sono già strutture accreditate dal Servizio sanitario e rientrano pertanto nei Lea, articolo 30 del dpcm 12 gennaio 2017, ma vanno riorganizzate radicalmente per inserirle a pieno titolo nella filiera delle strutture residenziali sanitarie. <sup>5</sup>

**In merito alle prestazioni residenziali**, occorre garantire

• la necessaria revisione degli standard del personale con la modifica del criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio 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;

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 per le prestazioni di alta intensità e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Corte di Cassazione.

---

<sup>3</sup> Così come stabilisce il Dpcm 14 febbraio 2001, parte integrante e sostanziale del Dpcm 12 gennaio 2017. La normativa citata in premessa consente di procedere coerentemente e correttamente in tal senso. Inoltre la legge 3/2018 riconosce la possibilità, mediante appositi accordi in Conferenza Stato Regione, di riconoscere come figura socio-sanitaria professionale l'assistente familiare formata, che la Regione Piemonte ha provveduto a implementare attraverso molteplici corsi di formazione mirati. Se si considera che è l'Asl che risparmia, in quanto l'utente ha garantito l'accesso, comunque, al pronto soccorso in assenza di risposte del territorio e ad ottenere eventualmente il ricovero convenzionato (art. 30, dpcm 12 gennaio 2017)

<sup>4</sup> Il centro diurno è un sostegno importante alla permanenza al domicilio sia per il malato sia per la famiglia; è importante la presenza del medico geriatra, di psicologi, la possibilità di richiedere il bagno assistito, attività abilitative e di terapia occupazionale finalizzati al mantenimento delle autonomie. Possono essere inseriti in una parte della Rsa, a piano terra con apertura su giardino, facilmente raggiungibile dai residenti o presso altri centri di aggregazione, comprese le case di comunità.

<sup>5</sup> La pandemia da Covid 19 ha fatto emergere che i ricoverati nelle Rsa 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 alberghi, ma degenti; per questo non è applicabile alle Rsa la conversione prospettata dal Pnrr: convivenze, gruppi appartamento, comunità familiari; tutte proposte valide ma per chi è ancora autonomo, che devono essere realizzate preferibilmente in normali luoghi di abitazione e, solo per i grandi anziani, eventualmente con nuclei a se stanti, in un piano della Rsa, ma con servizi e accessi totalmente indipendenti. Può essere una soluzione per chi è rimasto solo, è un grande anziano, ma desidera mantenere una vita ancora autonoma, ma senza dover sostenere la fatica dell'organizzazione di un appartamento in cui vivere. Pertanto le residenze socio-assistenziali (case protette, residenze assistenziali alberghiere, vecchie case di riposo) non devono accogliere anziani malati cronici non autosufficienti e dovranno riconvertirsi, in Rsa accreditate con il Servizio sanitario regionale.

## 2. PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA E AUTISMO

### DIRITTI ESIGIBILI COME PRIORITA' DEL PSSR

#### **La Normativa Di Riferimento:**

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con particolare riferimento agli articoli 27 e 34 per le prestazioni socio-sanitarie per le persone con disabilità intellettiva/autismo.
- Legge 833/1978 (art. 1 e 2), che stabilisce che le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale devono essere fornite "senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".
- DPCM 159/2013 (ISEE) e successive modifiche e integrazioni, che stabilisce che la determinazione e l'applicazione dell'ISEE per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate e la definizione della compartecipazione al costo è un livello essenziale delle prestazioni (LEPS).
- Sentenze della Corte Costituzionale che hanno sancito l'esigibilità dei diritti fondamentali, la natura incompressibile del diritto alla salute e alle prestazioni LEA, e l'illegittimità di condizionarli alla disponibilità di bilancio o a criteri economici/sociali non previsti dalla legge nazionale (come l'ISEE per l'accesso alle prestazioni sanitarie/socio-sanitarie o limiti patrimoniali aggiuntivi per l'integrazione delle rette).

