

## CURE DOMICILIARI: CONSIDERAZIONI E PROPOSTE

Sullo scorso numero di *Controcittà* è stata presentata la delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 39/2009 sulle cure domiciliari di cui ribadiamo la rilevante importanza della conferma della competenza sanitaria. Inoltre, la delibera in oggetto riconosce il ruolo fondamentale svolto nelle cure domiciliari dal nucleo familiare di appartenenza degli anziani cronici non autosufficienti, compresi quelli colpiti da demenza senile, al fine di evitare o ritardare il ricovero presso le strutture residenziali. Allo scopo, la delibera non solo prevede l'erogazione di contributi economici per l'assunzione di assistenti familiari, ma contempla sostegni economici anche a favore dei congiunti, conviventi e degli affidatari che provvedono all'accudimento dei succitati soggetti a livello domiciliare.

Altresi, come nei casi di ricovero presso Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), le Asl devono versare la quota sanitaria indipendentemente dalle risorse economiche del degente, allo stesso modo sono tenute ad erogare i contributi economici concernenti le cure domiciliari.

A nostro avviso si tratta di un rilevante passo in avanti nonché nella direzione espressa dal primo punto della Petizione popolare (si vedano le pagine 2 e 3 di questo numero), laddove è avanzata la richiesta del riconoscimento del diritto alle cure sanitarie domiciliari che di seguito riportiamo: *«Al fine di promuovere effettivamente le cure domiciliari degli adulti e degli anziani cronici non autosufficienti, dei malati di Alzheimer e dei pazienti affetti da sindromi correlate o da disturbi psichiatrici invalidanti, si chiede che la Regione Piemonte approvi una legge per garantire il diritto esigibile alle prestazioni domiciliari nei casi in cui siano contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:*

- *non vi siano controindicazioni cliniche o di altra natura;*
- *il soggetto sia consenziente e gli possano essere fornite le necessarie cure mediche e infermieristiche, nonché, se occorrenti, quelle riabilitative;*
- *i congiunti o soggetti terzi siano disponibili ad assicurare l'occorrente sostegno domiciliare e siano riconosciuti idonei dall'ente erogatore;*
- *siano previsti gli interventi di emergenza sia nel caso che i congiunti o i soggetti terzi non siano più in grado di prestare gli interventi di loro competenza, sia qualora insorgano esigenze del soggetto che ne impongano il ricovero presso idonee strutture;*
- *i costi a carico delle Asl e/o dei Comuni non siano superiori a quelli di loro spettanza nei casi di ricovero presso strutture residenziali;*
- *ai congiunti e ai soggetti terzi venga riconosciuto il ruolo di volontariato intrafamiliare e ad essi venga versato dalle Asl, nella misura del 60% della retta corrisposta alle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) un rimborso forfetario delle spese sostenute per le cure domiciliari, compresi gli oneri derivanti dalle sostituzioni della persona responsabile delle cure domiciliari per le occorrenti incombenze personali e familiari (acquisti, commissioni, ecc.)».*

Sempre in merito alla delibera 39/2009, il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, ha effettuato alcune analisi per verificare l'ammontare degli oneri in capo alle Asl, agli enti gestori delle attività socio-assistenziali e agli utenti ed ha predisposto una tabella (la n. 1) che riepiloga gli oneri a carico degli enti gestori delle attività socio-assistenziali. Attraverso l'elencazione delle prestazioni previste dalla delibera 39/2009 (e cioè le cure fornite - con varie intensità - da un familiare, o da un affidatario, o da un assistente familiare) è stato indicato il limite massimo di reddito del malato al fine dell'effettiva erogazione dei contributi economici da parte degli enti gestori della attività socio-assistenziali (considerando o meno l'indennità di accompagnamento). Ne emergono alcune considerazioni basilari, riportate nella succitata tabella 1, che conducono ad una serie di proposte di miglioramento della delibera. In primo luogo occorre rilevare il basso livello degli importi erogati, in particolare quelli previsti per i familiari.

Un'altra analisi, sempre relativamente all'impatto della delibera 39/2009, è riportata nella tabella 2. Si tratta della comparazione degli oneri a carico delle Asl, degli enti gestori delle attività socio-assistenziali e degli utenti, a seconda che la prestazione erogata al malato sia il ricovero in struttura tipo Rsa oppure siano le cure domiciliari secondo la delibera in oggetto. Il confronto è stato effettuato considerando le prestazioni di "alta intensità assistenziale" (analoghe sono le valutazioni per la media e la bassa intensità), nonché prendendo in considerazione tre livelli di situazione economica dell'utente, con presenza o meno dell'indennità di accompagnamento.

Risulta evidente che i risparmi economici degli enti gestori e delle Asl sono assai rilevanti qualora l'utente e la propria famiglia optino per il servizio di cure domiciliari anziché per un ricovero in struttura. Pertanto a nostro avviso vi sono sicuramente i margini per aumentare gli importi erogati anche al fine di incentivare (laddove possibile) la scelta verso le cure domiciliari.