#### **Il Dato Di Fatto:**

- Dal documento propedeutico promosso dalla Regione Piemonte per la definizione del Piano socio-sanitario 2025-2029, si rileva **una forte variabilità territoriale nella quantità e qualità dell'offerta di servizi diurni e residenziali per persone con disabilità**, sebbene questi rientrino tra le prestazioni LEA che debbono essere garantite.
- Nonostante siano diritti esigibili, le risorse stanziare dalle ASL per le prestazioni socio-sanitarie (quota sanitaria) non sono sempre adeguate. Ne deriva una lista d'attesa per l'accesso a servizi.
- Altresì, in merito alla quota alberghiera (a carico Comuni/utente) vengono sovente utilizzati criteri diversi dall'ISEE e in genere più penalizzanti per l'utente.

#### **La Richiesta Da Inserire Nel Pssr:**

- Che il PSSR espliciti con chiarezza i riferimenti LEA.
- Che il PSSR garantisca le prestazioni che rientrano nei LEA, ovvero la quota sanitaria; la quota alberghiera (componente sociale) basata sull'ISEE, superando le deroghe che ne ritardano l'applicazione corretta (come quella introdotta dalla DGR 25/2024).
- Che le liste d'attesa per le prestazioni LEA siano azzerate.
- Definire standard chiari, precisi ed uniformi per i servizi semiresidenziali e residenziali:
  - per i Centri diurni si chiede una Delibera che preveda tra gli standard la garanzia della frequenza a tempo pieno (8 ore al giorno) per tutti i giorni feriali, mensa e trasporto inclusi nel servizio; un soggiorno annuale di 14 giorni.
  - Per le strutture residenziali si chiede che venga prevista esclusivamente la realizzazione di piccole strutture a carattere familiare e in particolare Gruppi appartamento da 5 posti letto (+5) per coloro che hanno una disabilità intellettiva con necessità di sostegno lieve, mentre si prevedano Comunità alloggio da 8 posti +2 di tregua/emergenza per coloro che hanno necessità di sostegno elevato.
- Si preveda altresì la riconversione delle strutture residenziali aventi più di 10 posti letto.

## **CRITICITÀ DELLA RIFORMA NAZIONALE SULLA DISABILITÀ**

### **La Normativa Di Riferimento:**

- Legge Delega 227/2021, che ha delegato il governo all'adozione di decreti legislativi in materia di disabilità
- Decreto Legislativo 62/2024, che attua la legge delega e prevede, tra l'altro, un nuovo impianto del sistema di valutazione e la costruzione di progetti di vita.
- Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006), ratificata con legge 18/2009.
- Normativa e giurisprudenza sui LEA e la loro esigibilità (v. punto 1).

### **Il Dato Di Fatto:**

- Il documento regionale propedeutico al PSSR **rileva come l'attuazione della riforma nazionale possa "scardinare" l'attuale rete di servizi semiresidenziali e residenziali così come oggi riconosciuta.**
- Questa preoccupazione è condivisa, in particolare per le mancate risorse statali aggiuntive. La riforma prevede un "Budget di progetto" che deve raccogliere risorse non solo pubbliche (nei limiti della disponibilità) ma anche private, personali, familiari e del terzo settore per il Progetto di Vita.
- Vi è il rischio, e una possibile conseguenza, di una disuguaglianza nella definizione dei Progetti di vita a vantaggio di chi ha famiglia e risorse proprie.
- L'introduzione del principio dell'"accomodamento ragionevole" (aggiustamenti necessari perché il Progetto di vita sia fruibile) porta alla preoccupazione che, in un contesto di mancanza di risorse statali aggiuntive, tali aggiustamenti possano tradursi in una "revisione al ribasso della qualità o dell'intensità assistenziale" necessaria, specialmente per le persone con bisogni complessi.

### **La Richiesta Da Inserire Nel Pssr:**

- Che il PSSR ribadisca che il Progetto di Vita personalizzato deve prevedere obbligatoriamente per le persone con disabilità intellettiva con necessità di sostegno elevato e molto elevato, le prestazioni socio-sanitarie che rientrano nei LEA (servizi semiresidenziali e residenziali, anche di sollievo) e che pertanto trovano obbligatorio finanziamento.
- Che il PSSR preveda modalità attuative della riforma nazionale che tengano conto delle specifiche esigenze delle persone con disabilità intellettiva grave e autismo, assicurando che il principio di autodeterminazione sia modulato in modo adeguato alle loro capacità e che l'accomodamento ragionevole garantisca *effettivamente* la piena fruizione dei diritti e dei servizi senza riduzioni di qualità o intensità.

## **INSERIMENTO DEL MODELLO DAMA NEL PSSR**

### **La Normativa Di Riferimento:**

- La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (L. 18/2009) e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) obbligano le Regioni a garantire accesso alle prestazioni sanitarie senza discriminazioni per tutti i cittadini anche quelli con disabilità.

### **Il Dato Di Fatto:**

- Il modello DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*) è un percorso ospedaliero specificamente dedicato alle persone con disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico. Rappresenta una "buona pratica" riconosciuta a livello nazionale e internazionale.
- Senza un modello strutturato come il DAMA le persone con disabilità **subiscono una pesante discriminazione nell'accesso alle cure**, dato che:

- hanno impossibilità o grave difficoltà a comunicare sintomi, dolore e bisogni con rischio di diagnosi errate o ritardate; hanno difficoltà di collaborazione per visite, prelievi, esami diagnostici...
- gli accessi ospedalieri sono spesso inadeguati tanto da sfociare in contenzioni fisiche o farmacologiche senza alternative nonché nell'esclusione dei familiari/caregiver durante le cure..

#### **La Richiesta Da Inserire Nel Pssr:**

- Che il modello DAMA venga recepito formalmente nel PSSR e venga definito come un obiettivo strategico del PSSR.
- Che ne sia prevista l'estensione negli ospedali pubblici e nelle Aziende ospedaliere pubbliche.
- Che se ne valuti l'estensione anche ai malati anziani non autosufficienti, in particolare quelli affetti da Alzheimer o altre forme di demenza.

\*\*\*

## **APPROFONDIMENTI ISTANZE URGENTI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

### **Di seguito le principali norme a cui ci riferiamo per la richiesta delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie**

- articolo 32 della Costituzione, che tutela «*la salute come fondamentale diritto dell'individuo*»;
- articolo 2 della legge 833/1978, che obbliga il Servizio sanitario nazionale ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*»; e, ai sensi dell'articolo 1, deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*»; decreto legislativo 502/1992 e s.m.i, dpcm 14 febbraio 2001 (reso legge dall'art. 54, legge 289/2002 e decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, definizione e aggiornamento dei Lea;
- legge 18/2009, ratifica della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità;
- decreto del presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 e s.m.i. per l'applicazione dell'Isee;
- legge 112/2016 e Decreto del ministero del lavoro e delle politiche sociali 23 novembre 2016 per il “durante e dopo di noi”;
- legge regionale 10/2010, per l'attuazione delle prestazioni domiciliari;
- deliberazione della Regione Piemonte n. 51/2003, allegato B; articolazione degli interventi socio-sanitari per le persone con disabilità;
- deliberazione della Giunta regionale n, 22/2014, Disturbi pervasi dello sviluppo: recepimento accordo Stato Regione del 2012;
- deliberazione della Giunta Regionale 2/2016 “Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”;
- deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2019, n. 88-8997, per l'appropriatezza degli interventi dello spettro autistico rivolti alle persone adulte;