Tabella n. 1

**Prospetto riepilogativo degli oneri a carico degli enti gestori delle attività socio-assistenziali**

(Riferimento delibera della Giunta regionale piemontese 6 aprile 2009, n. 39-11190, riguardante le prestazioni domiciliari per gli anziani non autosufficienti).

<i>Prestazione</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
	Euro/mese	Euro/mese	Euro/mese	Euro/mese
Cure fornite da un familiare (bassa intensità)	100,00	691,81	219,81	472,00
Cure fornite da un familiare (media intensità)	150,00	741,81	269,81	472,00
Cure fornite da un familiare (alta intensità)	200,00	791,81	319,81	472,00
Affidatario caregiver	100,00	691,81	219,81	472,00
Affidatario caregiver con compiti di cura (bassa intensità)	200,00	791,81	319,81	472,00
Affidatario caregiver con compiti di cura (media intensità)	250,00	841,81	369,81	472,00
Affidatario caregiver con compiti di cura (alta intensità)	300,00	891,81	419,81	472,00
Assistente familiare (bassa intensità)	400,00	991,81	519,81	472,00
Assistente familiare (media intensità)	550,00	1.141,81	669,81	472,00
Assistente familiare (alta intensità)	675,00	1.266,81	794,81	472,00
Assistente familiare (alta intensità senza rete familiare)	820,00	1.411,81	939,81	472,00

(1) Quota massima di contribuzione al Pai (Piano assistenziale individuale) a carico degli enti gestori delle attività socio-assistenziali. Si ricorda che gli stessi importi sono erogati dalle Asl indipendentemente dalle condizioni economiche dei pazienti.

(2) Limiti massimi di reddito del malato per l'erogazione dei contributi economici (quota Pai + 591,81 euro).

(3) Limiti massimi di reddito del malato per l'erogazione dei contributi economici detratta l'indennità di accompagnamento (quota Pai + 591,81 euro - indennità di accompagnamento).

(4) Importo dell'indennità di accompagnamento per il 2009.

**Conseguenze**

In presenza dell'indennità di accompagnamento e considerando la soglia di povertà relativa (euro 591,81) i servizi socio-assistenziali versano nulla o quasi nulla. Ne consegue che l'utenza ed i familiari non hanno oggettivamente alcun interesse a richiedere l'indennità di accompagnamento. Gli importi versati ai familiari e agli affidatari sono talmente bassi da risultare offensivi.

**Proposte**

a) La delibera n. 39-11190 non tiene conto che, in base ai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000 (cfr. la tabella n. 1), «qualora il nucleo familiare risieda in abitazione in locazione, si detrae il valore del canone annuo, fino a concorrenza, per un ammontare massimo di L. 10.000.000 [euro 5164,57]». Come finora ha giustamente fatto il Comune di Torino, dagli importi erogati per le succitate spese locative (da aggiornare in base ai dati Istat) dovrebbero essere dedotte le somme versate dai Comuni agli stessi utenti quale contributo a fondo perduto per il pagamento dell'affitto.

b) La delibera dovrebbe essere rivista sopprimendo la deduzione dell'assegno di accompagnamento anche perché, in base alle leggi vigenti, detto assegno concorre a costituire il minimo vitale per le persone che abbisognano di una assistenza continua. In questo modo si incentiverebbero gli utenti ed i familiari a richiederne l'erogazione alle competenti commissioni, le cui decisioni dovrebbero venire raccordate con quelle dell'Unità di valutazione geriatrica responsabile della definizione del Pai.

c) Occorre anche considerare che, in base ai parametri della delibera in oggetto, e senza tenere conto delle assenze per ferie e malattia, la copertura massima mensile da parte della persona che provvede a domicilio alle esigenze dell'anziano non autosufficiente è di 160 ore (40 ore/settimana) su 732 ore (giorni 30,5 x 24 ore). Pur deducendo 275 ore notturne (giorni 30,5 x 9 ore) e le 160 ore di cui sopra, restano scoperte almeno 297 ore al mese. Ne consegue che, attraverso l'indennità di accompagnamento (472 euro mensili), il malato dispone di circa 1,6 euro per ciascuna delle ore diurne non coperte da alcun sostegno economico.

**Per i motivi indicati ai punti a) e b) dovrebbe essere soppressa la deduzione dell'assegno di accompagnamento.**

d) È urgente la definizione da parte della Giunta regionale del ruolo dei medici di medicina generale a cui competono le cure domiciliari delle persone malate.

e) Sarebbe necessario aumentare (e di molto) il contributo versato ai familiari in modo da compensare almeno le spese vive da essi sostenute. Attualmente essi sono incentivati sul piano economico a ricoverare il loro congiunto e non ad accoglierlo.