## **Le richieste delle istanze da inserire nel Piano Socio Sanitario Regione Piemonte**

- Le persone con il disturbo dello spettro autistico necessitano di una presa in carico che sia corrispondente ai bisogni effettivi , a tale proposito si richiede che siano inseriti i corretti strumenti per : la valutazione diagnostica , la valutazione funzionale e che ha conclusione dell'iter sia indicato per iscritto dai NPI per i minori e dai referenti sanitari del DSM per gli adulti l'intervento educativo cognitivo comportamentale /o comportamentale e i trattamenti indicati dalle Linee Guida autismo dell'ISS , sia elaborato il Progetto Individuale con l'intervento cognitivo comportamentale/o comportamentale e sia indicata la metodologia ritenuta idonea per la persona come previsto nei Lea DPCM 12 gennaio 2017 all'art 60.
- Si richiede la prosecuzione dei Tavoli autismo per avviare la condivisione ed elaborazione dell'integrazione della DGR 230/1997 specifico per le strutture residenziali delle persone autistiche si ritiene opportuno come logica costruire il modello per le sperimentazioni residenziali di comunità sanitarie terapeutiche per le persone autistiche gravi e comunità socio sanitarie almeno una struttura per ogni provincia della Regione Piemonte come già richiesto al tavolo dell'autismo e di cui si allega ha questa istanza i documenti elaborati del modello di riferimento già inviati all'attenzione degli Assessorati.
- Si richiede che siano programmate strutture SEER (Servizi educativi riabilitativi per minori in età evolutiva ) specifiche per le persone con autismo con figure professionale formate che garantiscano l'appropriatezza degli interventi cognitivi comportamentali /o comportamentali con le metodologie indicate nelle Linee Guida Autismo che sia garantito il Progetto educativo individuale per garantire le cure domiciliari nello specifico le prestazioni socio sanitarie per il mantenimento dei minori nel loro domicilio e permettere ai genitori lo svolgimento dell'attività lavorativa affinché possano garantire il sostentamento al nucleo familiare
- Si richiede che siano programmate (le tipologie nella integrazione della Dgr 230/1997) strutture Centri diurni, Cadd, ad che garantiscano la frequenza a tempo pieno e il trasporto , comunità sanitarie terapeutiche e comunità alloggio socio sanitarie , gruppi appartamento specifiche per le persone autistiche adulte con figure professionali formate in autismo che garantiscano l'appropriatezza degli interventi cognitivi comportamentali /o comportamentali con le metodologie indicate nelle Linee Guida Autismo che siano garantite le prestazioni socio sanitarie e il Progetto educativo individuale previsto dalla Dgr 51/2003 (come riferimento i documenti delle strutture che alleghiamo)
- Si richiede per le cure domiciliari l'approvazione del regolamento della legge 10/2010 che le prestazioni socio sanitarie del progetto individuale siano garantite e supportate da figure professionali formate in autismo anche da centri accreditati già presenti nelle provincie della Regione Piemonte che per i minori in età evolutiva la compartecipazione economica a carico della famiglia sia del 50%
- Si richiede che nel Piano Socio Sanitario per le persone autistiche sia indicato per ogni prestazione socio sanitaria della persona autistica minore e adulta l'intervento cognitivo comportamentale /o comportamentale e come indicano le Linee Guida Autismo dell'ISS.

### **3. MINORI CON FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ O IN SITUAZIONE DI ABBANDONO MORALE E MATERIALE**

Auspichiamo che venga al più presto dato seguito all'impegno diretto alla emanazione delle nuove Linee di indirizzo regionali sugli affidamenti familiari, alla luce delle modifiche normative intervenute, magari riprendendo il positivo lavoro di gruppo già avviato dall'Assessorato in merito, ferma dal luglio 2023.

Riteniamo che la bozza del Piano dovrebbe essere integrata inserendo anche una sezione dedicata alle adozioni nazionali e internazionali visti i cambiamenti intervenuti negli ultimi anni, in particolare dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 183/2023, che ha previsto la possibilità di mantenimento di rapporti dell'adottato con adozione "piena" con componenti della sua famiglia di origine (adozione "aperta"), attribuendo un ruolo importante ai Servizi Sociali nella preparazione e nel supporto ai figli e ai genitori adottivi nella gestione di questi complessi rapporti.

La recente sentenza n. 33/2025 della stessa Corte ha successivamente poi previsto la possibilità di adozione internazionale da parte di una persona singola, che comporterà un nuovo flusso di domande /disponibilità con un conseguente aumento della attività degli operatori dei servizi socio sanitari a partire dalla valutazione delle stesse.

Va anche evidenziata la crescente complessità delle situazioni dei minori dichiarati adottabili (diversi di questi sono portatori anche di disabilità o di pluripatologie) e dallo scarso sostegno che, nei fatti, già ora i Servizi socio sanitari riescono a fornire, fin dall'inserimento dei minori stessi. Segnaliamo inoltre che buona parte delle adozioni internazionali riguardano minori "*special needs*", cioè con bisogni speciali, a volte intere fratrie, che comportano una presa in carico dell'intero nucleo adottivo.

Con l'occasione riteniamo che debba essere positivamente prevista nel Piano una azione specifica diretta alla promozione della positiva legge 16 del 2006 della Regione Piemonte in base alla quale sono stati individuati quattro Enti Gestori (i Comuni di Torino e di Novara e due Consorzi, quelli del Cuneese e dell'Alessandrino) cui sono state attribuite le competenze relative agli interventi socioassistenziali nei confronti di queste gestanti, interventi che devono essere forniti su semplice richiesta dell'interessata, senza vincoli di residenza anagrafica (quindi possono accedervi anche le donne extracomunitarie senza permesso di soggiorno).

## **4. PRINCIPI E PROPOSTE PER ACQUISIRE RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE AL FONDO SANITARIO DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RIENTRANTI NEI LEA**

Richieste all'Amministrazione regionale del Piemonte <sup>6</sup>

### **1) aprire con il Governo la revisione del dpcm del 12 gennaio 2017 per chiedere:**

a) la modifica dell'articolo 22 del dpcm di cui sopra, con il riconoscimento al malato cronico o alla persona con disabilità non autosufficiente il diritto del 50% del budget di cura a carico del Servizio sanitario, finalizzato ad un contributo forfettario a sostegno dei costi sostenuti dai familiari che direttamente assicurano le prestazioni domiciliari informali o di un assegno di cura che permetta l'assunzione di personale di aiuto per garantire tutte le prestazioni indifferibili necessarie 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno;

b) la modifica dell'articolo 30 del suddetto dpcm per ripristinare per i Centri diurni per le persone malate di Alzheimer o con altre forme di demenza la percentuale a carico del Servizio sanitario nazionale e regionale pari al 70%; e per aumentare la quota sanitaria per le prestazioni residenziali (Rsa) dal 50 al 70% per garantire le prestazioni di alta intensità, nonché al 100% per le situazioni rientranti nella legge 730/1983, art. 30, al fine di avviare la necessaria riorganizzazione delle strutture, così come precisata nella piattaforma integrale già consegnata.

Le iniziative di cui sopra sono da considerarsi risparmi e investimenti del Servizio sanitario, in quanto contrastano l'impoverimento delle famiglie piemontesi e la conseguente contrazione dei consumi; ottimizzano le risorse del Settore sanitario con le azioni di prevenzione del ricorso al ricovero in ospedale; rallentano altresì la richiesta di convenzioni in Rsa, più onerose delle prestazioni domiciliari di lunga durata.

**2) attivare i finanziamenti messi a disposizione dall'Unione europea** per finanziare le quote sanitarie delle prestazioni domiciliari e dei centri diurni socio sanitari in via sperimentale in attesa della modifica di legge di cui sopra;

**3) proseguire nella verifica dell'effettivo rendimento dei beni mobiliari e soprattutto immobiliari** di proprietà e provvedere alla vendita di patrimoni che siano cedibili in modo proficuo;

---

<sup>6</sup> *Principi normativi di riferimento* - Le prestazioni socio sanitarie rientranti nei Lea rispondono alle esigenze di cura di lunga durata (LTC) dei cittadini che sono affetti da patologie croniche invalidanti o da loro esiti, che hanno determinato una condizione di non autosufficienza irreversibile. In questi casi essi hanno diritto alle cure sanitarie e, quando necessarie, alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali definite dai Lea.

La Corte costituzionale, già con la sentenza numero 509/2000, aveva previsto la necessità di salvaguardare «per ogni caso quel nucleo irriducibile alla salute protetto dalla costituzione come ambito inviolabile della dignità umana (...) il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela».

Ne deriva l'imperativo etico di orientare le scelte politiche perché, prioritariamente, siano destinate le risorse, del Servizio sanitario nazionale e regionale, per soddisfare i bisogni delle persone non autosufficienti a causa di malattie croniche o disabilità irreversibile che li rendono dipendenti in tutto da altri per il soddisfacimento delle loro funzioni vitali.