Tabella n. 2

Confronto degli oneri a carico Asl, Enti gestori attività socio-assistenziali e utenti in merito alle prestazioni residenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti

Prestazioni di alta intensità assistenziale										
		Quota alberghiera ricovero presso Rsa (1)		Cure domiciliari				Convenienza economica per le cure domiciliari		
Prestazione	Situazione economica utente euro/mese	Quota a carico utente euro/mese	Quota a carico ente gestore euro/mese	Quota sanitaria (a totale carico Asl)	Quota alberghiera euro/mese	Quota franchigia utente euro/mese	Quota a carico ente gestore euro/mese	Asl	Ente gestore	Totale
ASSISTENTE FAMILIARE con rete familiare (ALTA intensità) 1.350 euro/mese	600 (2)	490	931	675	675	591,81	666,81	886	264	1.150
	800	690	731	675	675	591,81	466,81	886	264	1.150
	1.000	890	531	675	675	591,81	266,81	886	264	1.150
	1.072 (3)	962	459	675	675	591,81	194,81	886	264	1.150
	1.272	1.162	259	675	675	591,81	zero	886	259	1.145
1.472	1.362	59	675	675	591,81	zero	886	59	945	
ASSISTENTE FAMILIARE senza rete famil. (ALTA intensità) 1.640 euro/mese	600 (2)	490	931	820	820	591,81	811,81	741	119	860
	800	690	731	820	820	591,81	611,81	741	119	860
	1.000	890	531	820	820	591,81	411,81	741	119	860
	1.072 (3)	962	459	820	820	591,81	339,81	741	119	860
	1.272	1.162	259	820	820	591,81	139,81	741	259	1.000
1.472	1.362	59	820	820	591,81	zero	741	59	800	
FAMILIARE con compiti di cura (ALTA intensità) 400 euro/mese	600 (2)	490	931	200	200	591,81	191,81	1.361	739	2.100
	800	690	731	200	200	591,81	zero	1.361	731	2.092
	1.000	890	531	200	200	591,81	zero	1.361	531	1.892
	1.072 (3)	962	459	200	200	591,81	zero	1.361	459	1.820
	1.272	1.162	259	200	200	591,81	zero	1.361	259	1.620
1.472	1.362	59	200	200	591,81	zero	1.361	59	1.420	
AFFIDATARIO con compiti di cura (ALTA intensità) 600 euro/mese	600 (2)	490	931	300	300	591,81	291,81	1.261	639	1.900
	800	690	731	300	300	591,81	91,81	1.261	639	1.900
	1.000	890	531	300	300	591,81	zero	1.261	531	1.792
	1.072 (3)	962	459	300	300	591,81	zero	1.261	459	1.720
	1.272	1.162	259	300	300	591,81	zero	1.261	259	1.520
1.472	1.362	59	300	300	591,81	zero	1.261	59	1.320	
AFFIDAMENTO RESIDENZIALE 700 euro/mese	600 (2)	490	931	350	350	591,81	341,81	1.211	589	1.800
	800	690	731	350	350	591,81	141,81	1.211	589	1.800
	1.000	890	531	350	350	591,81	zero	1.211	531	1.742
	1.072 (3)	962	459	350	350	591,81	zero	1.211	459	1.670
	1.272	1.162	259	350	350	591,81	zero	1.211	259	1.470
1.472	1.362	59	350	350	591,81	zero	1.211	59	1.270	

Note

(1) La quota sanitaria è a totale carico delle Asl ed ammonta, nel caso in questione, a 1561 euro/mese (51,18 euro/giorno x 30,5 giorni). La quota alberghiera invece è a carico dell'utente nei limiti delle sue risorse economiche, dedotti 110,00 euro per le piccole spese personali. L'eventuale importo non coperto dall'utente è a carico del Comune. La quota alberghiera ammonta, nel caso in questione, a 1421 euro/mese (46,6 euro/giorno x 30,5 giorni)

(2) Utente che non percepisce l'indennità di accompagnamento.

(3) Utente che percepisce l'indennità di accompagnamento (nel 2009 pari a 472,04 euro/mese)

## **OSSERVAZIONI DEL CSA IN MERITO ALLE PROPOSTE DI LEGGE DELLA REGIONE PIEMONTE SULLA CASA**

*In data 10 giugno 2009 sono state inviate al Presidente, Vice Presidente e Componenti della II Commissione Consiglio regionale del Piemonte, le seguenti osservazioni e proposte a cura del Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, in merito al disegno di legge n. 625 (1) e alla proposta di legge n. 397 (2).*

*È stato altresì allegato il prospetto di sintesi intitolato "Quadro esigenziale in riferimento a utenti con bisogni 'speciali'" che riportiamo di seguito (3).*

Il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, presenta le seguenti osservazioni e proposte:

a) vi è un'esigenza rilevante e urgente di strutture abitative (alloggi singoli, per 2-3 persone, per comunità alloggio) come risulta dall'allegato "Quadro esigenziale" del 4 luglio 2007;

b) si concorda in linea di principio con i contenuti della proposta di legge n. 397, richiedendo che sia anche prevista la destinazione di locali per i centri diurni per anziani con malattia di Alzheimer o demenze di vari tipo, per adulti con gravissimi problemi intellettivi e per malati psichiatrici.

Si nutrono invece riserve circa l'assegnazione di alloggi agli anziani autosufficienti e alle giovani coppie in quanto non vi sono motivi per privilegiare questi cittadini rispetto agli altri aventi analoghe esigenze.

Pertanto, anche per gli anziani autosufficienti e per le giovani coppie, dovrebbero essere applicate le normali disposizioni di assegnazione;

c) si segnala la necessità dell'approvazione (finalmente!) di norme volte all'attuazione dell'articolo 4 della legge 17 febbraio 1992, n. 179, in base alle quali «*le Regioni, nell'ambito delle disponibilità loro attribuite, possono riservare una quota non superiore al 15 per cento dei fondi di edilizia agevolata e sovvenzionata per la realizzazione di interventi da destinare alla soluzione di problemi abitativi di particolari categorie sociali individuate, di volta in volta, dalle Regioni stesse. Per tali interventi i requisiti soggettivi ed oggettivi sono stabiliti dalle Regioni, anche in deroga a quelli previsti dalla legge 5 agosto 1978, n. 457, e successive modificazioni all'articolo 6*», in modo da promuovere un diffuso accettabile inserimento abitativo dei soggetti più deboli;

d) si chiede che nella legge regionale di recepimento del disegno di legge n. 625 e della proposta di legge n. 397 vengano inserite le opportune norme in modo che gli alloggi individuali, per 2-3 persone e per comunità, siano assegnati evitando concentrazioni di soggetti problematici.

Allo scopo potrebbe essere previsto che la destinazione di alloggi a dette persone non deve essere superiore al 10% delle strutture e che in ogni stabile può essere istituita una sola comunità alloggio, con l'esclusione di altre strutture analoghe anche negli edifici confinanti;

e) si ritiene che dovrebbero essere approvate disposizioni in modo da consentire l'utilizzo dei locali dei piani pilotis aventi un'altezza inferiore – entro margini prefissati – alle norme comunali;

f) si evidenzia la necessità del recepimento nella legislazione della Regione Piemonte delle norme dell'articolo 31 della legge 104/1992 riguardante la concessione di contributi «*per la realizzazione con tipologia idonea o per l'adattamento di alloggi di edilizia sovvenzionata e agevolata alle esigenze di assegnatari o acquirenti handicappati ovvero ai nuclei familiari assegnatari di abitazioni assistite da contributo pubblico, tra i cui componenti figurano persone handicappate in situazione di gravità o con ridotte o impedito capacità motorie*»;

g) si rileva l'esigenza di prevedere la sommatoria dei punteggi per l'assegnazione di alloggi a più persone non facenti parte dello stesso nucleo familiare, in particolare soggetti con handicap e anziani soli, in modo da favorire l'aiuto reciproco e di ridurre il fabbisogno degli alloggi da assegnare. Con questa modalità Piero e Roberto, dopo rispettivamente 25 e 30 anni di ricovero presso il Cottolengo di Torino, hanno avuto un alloggio nel quale convivono da oltre 20 anni;

h) si sottolinea l'esigenza dell'approvazione di norme dirette a facilitare la costruzione di nuove Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e a consentire, entro limiti da definire, l'ampliamento di quelle esistenti, tenuto conto che in Piemonte mancano ben 8mila posti letto (di cui 2mila nella città di Torino) per anziani malati non autosufficienti e persone colpite da demenza senile.

(1) Disegno di legge regionale n. 625 "Snellimento delle procedure in materia di edilizia ed urbanistica", presentato dalla Giunta regionale del Piemonte il 26 maggio 2009.

(2) Proposta di legge regionale piemontese n. 397 "Recupero della volumetria dei Piani pilotis per alloggi residenziali destinati ad anziani, disabili e giovani coppie", presentata il 24 gennaio 2007 da Mariangela Cotto (prima firmataria), Angelo Burzi, Ugo Cavallera, Alberto Cirio, Caterina Ferrero, Giampiero Leo, Gaetano Nasti, Luca Pedrale, Gilberto Fratin Pichetto, Pietro Francesco Toselli.

(3) Cfr. "Appello delle associazioni di volontariato all'Azienda territoriale per la casa", *Controcittà*, n. 6-7, 2008.

*Allegato*

**Quadro esigenziale in riferimento a utenti con bisogni "speciali"**

("speciali" nel senso che le esigenze abitative non sono sempre assimilabili a quelle tradizionali e consolidate, spesso richiedono sostegni e supporti, senz'altro esigono particolare cura ed attenzione)

<i>Tipologia dell'utenza</i>	<i>Esigenze abitative</i>	<i>Supporti aggiuntivi</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone con difficoltà motorie piuttosto rilevanti</li> <li>- Persone con problemi sensoriali piuttosto rilevanti</li> <li>- Persone con pluri-disabilità</li> </ul>	Alloggi per singola persona Alloggi per coppia (coppia da intendersi nelle più ampie accezioni) Alloggi per coppia/singolo in presenza di figli	Supporto/incremento tecnologico e di ausili Eventuale predisposizione e/o inserimento di elementi di domotica Eventuale necessità di assistenza
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone con problemi intellettivi di tipo lieve necessitanti di supporto gestionale e di controllo</li> <li>- Persone con problemi psichiatrici di tipo lieve necessitanti di supporto gestionale e di controllo</li> </ul>	Alloggi per singola persona Alloggi per coppia (coppia da intendersi nelle più ampie accezioni) Alloggi per piccolo gruppo (3-4 persone)	Necessità di supporto per gestione casa Necessità di personale di controllo (anche di tipo saltuario)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bambini e adolescenti "privi" del nucleo familiare</li> <li>- Bambini con gravi malattie necessitanti di cure prolungate, ma non di permanenza nella tradizionale sede ospedaliera</li> <li>- Comunità alloggio per gestanti e madri</li> <li>- Persone con gravi problemi intellettivi</li> <li>- Persone con gravi problemi fisici e limitata autonomia</li> <li>- Persone con disabilità gravissime e patologie (spesso pluripatologie)</li> </ul>	Comunità alloggio (massimo 8-10 persone)	Supporto per gestione casa Personale educativo di assistenza Supporto tecnologico e ausili Eventuale predisposizione e/o inserimento di elementi di domotica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anziani con malattia di Alzheimer o demenze di vario tipo</li> <li>- Ragazzi e adulti con gravissimi problemi intellettivi (spesso anche con problematiche fisiche e sensoriali)</li> <li>- Malati psichiatrici</li> </ul>	Centri diurni (diversamente "calibrati" a secondo del tipo di utente)	

**Alcune possibili richieste:**

- preferibile localizzazione a piano terra o rialzato per problemi di una più agevole accessibilità, per sicurezza in caso di emergenza, per diretto rapporto con esterno; necessità di particolare attenzione progettuale per sicurezza nei confronti di effrazioni, vandalismi, ecc.;
- in caso di interventi di nuova costruzione di complessi di edilizia residenziale, si potrebbe anche optare per localizzare una comunità alloggio, di cui sopra, in piccolo edificio autonomo, evitando ovviamente la concentrazione in unico edificio di tutti gli alloggi per persone con problemi;
- in caso di interventi di recupero dell'esistente, si propone di usare il piano pilotis (o di parte del piano pilotis) per comunità alloggio o alloggi di cui sopra;
- per gli alloggi di cui sopra, destinare (se è possibile) uno spazio verde protetto e "riservato" all'interno dello spazio all'aperto per tutti gli abitanti dell'edificio/gruppo di edifici;
- prevedere l'eventuale inserimento (verificare se ciò è possibile), all'interno di un complesso di edifici di edilizia residenziale pubblica (sia nel caso di nuovi interventi sia nel caso dell'esistente) di una struttura per anziani malati cronici non autosufficienti (Residenza sanitaria assistenziale).

## **BOZZA DI DELIBERAZIONE DELLA REGIONE PIEMONTE PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE: IL PARERE DEL COMITATO PROMOTORE PER LA PETIZIONE POPOLARE**

In data 8 luglio 2009 il Comitato promotore per la petizione popolare ha inviato agli Assessori alla sanità Eleonora Artesio e al welfare Teresa Angela Migliasso, della Regione Piemonte, osservazioni e proposte in riferimento alla bozza di deliberazione per l'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie.

Oltre al rispetto delle norme regionali relative alle strutture di ricovero per anziani (Dgr, Delibera della Giunta regionale n. 17/2005) il Comitato promotore nelle osservazioni (a firma di Maria Grazia Breda, Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base; Graziella Gozzellino, Diapsi, Difesa ammalati psichici; Giuseppe Manzone, Federavo, Federazione delle associazioni di volontariato ospedaliero) ha evidenziato diversi punti che interessano le strutture da accreditare oltre che per i soggetti anziani cronici non autosufficienti anche per i soggetti con handicap e per i minori, e ha chiesto agli Assessori competenti di adoperarsi affinché nella bozza in oggetto siano recepite una serie di richieste – di seguito riportate – a tutela dei diritti degli utenti non autosufficienti e non in grado di difendersi a causa della gravità delle loro condizioni personali o sociali.

### **Punti di interesse generale**

- a) Dichiarazione della regolarità contributiva rilasciata dall'Inps, in riferimento al personale indicato nella scheda di monitoraggio e, dunque, in relazione al numero degli addetti e alla qualifica, analogamente a quanto richiesto per le aziende che lavorano con gli enti pubblici per le disposizioni antimafia;
  - b) per le imprese soggette agli obblighi della legge 68/1999 sull'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con handicap, certificazione rilasciata dal competente Centro per l'impiego provinciale della rispettiva posizione in relazione agli obblighi previsti;
  - c) richiesta agli enti accreditati dell'invio – in seguito – della fotocopia o cedolino originale della rilevazione delle presenze degli operatori e copia del modello DM con attestazione di avvenuto pagamento, con autocertificazione che lo stesso è afferente ai versamenti contributivi del personale impiegato nel servizio accreditato;
  - d) indicazione di parametri che vincolino le ditte che concorrono al rispetto dei contratti di lavoro maggiormente rappresentativi con eventuale premio/incentivo finalizzato all'abbattimento del turnover;
  - e) il rispetto dell'obbligo di esposizione sia all'ingresso della struttura, sia nel locale di accesso di ogni nucleo di ricoverati, di un tabellone permanente in cui siano indicati i vari turni di lavoro ed il relativo personale ivi compreso l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura;
  - f) introduzione di sanzioni in caso di mancato rispetto delle norme di accreditamento;
  - g) allo scopo di prevenire maltrattamenti e/o abusi nei confronti degli utenti non autosufficienti e non in grado di difendersi, si è chiesto di disporre che ciascun nuovo operatore delle strutture assistenziali pubbliche e/o convenzionate a diretto contatto con gli utenti sia in possesso di una certificazione attestante che non presenta controindicazioni, per le caratteristiche della sua personalità, allo svolgimento delle proprie mansioni.
- Gli Enti locali individuano un centro scientificamente valido (d'intesa con le organizzazioni sindacali ed i rappresentanti dell'utenza) cui conferire questo incarico. Detto centro, che sarà vincolato al segreto di ufficio, dovrà limitarsi a rilasciare l'attestazione in cui si segnala che non ci sono controindicazioni all'assunzione. In caso contrario non rilascerà nulla e non ci saranno pertanto informazioni scritte riferite alla persona esaminata. Tale procedura potrebbe essere adottata anche prima della frequenza dei corsi di studio per gli operatori del settore socio-sanitario;
- h) consegna agli utenti e/o a chi li rappresenta del regolamento e/o carta di servizi (certificata dall'Asl e dall'ente gestore dei servizi socio-assistenziali) contenente ogni indicazione attinente le prestazioni sanitarie assicurate dall'Asl e quelle socio-sanitarie comprese nella retta alberghiera o non comprese;
  - i) previsione dell'obbligo per Asl ed enti gestori di garantire, mediante delibera, l'accesso alle forze sociali organizzate sull'esempio positivo della deliberazione comunale della Città di Torino (a firma Migliasso) del 21 febbraio 1983 n. 8301958/19 "Accesso a strutture residenziali socio-assistenziali da parte delle associazioni dell'utenza e dei movimenti di base con facoltà di osservazione e verifica della gestione - Regolamentazione generale".

Oltre alle richieste di carattere generale precedentemente riportate, sono state avanzate richieste specifiche per ciascuna categoria (anziani cronici non autosufficienti, soggetti con handicap, minori).

### **Anziani cronici non autosufficienti**

Oltre a quanto sopra, nella bozza di delibera sull'accreditamento in oggetto si è richiamato il rispetto non solo delle condizioni indicate nella Dgr 17/2005, ma anche ai vincoli indicati nelle successive deliberazioni (Dgr 2/2006 e Dgr 39/2008).

Inoltre si è chiesta l'acquisizione della scheda del monitoraggio regionale (Dgr 2/2006), certificata dal Direttore generale dell'Asl e dal Direttore dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali (Dgr 39/2008) quale elemento base per la garanzia del rispetto degli standard delle prestazioni che devono essere assicurate agli utenti, quale documentazione fondamentale per l'accreditamento, ma indispensabile anche per l'attività di vigilanza.

Al riguardo si ritiene assai grave che dall'approvazione della Dgr 17/2005 la Giunta regionale non abbia ancora predisposto il regolamento, da consegnare ai ricoverati (e/o a chi li rappresenta) la cui mancanza è causa (voluta?) delle continue richieste "extra" da parte degli enti gestori privati, con oneri rilevanti per gli utenti e gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali che integrano le eventuali rette.

Inoltre si è chiesto di sostituire nell'allegato E il termine "anziano" con utente e "casa di riposo" con struttura residenziale socio-sanitaria in quanto espressioni desuete e superate dalle deliberazioni precedentemente citate.

### **Soggetti con handicap**

È stato ribadito che – come per gli anziani cronici non autosufficienti e soggetti similari – si accetta la bozza di deliberazione in oggetto per tutto quanto concerne le strutture richiamate nell'allegato B della Dgr 51/2003 (la delibera regionale sull'applicazione dei livelli essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria) allo scopo di ottenere i finanziamenti statali. Tuttavia da tempo si sollecita una revisione complessiva della materia, affinché siano rivisti gli standard strutturali e organizzativi in relazione alle esigenze dell'utenza.

È necessario affrontare con risposte sanitarie e socio-sanitarie adeguate le differenti esigenze delle persone a seconda che si tratti di handicap conseguente alla minorazione fisica, sensoriale e/o intellettuale; oppure se derivante da patologie croniche invalidanti (malati psichiatrici, traumatizzati cranici, sclerosi multipla...) o se in presenza di pluripatologie.

Oggi queste persone sono spesso ricoverate impropriamente in strutture socio-assistenziali, senza tutela di cura sanitaria a cui avrebbero diritto o comunque con prestazioni insufficienti e/o inadeguate alle loro esigenze.

Inoltre va affrontato il tema della cronicità legato all'invecchiamento delle persone con handicap intellettuale in situazione di gravità.

Per quanto sopra si chiede l'inserimento di una clausola che impegni la Giunta regionale alla revisione del modello residenziale, ma anche dei centri diurni, analogamente a quanto è stato fatto con la Dgr 17/2005 per la residenzialità degli anziani non autosufficienti e con la Dgr 38/2009 per i centri diurni per le persone dementi.

Sarebbe altresì auspicabile l'accreditamento provvisorio delle nuove strutture in attesa di revisione della normativa suddetta.

Già in questa deliberazione andrebbe inoltre indicato un termine ultimo per la messa a norma (con le attuali disposizioni) delle strutture per le quali è stata prevista una deroga transitoria, compreso il Cottolengo.

### **Minori**

Per quanto concerne i minori, è stata evidenziata la necessità di un richiamo alla legge 184/1983 in merito alle relative strutture residenziali socio-sanitarie, in particolare al riguardo delle priorità di intervento e delle caratteristiche delle comunità.

In merito alla prima questione, le priorità di intervento, l'inserimento in comunità deve essere l'ultimo provvedimento da attivare quando non sono praticabili il sostegno al nucleo d'origine, l'affidamento familiare a scopo educativo o l'adozione.

In relazione invece alle caratteristiche delle comunità, anche se a gestione socio-sanitaria o sanitaria, devono essere comunque di tipo familiare, così come definito per le comunità terapeutiche e socio-sanitarie con la Dgr 41/2004.

Ricordiamo purtroppo che sono numerose le strutture che inseriscono minori (ad esempio Istituto Ferrero di Alba, Cottolengo di Tortona...) che non rispettano i requisiti di cui sopra.

Al riguardo si chiede che venga estesa anche alle strutture residenziali socio-sanitarie l'obbligatorietà di segnalazione al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni dei minori ivi presenti, stabilita dalla legge n. 184/1983 all'articolo 9, comma 2 e 3 per quelli inseriti negli istituti assistenziali e nelle comunità.

## **LA POVERTÀ GENERATA DALLA NEGAZIONE DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: UNA RICHIESTA DI INTERVENTO A TUTTE LE CARITAS**

*Come ben sanno i lettori di Controcittà (1), più volte abbiamo sollecitato la Caritas al riguardo di una tanto attesa loro iniziativa in merito alla diffusione di corrette notizie sul diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati cronici non autosufficienti.*

*Non ci è chiaro come mai la Caritas, più volte informata e sollecitata in merito, continui a non voler predisporre anche un semplice opuscolo di poche pagine che possa costituire un riferimento concreto sia per quei volontari che cercano di rendere esigibili i diritti delle persone non in grado di autodifendersi sia per i cittadini attualmente disinformati.*

*Considerata l'amplissima presenza della Caritas su tutto il territorio nazionale, la grande diffusione dei loro mezzi di comunicazione (come per esempio la rivista mensile Italia Caritas) ma anche la loro presenza su radio e televisioni ecclesiali e laiche, nonché, non da ultimo, la loro vasta influenza, sarebbe estremamente importante (e sicuramente molto efficace sul piano della tutela dei diritti delle persone più deboli), una loro mossa in tale direzione.*

*Ricordiamo che le esigenze sono molto gravi e riguardano decine di migliaia di persone, anziane e non, colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza. E che vi sono questioni assai rilevanti come le dimissioni illegittime e spesso selvagge dei suddetti soggetti da ospedali e case di cura private convenzionate. Nonché i conseguenti gravosi oneri economici che vengono scaricati sui malati e sulle loro famiglie (a causa della violazione delle leggi da parte del Servizio sanitario nazionale e della stragrande maggioranza dei Comuni italiani) che costituiscono una importante causa di povertà.*

*A questo proposito il 23 giugno 2009, in occasione del 33° Convegno nazionale delle Caritas diocesane tenutosi a Torino presso il Centro congressi del Lingotto, il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, ha distribuito il volantino di seguito riportato, unitamente all'opuscolo informativo "Tutti hanno diritto alle cure sanitarie" (opuscolo peraltro reperibile anche sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)).*

### **APPELLO A TUTTE LE CARITAS PER ELIMINARE UNA DELLE CAUSE DELLA POVERTÀ**

Chiediamo alle Caritas di intervenire per ottenere dagli ospedali e dalle case di cura private convenzionate il rispetto del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti.

Il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie è sancito dalle leggi vigenti: la prima, la n. 692, risale addirittura al 1955.

Pertanto nei casi in cui sia gravemente colpito da patologie invalidanti e da non autosufficienza, l'anziano non curabile a domicilio ha il diritto esigibile:

a) **durante la fase acuta** alle cure sanitarie fornite gratuitamente e senza limiti di durata presso ospedali e case di cura private convenzionate;

b) **durante la fase cronica** alle cure socio-sanitarie fornite senza limiti di durata presso Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e strutture analoghe (case protette, ecc.).

#### **Oneri economici a carico del malato ricoverato in Rsa**

Durante la fase cronica il malato è obbligato dalle disposizioni in vigore (articolo 25 della legge 328/2000 e decreti legislativi 109/1998 e 130/2000) a versare la quota alberghiera di ricovero (che non può essere superiore al 50% della retta totale) nell'ambito delle sue personali risorse economiche (redditi e beni), senza alcun onere per i congiunti conviventi o non conviventi. Queste disposizioni sono rispettate solo in Piemonte e in poche altre zone.

(1) Su *Controcittà* sono usciti i seguenti articoli: "Perché la Caritas torinese non fornisce informazioni scritte sul diritto alle cure sanitarie dei malati cronici?", n. 6-7, 2005; "Perché la Caritas non assume con un proprio documento la difesa del diritto alle cure sanitarie dei malati colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza?", n. 5, 2006; "Perché la Caritas dell'Arcidiocesi di Torino minimizza la drammatica situazione degli anziani cronici non autosufficienti?", n. 6-7, 2006.

Le leggi vigenti garantiscono inoltre la continuità terapeutica senza alcuna interruzione durante la transizione delle fasi acuta e cronica.

Purtroppo in quasi tutte le zone del nostro Paese le succitate leggi non vengono rispettate, costringendo le famiglie degli anziani cronici non autosufficienti a svolgere funzioni di competenza del servizio sanitario.

Le inadempienze della sanità provocano la povertà di decine e decine di migliaia di famiglie.

Il IV Rapporto del Ceis Sanità, Università di Tor Vergata di Roma, presentato il 20 dicembre 2006, conferma le nefaste conseguenze economiche nei confronti delle famiglie i cui componenti non autosufficienti vengono dimessi da ospedali e da case di cura private convenzionate pur avendo ancora la necessità di continue prestazioni sanitarie.

Secondo detto Rapporto risulta che nel 2004 (ultimo dato disponibile) ben 295.572 famiglie «sono scese al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese sanitarie sostenute».

Le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate sono subite dai congiunti (spesso si tratta di persone ultra80enni o ultra90enni) perché non conoscono i diritti dei malati.

*Le cure domiciliari sono prioritarie. Dovrebbero essere incentivate dalle Regioni ma non possono essere imposte soprattutto ai congiunti molto anziani e ai figli che lavorano.*

Accettare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate significa sul piano giuridico sottrarre volontariamente il malato dalle competenze della sanità e assumere volontariamente gli oneri economici e tutte le responsabilità civili e penali.

Chiediamo quindi alle Caritas di difendere i diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti fornendo le necessarie informazioni, possibilmente tramite un opuscolo.

Essere inguaribili non significa essere incurabili.

## **LA NECESSITA' DI INTERVENTI ADEGUATI IN MATERIA DI MINORI**

In data 11 maggio 2009 il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base di Torino), ha inviato una nota all'On. Angela Migliasso, assessore al welfare della Regione Piemonte, quale replica ad una precisazione dello stesso Assessore pubblicata su *la Repubblica, Il Giornale del Piemonte e Torino Cronaca* in data 17 aprile, su di un articolo sui minori allontanati dai nuclei familiari.

Nella nota, il Csa ha tenuto ad evidenziare che «*le positive scelte [in materia di minori, N.d.R.] della Regione Piemonte sarebbero molto più efficaci se i Comuni, singoli e associati, recepissero – come dovrebbero aver fatto da anni – le norme della legge regionale n. 1/2004, rendendo in tal modo effettivamente esigibile il diritto alle prestazioni socio-assistenziali enunciato nella succitata legge*».

Inoltre, dal punto di vista organizzativo, il Csa rileva che «*sarebbe molto opportuno*» che venisse promossa da parte dell'Assessorato «*l'assunzione da parte dei Comuni singoli e associati di un metodo di lavoro fondato sulla predisposizione obbligatoria di piani personalizzati di intervento approvati per quanto possibile anche dagli utenti e consegnati in copia agli utenti stessi*».

Fondamentale è la predisposizione di informazioni scritte anche per quanto concerne «*le eventuali contestazioni circa il rispetto di detti piani da parte sia degli enti che degli utenti*».

Ciò consentirebbe:

- a) *anche nei casi, purtroppo frequenti, delle sostituzioni degli operatori addetti, vi sia sempre una documentazione scritta, consentendo in tal modo agli stessi sostituti di possedere tutti i necessari dati di conoscenza;*
- b) *gli utenti coinvolti siano portati a conoscenza degli addebiti mano a mano che gli operatori riscontrano le irregolarità e quindi non possano mai sostenere di essere sorpresi dalle decisioni che li riguardano, in particolare quelle relative alle proposte di intervento dell'autorità giudiziaria o concernenti la cessazione delle prestazioni;*
- c) *sia avviata la prassi secondo cui le eventuali lagnanze degli utenti devono essere presentate per iscritto. In questo modo anche i responsabili dei servizi ne vengono a conoscenza, come può anche non capitare se la procedura è solo verbale.*

In conclusione il Csa, mentre evidenzia all'assessorato la necessità di valutare «*la possibilità della loro rappresentanza da parte delle associazioni di tutela e dei gruppi di volontariato riconosciuti dagli enti gestori e scelti dagli utenti*», chiede un incontro per approfondire le succitate questioni.