In attesa dell'attuazione dell'articolo 27 del decreto attuativo 29/2024 della legge 33/2023 restano fermi gli obblighi delle norme dallo stesso richiamate e cioè: legge 833/1978, decreto legislativo 502/1992, dpcm 14 Febbraio 2001 reso legge dall'articolo 54 della legge 289/2002 così come richiamati dal dpcm 12 gennaio 2017.

Al riguardo per quanto concerne il finanziamento dei Lea, la Corte costituzionale con la sentenza numero 62/2020 e la successiva 157/2020 ha precisato quanto segue: «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] 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 [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)».

4) **utilizzare l'istituto della concessione di pubblico servizio** per la realizzazione di una parte delle strutture socio-sanitarie necessarie (centri diurni, comunità, Rsa...).

5) **restituire al Fondo sanitario regionale e quindi anche al capitolo prestazioni socio sanitarie, una quota di finanziamenti sottratti e dirottati ad altri settori** che *«sono stati negli anni utilizzati come cassa per spese extra sanitarie come ammesso dall'Assessore al bilancio. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro facenti parte della destinazione dal Servizio sanitario nazionale destinati al Servizio sanitario regionale che sono stati utilizzati altrove»* (cfr. Giorgio Cavallero e Rossella Zerbi, "La sanità piemontese da 10 anni è in credito. L'amara storia del piano di rientro" pubblicato sul n. 1/2017 di Torino Medica);

6) **approvare una legge regionale per ottenere il recupero delle spese sostenute dai Servizi sanitari nei confronti dei terzi civilmente responsabili di illeciti accertati dal giudice** (ad esempio Thyssen-Krupp, infortuni sul lavoro, incidenti, ecc.). A titolo di esempio si segnala la proposta di legge n. 21 presentata il 15 luglio 2010;

7) **procedere con l'estinzione delle Ipab**, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza piemontesi (legge Regione Piemonte n. 12/2017) **non più operanti** ai sensi della legge 6972 del 1890 e del decreto legislativo 207 del 2001, con l'alienazione del patrimonio delle Ipab estinte da destinare ai Comuni, con l'indicazione che **la relativa rendita sia destinata all'assistenza dei cittadini privi di mezzi di sussistenza**;

8) **stanziare le risorse da assicurare ai Comuni singoli e associati per le integrazioni delle rette** degli utenti non autosufficienti che usufruiscono di prestazioni socio-sanitarie Lea di natura agevolata. Si stima che i Comuni necessitino di almeno 30 milioni di euro per coprire le integrazioni rette e rispettare i diritti degli utenti, un importo che gli utenti non autosufficienti hanno dovuto sborsare di tasca propria, contrariamente alla legge statale. La Giunta Cirio è invitata a dare immediata esecuzione alla DGR 10-6984, garantendo che l'ISEE, un livello essenziale delle prestazioni come previsto dalla Costituzione, sia applicato correttamente. I Comuni devono destinare prioritariamente le risorse disponibili alla copertura delle prestazioni socio-sanitarie obbligatorie, evitando di finanziare interventi non necessari.

9) **stabilire l'obbligo per le Commissioni di vigilanza di verificare il rispetto delle condizioni contrattuali tra Asl, Comuni e gestori privati convenzionati** riguardanti il numero, la qualifica di tutto il personale in relazione al numero degli utenti presenti, per verificare la corrispondenza con le risorse trasferite. La verifica deve essere supportata anche attraverso l'acquisizione di documentazione cartacea mediante la trasmissione mensile dei versamenti effettuati all'Inps, all'Inail, nonché la copia delle fatture emesse dagli operatori dipendenti, sia mediante periodici controlli sulle condizioni di salute degli infermi dimessi.

10) **Finanziare adeguatamente gli Uffici provinciali di pubblica tutela**, istituiti secondo la legge regionale 1/2004 (articolo 5, punto 2, lett j) e articolo 35, punti 7 e 8) e le modalità stabilite dalla Dgr 23-1988/2006, con il compito di supportare i tutori, curatori e amministratori di sostegno nominati dall'autorità giudiziaria. Le Province devono garantire un adeguato funzionamento dell'ufficio, rispettando i criteri e le modalità stabilite, e la Regione deve fornire le risorse finanziarie necessarie attraverso il fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali.