

<p>CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base</p> <p>10124 TORINO - Via Artisti, 36 Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95 info@fondazionepromozionesociale.it <i>Funziona ininterrottamente dal 1970</i></p>	 <p>Fondazione Promozione sociale ONLUS</p> <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 info@fondazionepromozionesociale.it www.fondazionepromozionesociale.it <i>Costituita l'8 aprile 2003</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PIATTAFORMA

*al Consiglio regionale e alla Giunta della Regione Piemonte
a seguito delle elezioni dell'8-9 giugno 2024*

RICHIESTE E PROPOSTE PER GARANTIRE AI CITTADINI PIEMONTESI NON AUTOSUFFICIENTI LE PRESTAZIONI SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI A CUI HANNO DIRITTO

Torino, 12 luglio 2024

Le scriventi organizzazioni sottopongono al Consiglio e alla Giunta regionale del Piemonte le istanze più urgenti, che riguardano i cittadini piemontesi non autosufficienti: **malati cronici, in prevalenza anziani, sovente con demenza o malati di Alzheimer; persone con disabilità intellettiva e autismo; minori con famiglie in difficoltà.**

Nella presente Piattaforma sono avanzate le richieste di intervento indispensabili per soddisfare le esigenze indifferibili delle persone non autosufficienti e garantire i loro diritti alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali.

Le organizzazioni che sottoscrivono la presente piattaforma si impegnano a promuoverla e a sostenerla congiuntamente nei confronti del Consiglio e della Giunta regionale e in sede di trattativa nei Tavoli di lavoro che si auspica siano avviati, nel rispetto della co-progettazione e co-programmazione ai sensi dell'articolo 65 del Decreto legislativo 117/2017 (Codice ETS) e della Legge regionale n.7 del 25 marzo 2024, tra le Amministrazioni pubbliche e le scriventi.

Si precisa che le scriventi organizzazioni operano nel campo del volontariato dei diritti, che si distingue per il suo focus sulla promozione e tutela dei diritti fondamentali, l'azione principale sulle cause e non sugli effetti, la promozione di cambiamenti legislativi strutturali a favore delle persone non autosufficienti non in grado di difendersi autonomamente, l'autonomia operativa ed economica ovvero l'assenza di gestione di qualsivoglia servizio e/o convenzionamento con enti pubblici allo scopo di mantenere la propria indipendenza finanziaria e nei confronti delle istituzioni.

Si impegnano inoltre a darne la massima pubblicizzazione ai loro aderenti oltre che ai cittadini e a garantire la partecipazione a tutte le iniziative che verranno concordate.

p. Csa e Fondazione promozione sociale
Maria Grazia Breda

Segreteria: info@fondazionepromozionesociale.it tel. 011 8124469

Attualmente fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Agafh, Associazione genitori di adulti e fanciulli handicappati di Orbassano (To); Aias, Associazione italiana assistenza spastici, sezione di Torino; Associazione "La Scintilla" di Collegno-Grugliasco (To); Associazione "Luce per l'autismo" ODV, Torino; Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, Torino; Associazione "Odissea 33" di Chivasso (To); Associazione "Oltre il Ponte" di Lanzo Torinese (To); Associazione "Prader Willi", sezione di Torino; Associazione tutori volontari odv, Torino; Cogeha, Collettivo genitori dei portatori di handicap, Settimo Torinese (To); Comitato per l'integrazione scolastica, Torino; Ggl, Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettivo, Torino; Grh, Genitori ragazzi handicappati di Venaria-Druento (To); Gruppo inserimento sociale handicappati di Ciriè (To); Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Torino; Ups, Unione per la promozione sociale, Torino; Utim odv, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.

INDICE

1. **ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, MALATI DI ALZHEIMER O CON ALTRE FORME DI DEMENZA..... Pag. 3**
Avvio immediato di un Tavolo per stesura del Piano socio-sanitario - Subito risorse per le urgenze e un cronoprogramma per la presa in carico di tutti i malati non autosufficienti
2. **PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO..... Pag. 14**
Esigenze, norme, richieste per domicilio, centri diurni, comunità alloggio
3. **MINORI CON FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ O IN SITUAZIONE DI ABBANDONO MORALE E MATERIALE.....Pag. 17**
Il diritto prioritario a crescere in famiglia - Rilancio affidamenti familiari consensuali - Sostegno alle adozioni - Avvio campagna informativa "SOS Donna Parto segreto"
4. **RICHIESTE PER TUTTE LE PERSONE MALATE O CON DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI..... Pag. 18**
5. **PRINCIPI E PROPOSTE PER ACQUISIRE RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE AL FONDO SANITARIO DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE RIENTRANTI NEI LEA.....Pag. 20**

Per informazioni sui diritti delle persone non autosufficienti:
www.fondazionepromozionesociale.it

Per aggiornamenti e approfondimenti:
"Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali"
www.prospettiverivista.it

Dal 1968 (già Prospettive assistenziali), ininterrottamente, è impegnata contro l'esclusione sociale di minori, di persone con disabilità e di anziani, e per le necessarie riforme. Pubblica i documenti più significativi sui servizi sociali e sanitari e sulla formazione del relativo personale. Riferisce sulle iniziative del volontariato, del sindacato e degli operatori, nonché, articoli di commento a leggi e normative.
*Abbonamento annuale a "Prospettive": euro 50 - tramite bonifico bancario, all'Unione per la promozione sociale, codice Iban: **IT39Y020080105800002228088***

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

LA SITUAZIONE È DI EMERGENZA SOCIALE....

...1 marzo 2024, ci scrive Leonardo, figlio di una malata cronica non autosufficiente, cui diamo consulenza per la difesa del diritto alle cure: «Il ricovero in Rsa, interamente a carico della nostra mamma, ha raggiunto oltre 77mila euro. Adesso la Rsa ci ha segnalato che la mamma si è aggravata ed è stata trasferita in un nucleo di alta intensità, per cui la retta aumenta a circa 4mila euro al mese. È una cifra che diventa difficile da sostenere, anche perché non sappiamo quanti mesi (o anni?) dobbiamo attendere la convenzione».

Nella condizione di Leonardo nel 2021 (ultimi dati disponibili) erano circa 5mila i malati anziani non autosufficienti in lista d'attesa, ai quali le Asl piemontesi non riconoscono l'erogazione della quota sanitaria del ricovero, che ammonta al 50% della retta totale. Il dato è parziale e ampiamente sottostimato, perché la Giunta Cirio non tiene conto di quanti erano già in lista d'attesa negli anni precedenti e nel frattempo non hanno ricevuto la convenzione.

Secondo i dati dei Gestori, sono almeno 15mila i degenti non autosufficienti in Rsa che stanno pagando privatamente l'intera retta di ricovero. Gli importi sono, in media, dai 3mila ai 4mila euro al mese, a cui si aggiungono le prestazioni extra. Se avessero la convenzione non sarebbe comunque un ricovero gratuito: pagherebbero in ogni caso circa 1.500 euro al mese, che è una cifra sostenibile – oggi – per molti pensionati malati. Invece, senza l'intervento dell'Asl, se la famiglia non ce la fa a pagare la retta intera, è ovvio che cercherà una struttura a buon mercato, ma con garanzie di servizio bassissime o addirittura fuorilegge, come quelle che i NAS hanno chiuso di recente anche ad Alessandria. La responsabilità di questa drammatica situazione ricade sulle istituzioni che non garantiscono il diritto alla quota sanitaria. Con la Giunta Cirio non hanno risposta neppure i malati di Alzheimer in stadio di malattia molto avanzato, cioè che stanno quasi per morire e che sono dichiarati «urgenti» dalla stessa Asl. È il caso di Rosaria, malata di Alzheimer certificato dal 2009, curata fino all'estate 2023 dal marito con l'aiuto della figlia. Un altro caso seguito dalla Fondazione promozione sociale.

A fine agosto Rosaria si aggrava e i suoi famigliari non sono più in grado di gestirla. Chiedono il ricovero convenzionato in Rsa: sono 15 anni che fanno da soli! L'Asl To3 riconosce come «urgente» il ricovero, ma a distanza di tre mesi non succede nulla. Al sollecito dei familiari stremati, l'Asl risponde che Rosaria «è attualmente in posizione 23 nella graduatoria delle persone cui è stata attribuita una priorità urgente», ma non dà nessuna data certa di presa in carico. Eppure, secondo le norme regionali l'urgenza dovrebbe essere garantita entro 90 giorni al massimo. Intanto si è ammalato anche il marito con complicazioni da Covid.

A quanto pare, l'ordine – non scritto – arrivato dall'alto (Giunta Cirio, Direzione generale delle Asl, Direttori di distretto) è quello di “spremere” tutte le risorse delle famiglie e dell'anziano malato non autosufficiente. Per l'erogazione della quota sanitaria non si guarda la condizione sanitaria del malato (in quanto non autosufficiente, sempre molto grave), ma il suo conto in banca, il possesso della casa di abitazione, le disponibilità dei figli. Una procedura completamente discrezionale e illegittima (il Servizio sanitario deve curare tutti, e questi sono peraltro utenti che pagherebbero metà del costo complessivo del loro ricovero!), che taglia fuori dalle cure migliaia di piemontesi.

Ricordiamo che gli anziani sono “non autosufficienti” in quanto sono malati cronici e, come tutti i malati cronici, hanno diritto all'accesso alle prestazioni della sanità (come l'accesso e la quota sanitaria in Rsa) senza valutazione Isee.

Lo slogan della sanità piemontese è «Non c'è cura senza cuore». Per decine di migliaia di malati cronici non autosufficienti non è così! Non c'è cura e non c'è nemmeno il rispetto del loro diritto fondamentale alle cure. Migliaia di famiglie piemontesi così si impoveriscono. Con la Giunta Cirio, addio ceto medio!

Le esigenze sanitarie e socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti sono indifferibili e non possono essere scaricate sui familiari

L'Accademia di Medicina dell'Università di Torino ha confermato che gli “anziani malati cronici non autosufficienti sono soggetti colpiti da gravi patologie” per cui si “rendono indispensabili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili” (Cfr. documento La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte, gennaio 2022)). Le società di geriatria del Piemonte e della Valle d'Aosta, a loro volta hanno precisato che “non esiste un confine al di là del quale il malato cessa di essere un

‘paziente’ e diventa un ‘problema socio-assistenziale’, a qualsiasi età” e, indipendentemente dall’età, “le limitazioni funzionali che conseguono all’insorgenza, al perpetuarsi e all’aggravarsi delle condizioni morbose sono la risultante delle malattie stesse”. Per cui “si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l’espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute”, in questo caso “oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l’alimentazione compreso, se occorre, l’imboccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché la presenza attiva per le emergenze”.

È urgente approvare il Piano socio-sanitario in coerenza con le norme statali e per garantire prestazioni Lea ed integrazioni economiche

Tenuto conto che la condizione di malattia cronica irreversibile o il suo esito, sono la causa della condizione di non autosufficienza, è l’assessorato regionale alla sanità l’ente obbligato a garantire il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e a tutti gli interventi indifferibili per il soddisfacimento delle funzioni vitali. L’assessorato alla sanità ha altresì l’obbligo di coordinarsi con gli altri settori sociali e, anche (ma non solo) con quello dell’assistenza (art. 1, legge 833/1978, lett. g).

Vista la situazione drammatica delle liste d’attesa in cui sono collocati i malati anziani cronici non autosufficienti, in attesa di prestazioni domiciliari, centri diurni e ricoveri in convenzione in Rsa anche da anni, si richiede l’assunzione immediata di interventi urgenti da parte della Regione Piemonte come più avanti proposto, nonché la messa a punto di un piano sanitario e socio-sanitario per una programmazione condivisa anche con le scriventi organizzazioni, ai sensi dell’art. 55, comma 2 e 3, del d. Leg.vo n. 117/2017.

Per raggiungere questo obiettivo, riteniamo essenziale il coinvolgimento di tutte le parti sociali interessate per una corretta attuazione del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa vigente: legge 833/1978 (art. 1 e 2), d.leg.vo 502/1992, dpcm 12 gennaio 2017 (Lea), legge 328/2000, nonché il dpcm 159/2013 e s.m.i. (Isee) con obbligo degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali di adeguare i loro regolamenti alle norme sull’Isee.

Alla Giunta regionale del Piemonte si chiede di abrogare le deliberazioni approvate in piano di rientro, ormai concluso, e di adeguare i nuovi provvedimenti alle norme nazionali (di rango superiore), che disciplinano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea, Livelli essenziali di assistenza, che ricordiamo sono diritti soggettivi ed esigibili.

Al riguardo la Corte costituzionale nella sentenza n. 157/2020 ha evidenziato che «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)».

Il Consiglio di Stato a sua volta era già intervenuto con due sentenze per confermare l’esigibilità del diritto alle prestazioni Lea, così come ribadito nella soprarichiamata sentenza della Corte Costituzionale 62/2020.

Nello specifico, con riferimento al decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 2017 (aggiornamento dei Lea), nella sentenza n. 1858/2019 ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali 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'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*» sanitario nazionale.

Lo stesso Consiglio di Stato, con sentenza n. 1/2020, dopo aver precisato che il diritto alla salute è «un diritto soggettivo pieno ed incondizionato», ha evidenziato che «l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazione delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)» e che, pertanto, «l'Ente pubblico dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie».

Di seguito segnaliamo le criticità e le proposte di modifica alla luce delle norme sopra richiamate.

È illegittimo considerare la valutazione sociale ed economica per negare l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie Lea

Tutti i malati cronici non autosufficienti, di ogni età, hanno diritto alle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea, Livelli essenziali di assistenza previsti dal decreto del presidente del consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, ma le risorse stanziare dalle Asl (e quindi stabilite dalla Giunta a priori, senza calcolare il reale fabbisogno) non sono adeguate a soddisfare le domande. Le commissioni di valutazione delle Asl utilizzano la richiesta della presentazione dell'Isee per l'accesso ad una prestazione Lea, prevista dalla dgr 34/2016, allegato B, punto 3, che è illegittima per l'accesso ad una prestazione che rientra nell'ambito del settore sanitario. Il malato cronico non autosufficiente o la persona con disabilità in situazione di gravità viene declassato a "caso sociale" e il diritto soggettivo ed esigibile alla prestazione socio-sanitaria (Lea) è rinviato sine die, ovvero senza una data certa di presa in carico. Allo scopo si considera tra i criteri escludenti dal diritto alla prestazione anche la presenza di coniugi, figli, altri familiari, benché l'obbligo di curare i malati sia previsto dalla legge 833/1978 in capo al Servizio sanitario regionale (Asl) e non ai congiunti. Infatti la legge 1580/1931, che prevedeva la rivalsa per le spese ospedaliere sui familiari è stata abrogata!

Sia la quota sanitaria, prevista dai Lea per il ricovero in convenzione, sia il contributo per sostenere i costi di una prestazione domiciliare, sono erogati con criteri assistenziali, senza considerare la rilevanza della condizione di malati (e malati molto gravi). Non conta la presenza di esigenze sanitarie e terapeutiche rilevanti.

Questa situazione drammatica e illegittima (poiché i pazienti hanno diritto alle prestazioni per legge, indipendentemente dalla loro condizione economica e sociale) sovente prosegue anche per 2-3 anni e sempre senza un tempo certo di risposta. Neppure le urgenze che, in base alla delibera dovrebbero essere soddisfatte entro massimo 90 giorni, hanno diritto alla quota sanitaria per ricoveri in Rsa.

Nonostante le tasse versate per il pagamento della nostra assicurazione pubblica, che è il Servizio sanitario nazionale, la Giunta regionale del Piemonte nel momento in cui si chiede la prestazione Lea, abbandona i malati anziani e scarica i costi totali sui loro familiari. Nell'ultimo anno, dalle situazioni che seguono le associazioni, emerge che le convenzioni tendenzialmente arrivano a pochi mesi dal decesso; addirittura qualche mese dopo la morte, perché sono riconosciute quando i malati sono ormai in condizioni sanitarie di fine vita.

I malati inguaribili sono sempre curabili

Illegittime le cure a scadenza imposte dalla dgr 10-5445/2022

E' prassi comune che gli ospedali non rispettino il diritto alla continuità terapeutica senza interruzione delle cure sanitarie dei malati cronici non autosufficienti. In particolare si affrettano a dimettere i grandi anziani, specie se con Alzheimer o altre forme di demenza, ancora prima che siano state assicurate e organizzate dall'Asl di residenza del paziente le cure domiciliari (se accettate volontariamente e concordate con i familiari) o sia stata individuata una struttura post ospedaliera coerente con il livello di bisogno sanitario dei malati: riabilitazione, lungodegenza, ricovero in struttura residenziale socio-sanitaria in convenzione con l'Asl.

La dgr. 10-5445 del 29 luglio 2022, prevede che dopo la fase acuta (molto spesso dichiarata esaurita in Pronto Soccorso) l'ospedale possa trasferire tempestivamente gli anziani malati non autosufficienti (e malati in condizioni similari) nelle Rsa accreditate. L'obiettivo raggiunto è quello di liberare i reparti ospedalieri, ma a danno dei malati non autosufficienti e dei loro congiunti. La dgr 10/2022 ha l'obiettivo del rientro a domicilio e quindi stabilisce 30 giorni a totale carico del Servizio sanitario regionale; altri 30 solo più con la quota sanitaria del 50% della retta. Se il ricovero deve proseguire, perché non vi sono le condizioni per il domicilio, l'anziano malato cronico non autosufficiente deve pagare tutto privatamente. E' messo in una condizione capestro: o firma il contratto o viene letteralmente "buttato fuori" dalla Rsa previa intimazioni dei legali. La Giunta Cirio precedente ha letteralmente scaricato i malati non autosufficienti e le loro famiglie alla mercè dei gestori privati, sovente multinazionali che non esitano a ricorrere ai loro avvocati.

Si tratta di una eclatante violazione del diritto alla salute e alle cure senza limiti di durata sancite dalla legge 833/1978 e confermate dai Lea (articolo 30 del dpcm del 12 gennaio 2017).

Tuttavia la Dgr 10/2022 si è rivelata un fallimento anche per gli ospedali. Secondo i dati del primo semestre 2023 (fonte: Regione Piemonte/Asl Città di Torino) i dati dicono che il percorso approntato dalla Regione non risponde alla necessità di rispondere alle esigenze dei malati non autosufficienti: nel 25% dei casi, i malati trasferiti nelle Rsa (impossibilitate a garantire cure estensive) muoiono entro pochi giorni oppure rientrano in ospedale in urgenza (magari un altro ospedale); il 25% è dimesso a casa, ma senza alcuna presa in carico dell'asl o del medico di medicina generale; il 50% di chi è ricoverato in Rsa è costretto a sottoscrivere contratti privati allo scadere del 60° giorno di ricovero. Molti vengono trasferiti dai familiari che cercano soluzioni più economiche, a volte distanti anche 100 chilometri dal luogo di residenza, con gravi ripercussioni per gli anziani malati non autosufficienti, specie se affetti da demenza o Alzheimer. Per molti altri vi è il rischio concreto di finire in strutture abusive, perché meno costose.

La Dgr 10-5445/2022 è stata impugnata avanti al Tra del Piemonte dalla Fondazione promozione sociale unitamente alle associazioni Alzheimer Piemonte e Amici Parkinsoniani Piemonte. Si è in attesa della sentenza.

La situazione delle liste d'attesa è senza tempi certi di presa in carico; in lista d'attesa anche i casi urgenti!

E' indispensabile una profonda riforma dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali e, di conseguenza, la revisione dell'attuale normativa regionale del settore per promuovere il superamento delle liste d'attesa, una delle principali cause di impoverimento di migliaia di nuclei familiari piemontesi.

E' urgente una operazione di trasparenza sui dati oggettivi delle domande di prestazioni socio-sanitarie valutate idonee dalle commissioni di valutazione, ma inserite in lista d'attesa. Ad oggi non vi sono dati recenti ed oggettivi disponibili regionali. Le ultime informazioni risalgono al 2016. Sono stime che si basano su dati disponibili risalenti al 2016 e che avevano certificato oltre 26mila anziani malati non autosufficienti in lista d'attesa, ma erano dati incompleti perché mancava la provincia di Vercelli.

Secondo i dati forniti dai gestori privati delle strutture residenziali i cittadini piemontesi malati non autosufficienti in lista d'attesa per la convenzione in Rsa, che stanno sostenendo la retta privata totalmente a loro carico, sono oltre 15.000. Si tratta di somme importanti: dai 3500 ai 4000 euro in media per un ricovero in una Rsa idonea a fornire prestazioni di media-alta intensità. Almeno altri 15.000 (la stima è al ribasso) sono coloro che curano un familiare malato cronico non più autosufficiente al domicilio e sostengono in proprio il costo totale dell'aiuto di un assistente familiare (badante) per una spesa che si aggira tra i 2000-2500 euro al mese (stipendio, contributi, ferie, tredicesima, mutua, tfr, pasti, maggiori oneri di utenza e, spesso, copertura con altro personale per sabato e domenica).

Si tratta in maggior parte di anziani sovente in età avanzata, con pluripatologie croniche e/o loro esiti oppure con disabilità talmente invalidante da non essere in grado di svolgere autonomamente i più elementari compiti della vita quotidiana; in molti casi hanno perso anche la capacità di esprimersi e di manifestare i loro bisogni.

SEGNALIAMO ALCUNI ESEMPI DI SITUAZIONI RICORRENTI DI MANCATO RISPETTO DELLE NORME DA PARTE DELLA GIUNTA CIRIO, DI FAMILIARI VESSATI DAI DIRIGENTI MEDICI DELLE ASL E DAI LEGALI DELLE RSA

- Madre non autosufficiente con indennità di accompagnamento, ricoverata privatamente dal oltre due anni: la spesa ha superato ormai gli 80mila euro e, dal febbraio 2024, la struttura ha ulteriormente aumentato la retta, portandola a 4mila euro al mese. Nonostante ciò, non solo l'Asl continua a definire il caso «non urgente», ma la valutazione sociale (economica) continua ad essere sempre la stessa. (#15.L.).
- Madre non autosufficiente in Dgr 10/2022 presso una Rsa dal mese di novembre 2022, perché non è praticabile il rientro a casa. La figlia si oppone alle dimissioni e chiede la prosecuzione del ricovero fino all'autorizzazione della convenzione definitiva da parte dell'Uvg, che l'Asl nega nonostante la grave situazione sanitaria (10 punti). La Rsa, anziché sollecitare l'Asl che ha disposto il ricovero, si rivolge all'avvocato e minaccia l'invio di un'ingiunzione di pagamento per le somme relative alle quote sanitarie. (#4.B.).
- Aprile 2023, entrambi i genitori non autosufficienti, ricoverati in ospedale e poi trasferiti in Rsa in Dgr 10/2022: alla madre viene riconosciuta l'urgenza Uvg e ottiene subito la convenzione. Al padre è invece assegnato un progetto domiciliare, senza tempi certi per la presa in carico. Il padre prosegue il ricovero e lei si impegna a proseguire con il pagamento delle quote alberghiere, ma l'Asl continua a negare l'intervento: la rivalutazione Uvg riconosce la necessità di un ricovero in Rsa (10 punti sanitari), ma lo etichetta come "non urgente".
A marzo 2024, la Rsa invia ingiunzione di pagamento al degente, contestando le rette sanitarie non versate (per un totale di oltre 17mila euro), nonostante la mancanza di un contratto di ricovero privato. (#10.C.)

- Settembre 2023. Anziano malato cronico non autosufficiente ricoverato privatamente in Rsa, in 10 mesi di ricovero ha dovuto sostenere oltre 31 mila euro di sole rette di ricovero, oltre spese a parte per la lavanderia e la fornitura di pannoloni. Disponendo solo di una pensione di 900 euro mensili, la figlia – infermiera, madre monoreddito con figlio a carico e mutuo sulla casa – deve aggiungere di tasca propria 2.500 euro al mese, attingendo dai propri risparmi personali. Nonostante un punteggio sanitario Uvg di 12 punti, l'Asl continua a negare il proprio intervento. (#6.N.)
- Novembre 2023. Madre non autosufficiente (70 anni) con Alzheimer diagnosticato nel 2009. Sempre accudita a casa da parte del marito e delle due figlie. Ad agosto 2023, non essendo più possibile proseguire con la presa in carico al domicilio da parte dei familiari, anche a causa delle condizioni di salute del marito peggiorate a seguito di una polmonite da Covid, chiedono all'Asl l'inserimento in convenzione in Rsa. L'Uvg, il 16/10/2023, assegna un punteggio di 24 punti (12 + 12) ed un grado "urgente". I familiari sollecitano l'Asl ad autorizzare il ricovero e l'Asl risponde, prima di Natale, che la signora si trova in posizione 23 nella "graduatoria dei casi urgenti". Al 15 febbraio 2024, a ben quattro mesi di distanza dalla valutazione l'Asl non ha ancora autorizzato il ricovero in convenzione, nonostante siano abbondantemente superati i termini previsti dalle norme regionali per l'attivazione della convenzione (90 giorni, Dgr 14-5999/2013). (#12.T.)
- Dicembre 2023. L'Uvg ha riconosciuto l'urgenza, con il massimo del punteggio sanitario (14) e 13 di sociale. Tuttavia, la convenzione non viene attivata. L'anziana malata cronica non autosufficiente è ricoverata in Dgr 10/2022 in Rsa. Il suo ricovero di 30 giorni scade il 12 gennaio 2024, ma l'Uvg non attiva la convenzione e la Rsa vuole la firma del contratto privato per non dimettere l'ammalata, che è gravissima. (#3.L.)
- Gennaio 2024. Madre non autosufficiente ricoverata in ospedale, non riesce a nutrirsi da sola, non può andare in bagno da sola e non è più completamente in grado di programmare presente e futuro. L'ospedale, appena stabilizzata, informa i familiari che intendono procedere con la dimissione e che, pertanto, spetta a loro organizzarsi per trovare una struttura adatta a pagamento. (#7.A.)
- Anziana malata cronica non autosufficiente, affetta da demenza senile, ricoverata presso una casa di cura con ricovero disposto dall'Asl. A gennaio 2024, la casa di cura comunica alla figlia l'intenzione di procedere alla dimissione, ma questa si oppone. L'Uvg assegna un punteggio di 11 punti sia sanitari che sociali, ma ritiene comunque la questione "non urgente". La casa di cura conferma la dimissione: la figlia invia l'opposizione alle dimissioni e la degente prosegue il ricovero. A fine marzo 2024 riceve la convenzione Asl, ma la degente è ormai deceduta da due settimane. (#8.V.)
- Febbraio 2024. Anziana malata cronica non autosufficiente accudita al domicilio dai familiari. L'Asl effettua la valutazione Uvg: 14 punti sanitari, 6 punti sociali. Esito urgente. La figlia sollecita l'Asl ad autorizzare con urgenza il ricovero in convenzione in Rsa, ma l'Asl sostiene che occorre attendere i tre mesi previsti dalla Dgr 14/2013 prima di poter attivare la convenzione, la quale prevede invece che «/ Progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità "Urgente" dovranno trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione». (#11.F.)
- Aprile 2024. Madre di 94 anni, lucida ma totalmente non autosufficiente, con indennità di accompagnamento e valutazione Uvg (maggio 2022) di 14 punti sanitari e 6 punti sociali. Da due anni è ricoverata privatamente in Rsa con una retta superiore a 3.300 euro al mese. L'Asl continua a rifiutare la convenzione: a voce, viene detto ai familiari che il problema è che la degente risulta proprietaria di un immobile. Facciamo presente che, stando ai dati Istat, l'84% dei cittadini italiani risulta proprietario di un immobile e, in ogni caso, l'accesso a prestazioni del Servizio sanitario non richiede la presentazione dell'Isee. (#13.D.)

Tutti questi malati non autosufficienti non chiedono il ricovero gratuito: anche con la convenzione, resta a loro carico il 50% della retta di ricovero e tutte le altre spese extra non coperte dall'Asl.

Prestazioni domiciliari del tutto inadeguate

I **servizi e le prestazioni domiciliari** delle Asl sono assolutamente carenti e non rappresentano una alternativa al ricovero in Rsa, pur in presenza di una disponibilità dei congiunti. Sovente i malati non autosufficienti sono costretti a ricoveri anche a 30-40 km da casa per carenza di riabilitazione al domicilio, non garantita dall'asl di residenza.

Moltissime famiglie restano nel sommerso; rinunciano a presentare nuove valutazioni a fronte di esiti negativi, in quanto le prestazioni domiciliari erogate dall'assistenza sono erogate in base alla presentazione di Isee molto bassi.

Non va meglio per il voucher dell'assistenza sociale, erogato con fondi europei dall'Assessorato all'assistenza regionale nella legislatura precedente. Ha coperto un terzo delle domande ammesse, già scremate dalla richiesta di assunzione obbligatoria di personale di assistenza, nonché dell'Isee e dalle risorse disponibili. Anche se l'Isee previsto era molto alto, le risorse sono state poche e quindi, come è dimostrato dall'esperienza appena conclusa, solo chi ha presentato un Isee basso ha ottenuto il voucher (che è a tempo determinato e non una prestazione Lea senza limiti di durata). Siamo in presenza di un palliativo, non è il diritto all'Adi del medico di famiglia e non è il contributo economico (o la prestazione) erogata dalla sanità e quindi come diritto esigibile a tutti i malati cronici non autosufficienti, in base al solo fatto di essere malati e non autosufficienti.

La Regione Piemonte aveva avviato una sperimentazione positiva con le dgr 39/2009 e 56/2010 e approvato la legge regionale n. 10/2010, ma non è mai stato approvato il regolamento attuativo.

I centri diurni per le persone con demenza o Alzheimer o per le persone con malattia di Parkinson hanno subito una forte contrazione

I centri diurni per i malati di Alzheimer o con altre forme di demenza hanno subito forti contrazioni, sia per i costi della retta alberghiera, troppo elevati e non competitivi con il ricovero in Rsa, sia per la mancanza di organizzazione del trasporto da casa al centro.

La loro distribuzione è da potenziare, eventualmente anche presso Rsa dotate di spazi esterni e attività sociali, in modo da avvicinarli alla casa di abitazione, mentre la partecipazione deve essere calmierata con fondi regionali, considerato il vantaggio (e il risparmio) a fronte di una quota sanitaria Rsa o, peggio, di più ricoveri al pronto soccorso durante l'anno.

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

Gli standard delle prestazioni erogate dalle Rsa non sono più adeguate a rispondere all'aggravamento dei malati anziani non autosufficienti oggi ricoverati.

E' urgente rivedere le norme nazionali e, nel frattempo, quelle regionali, come è drammaticamente emerso dalla pandemia da Covid-19. Dopo la fuga del personale nel settore sanitario, più gratificante e remunerativo, le Rsa si sono ritrovate con il problema della ricerca di personale formato, sovente non disponibile, anche per i limiti dei corsi di formazione.

Inoltre le strutture richiedono una riorganizzazione radicale delle cure sanitarie erogate, dell'organizzazione del lavoro, delle figure sanitarie necessarie e degli aumenti degli standard del personale sanitario e socio-sanitario, nonché il miglioramento degli ambienti di vita e di relazione e

l'apertura ai cittadini organizzati in comitati civici, anche per una costruttiva verifica delle condizioni dei degenti.

La Giunta regionale ha assicurato incentivi a pioggia ai Gestori privati, ma senza ottenere in cambio il necessario rinnovamento, con rincari notevoli per gli utenti, più della metà paganti in proprio. La ricaduta sui bilanci familiari è pesantissima e, oltre a creare impoverimento, mette a rischio anche le relazioni familiari. E' urgente un investimento strutturale che assicuri convenzioni sanitarie in cambio del miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e delle condizioni di lavoro.

Le nostre richieste per affrontare la situazione di emergenza

1. Un crono-programma per l'abbattimento delle liste d'attesa che preveda:

- lo stanziamento immediato di risorse finalizzate al riconoscimento della convenzione agli anziani malati cronici non autosufficienti in lista d'attesa con le seguenti priorità:
- l'inserimento immediato in convenzione di tutti quelli valutati urgenti
- il riconoscimento della convenzione a chi è in ricovero privato da oltre un anno
- la previsione di un cronogramma perché il rientro si stabilizzi nel primo biennio, con l'avvio delle convenzioni per i punteggi sanitari più alti e poi a scendere verso gli altri;
- 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, nonché previsione di tempi certi di presa in carico in convenzione per richieste di Rsa.
- Obblighi legati agli incentivi dei Direttori Generali dell'Asl finalizzati alla garanzia delle prestazioni socio-sanitarie Lea e ai direttori di distretto di segnalare con cadenza semestrale la situazione delle persone valutate e di evidenziare le risorse da inserire a bilancio per garantire l'esigibilità del diritto.

2. La predisposizione del Piano sanitario e socio-sanitario regionale mediante:

l'avvio urgente di 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.

Nel merito 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").

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 **e i seguenti obiettivi:**

- **Rivedere la valutazione multidimensionale e la contestuale abrogazione delle Dgr 10/2022 , 36/2017**, in particolare per il mancato coordinamento delle prestazioni sanitarie in capo al medico di medicina generale del malato, nella Rsa aperta, nonché dell'allegato B, 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.
- **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. E'altresì utile per assicurare al personale ospedaliero una formazione permanente sull'evoluzione della malattia cronica e, non ultimo, per evitare i rientri al Pronto Soccorso dopo dimissioni frettolose o da case di cura di pazienti non autosufficienti, specie se con demenza. La proposta è di considerare il vantaggio di prevedere la predisposizione di uno-due reparti ospedalieri (40 posti letto), in base alla dimensione dell'ospedale, per garantire la continuità diagnostica e terapeutica con un gruppo di medici e infermieri. In questo modo si eviterebbero gli "scarica barile" da un complesso (ospedale super-specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità, Rsa) all'altro. Si garantirebbe la necessaria integrazione tra i servizi, la continuità della presa in carico e quindi delle cure.
- **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, nonché attività di ricerca che dovrà essere estesa a tutte le funzioni sanitarie, comprese quelle di alta specializzazione, la prevenzione, le prestazioni domiciliari e gli interventi per le persone inguaribili, ma sempre curabili.
- **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:**
 - a) 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'OAD, che comprende un insieme di interventi medici, infermieristici e riabilitativi, non va confuso con l'Assistenza domiciliare integrata (ADI). È necessario però che sia assicurato il collegamento e coordinamento con le altre prestazioni domiciliari territoriali e il Medico di medicina generale. Aspetto quest'ultimo che si è rilevato fondamentale durante la pandemia Covid 19 e che potrebbe avvalersi dell'utilizzo della telemedicina prevista nella missione 6 del Pnrr anche per relazionarsi con gli altri setting di cura;
 - b) 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. 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 richiesta è di introdurre un modello sperimentale del budget di salute che, valorizzando le precedenti esperienze positive già realizzate in Piemonte e, in particolare, a Torino, nel rispetto della cornice normativa, sviluppi il punto 4 del sopracitato articolo 22 per ottenere:
 - l'aumento delle prestazioni dell'Adi, compresa la riabilitazione e l'attivazione delle cure domiciliari di contrasto al dolore e palliative;

- 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;
- c) 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 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).

È l'Asl che, per quanto sopra, può impegnarsi a trasformare i risparmi consistenti in risorse aggiuntive finalizzate a fornire risposte adeguate agli utenti, lasciando ai comuni singoli o associati l'ulteriore supporto ai cosiddetti "casi sociali", ai quali non è sufficiente l'intervento sanitario per promuovere una qualità di vita accettabile con il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero in sicurezza o per prevenirlo.

- **Prestazioni semiresidenziali (centri diurni).** Vi è la necessità di prevedere **prestazioni semiresidenziali** organizzate in centri diurni inseriti preferibilmente in ambienti che favoriscano la socializzazione. 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.
- **Una nuova delibera per la riorganizzazione delle Rsa.** 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.

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.

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.

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 rendere obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di 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 delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti.
- 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";
- le assunzioni del personale sanitario e socio-sanitario necessario a garantire le prestazioni e il buon funzionamento dei servizi pubblici, con l'estensione dei contratti di lavoro del settore sanità a quello socio-sanitario.
- una capienza non superiore ai 120 posti letto e una robusta percentuale di gestione pubblica per avere parametri di confronto dell'organizzazione del lavoro e dei costi con le strutture private da accreditare; le grandi strutture residenziali rsa dovranno riconvertire i posti letto in esubero;
- 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;
- 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;
- la previsione di Comitati di partecipazione promossi da cittadini, volontari e familiari, che potranno avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti e operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

La ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano andranno imputati 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.

2. PERSONE CON DISABILITA' INTELLETTIVA E AUTISMO

Caratteristiche ed esigenze delle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, minori e adulti con limitata o nulla autonomia.

Rientrano in questo ambito persone con disabilità spesso gravi, presenti già nella prima infanzia, nell'area della comunicazione, dell'interazione sociale, dell'attività immaginativa, comportamenti ripetitivi e interessi ristretti che ostacolano l'apprendimento delle abilità utili al vivere quotidiano. Alla variabilità degli aspetti comportamentali e delle limitazioni nelle autonomie, si aggiunge la problematica correlata alle numerose possibili comorbidità mediche. Dal momento che i disturbi organici (in particolare, il dolore) possono influire in modo determinante sugli aspetti comportamentali, specialmente in una popolazione che ha importanti difficoltà di comunicazione, la valutazione sanitaria dovrebbe essere assai accurata e procedere di pari passo con la pianificazione degli interventi educativi e della terapia farmacologica.

In conclusione, anche sulla base di quanto stabilito nella letteratura scientifica internazionale e dalle leggi nazionali, una corretta presa in carico delle persone autistiche e con disabilità intellettiva richiede la titolarità della cura in capo al Servizio sanitario nazionale e regionale e un modello (Protocollo) di prestazioni sistemico delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie integrato da interventi abilitativi di tipo cognitivo/comportamentale, in grado di fornire un inquadramento globale sin dai primi mesi di vita, che prosegua in modo continuativo e indifferibile così da favorire lo sviluppo e il mantenimento dei livelli di salute e di autonomia potenzialmente raggiungibili.

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;

NOTA. Si rammenta che ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e finora il Parlamento non ha approvato leggi che prevedano obblighi di cura per i familiari di congiunti adulti con gravi limitazioni dell'autonomia e non autosufficienza.

In base alle norme sopra citate si chiede di:

1. Assicurare le risorse per la piena attuazione delle Dgr 2/2016 e 88/2019 mediante la:

- costituzione in ogni Asl dei nuclei funzionali con equipe multidisciplinare e nomina del referente per l'autismo in ogni Asl al fine di garantire la presa in carico delle persone adulte;
- sperimentazione di nuclei di de-ospedalizzazione protetta per assicurare la continuità terapeutica dopo un ricovero ospedaliero, così come previsto dalla Dgr 88/2019;
- garanzia della messa a punto del Progetto educativo abilitativo/riabilitativo individualizzato per i minori e le persone adulte in tutti i contesti di vita: scuola, domicilio, centri diurni, strutture residenziali socio-sanitarie;
- monitoraggio e vigilanza di tutte le strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, con particolare attenzione all'attuazione del Progetto educativo abilitativo/riabilitativo individuale, nonché delle attività da svolgersi all'esterno del centro diurno o della comunità alloggio;
- messa in atto di un percorso di formazione regionale che coinvolga tutte le figure professionali che operano in ambito sanitario e socio-sanitario a ogni livello e che vengono a contatto con i minori e gli adulti con autismo e disabilità intellettiva (compreso il personale preposto alle pulizie degli ambienti).
- prosecuzione dell'attività dei Tavoli Autismo Regionali dei minori e adulti, in particolare per la modifica della Dgr 230-23699/1997 (standard) e per la realizzazione di comunità sanitarie terapeutiche post acuzie, con riguardo anche alle persone con disabilità intellettiva in situazione di gravità non autosufficienti e con problemi sanitari.

2. garantire le prestazioni socio-sanitarie ai sensi del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017:

- cure domiciliari, centri diurni e gruppi appartamento, convivenze guidate, comunità alloggio socio-sanitarie a carattere familiare (10 posti + 2 per il sollievo, non accorpate);
- la quota sanitaria nella percentuale definita nel Dpcm 12 gennaio 2017 per le persone con disabilità e con autismo;
- attuare il progetto individualizzato previsto dalla Dgr 51/2003;
- vigilare sull'adeguato recepimento nei Regolamenti degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, della normativa relativa all'Isee (Dpcm 159/2013 e s.m.i.);
- confermare le indicazioni contenute nella sopracitata Dgr 51/2003, allegato B, laddove la Regione Piemonte, ai fini dell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di cui sopra, ha assunto le seguenti definizioni: «Per soggetti privi di sostegno familiare si intendono tutti coloro il cui nucleo familiare si rivolge ai servizi socio-sanitari per una richiesta di ricovero e per i quali non sono più sufficienti gli interventi diurni e domiciliari; «Per soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 legge 104/1992 ed i soggetti che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili».
- riconoscimento di un contributo economico a carico dell'Asl, da inserire nel budget di salute, per concorrere al 50% del costo sostenuto dai congiunti per l'assunzione di assistenti familiari

professionali (aventi riconoscimento dei corsi di formazione regionali) e per le prestazioni indifferibili garantite direttamente dai congiunti in aiuto e con la supervisione del personale sanitario o socio-sanitario dell'asl; si sollecita l'approvazione del regolamento della legge regionale n. 10/2010 .

- inserire nei bandi di accreditamento la richiesta di organizzazione di un periodo di ricovero di sollievo o vacanza di almeno 15 giorni all'anno (anche suddivisi in due periodi) e di fine settimana di tregua e/o di preparazione al distanziamento affettivo familiare in preparazione di un ricovero definitivo.

3. approvare una deliberazione per regolamentare i centri diurni affinché sia definita:

- la frequenza a tempo pieno e per tutti i giorni feriali della settimana;
- il servizio di mensa e trasporto, parte integrante del centro diurno, secondo quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 (Isee) e confermato ancora una volta nella recente sentenza Tar Marche 507/2024;
- l'obbligo del progetto individualizzato e di attività esterne, come da Dgr 88/2019, per chi è ricoverato in comunità socio-sanitarie residenziali o gruppo appartamento.

4. programmare in misura adeguata al fabbisogno evidenziato dalle valutazioni delle Asl:

- convivenze guidate in normali condomini di abitazione (2-4 utenti) per le persone con disabilità intellettiva e/o autismo inseriti in percorsi lavorativi;
- gruppi appartamento per persone con disabilità intellettiva/autismo con limitata o nulla autonomia da 5+ 5 posti compresi due posti per il sollievo; non accorpate ad altre strutture residenziali;
- comunità alloggio socio-sanitarie, con al massimo 8 posti letto più due per i ricoveri di sollievo, non accorpate ad altre strutture residenziali;
- inserimento nel sito delle Asl, dei dati aggiornati alle domande presentate e alle richieste di tipologia di struttura.

5. Garantire il "dopo di noi" a carattere familiare rispettando i seguenti criteri:

- autorizzare la realizzazione delle strutture residenziali solo se saranno inserite nel vivo del contesto sociale e abitativo e facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici di trasporto;
- assicurare nelle convivenze guidate, nei gruppi appartamenti e nelle comunità alloggio socio-sanitarie le prestazioni sanitarie Adi;
- ai sensi della legge 227/2021 garantire la permanenza oltre i 65 anni di età alle persone con disabilità intellettiva e autismo, che non hanno rilevanti problemi di natura sanitaria tali da richiedere l'inserimento in una Rsa;
- programmare il superamento progressivo delle Raf con più di 10 posti letto, che possono essere riconvertite in Rsa per malati cronici non autosufficienti. Ricordiamo che per gli stessi motivi anche il Decreto Ministeriale del 21 maggio 2001, n. 308 "Requisiti minimi strutturali e organizzativi" è da ritenersi superato per quanto riguarda "il dopo di noi" delle persone con disabilità;
- prevedere una quota di strutture, per ogni tipologia sopra citata, a gestione diretta pubblica, al fine di poter acquisire elementi utili ad avere parametri a cui riferirsi in caso di affidamento, per stabilire condizioni di salvaguardia della quantità/qualità delle prestazioni.

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

Il diritto prioritario a crescere in famiglia

In base a quanto stabilito dalla normativa vigente (legge n. 184/1983 e s.m. intervenute) in attuazione del diritto di ogni minore a crescere in una famiglia adeguata alle sue esigenze, si propone quanto segue:

a) **l'assunzione di iniziative a sostegno dei nuclei familiari** in difficoltà, sia attraverso la presa in carico dei servizi sanitari laddove sono presenti problemi quali ad esempio malattia psichiatrica, tossicodipendenza, ludopatia, alcoolismo), sia di intervento dei servizi sociali (ad esempio soluzioni abitative, accompagnamento alla ricerca di un lavoro), sia socio-assistenziali (contributi economici);

b) **il rilancio degli affidamenti familiari a scopo educativo** attraverso:

- l'approvazione delle Linee di indirizzo regionali, affinché siano coerenti con le Linee di indirizzo approvate l'8 febbraio 2024 dalla Conferenza Stato-Regioni;
- gli stanziamenti necessari ad assicurare un numero congruo e dedicato di operatori sia del comparto socio assistenziale (assistenti sociali, educatori, etc.), che di quello sanitario (psicologi, neuropsichiatri, etc.), indispensabili per la concreta realizzazione dei progetti di affidamento a scopo educativo;
- il ricorso prioritario agli affidamenti consensuali, invertendo l'attuale ricorso agli affidamenti che, avendo un'ottica tardo-riparativa, rischia di compromettere l'esito positivo dell'affidamento stesso;
- la predisposizione urgente di procedure da concordare con la magistratura minorile per una applicazione uniforme da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari, delle norme a tutela dei minori (a partire dalle segnalazioni tempestive e documentate a protezione dei minori stessi). L'obiettivo è ridurre i tempi di assunzione dei provvedimenti, sovente troppo dilatati nel tempo.

Inoltre, si ritiene indispensabile che siano potenziati i seguenti interventi:

- la formazione e il numero degli operatori dedicati a garantire una adeguata preparazione e valutazione dei futuri genitori adottivi, in relazione ai vissuti sovente drammatici dei minori che comportano cure e attenzioni specifiche;
- il sostegno post-adottivo, in particolare per quelli ultra-dodicenni o con disabilità accertate, nonché per i casi che rientrano nelle disposizioni della sentenza della Corte Costituzionale n. 183/2023. Si ricorda che la Corte ha previsto il possibile mantenimento di rapporti degli adottati con componenti della famiglia d'origine, attribuendo un ruolo significativo ai Servizi sociali per la loro complessa gestione;
- l'avvio di una capillare azione informativa sui positivi contenuti della legge 16 del 2006 riguardante l'assistenza alle gestanti in gravi difficoltà e la corretta informazione sul parto in anonimato, sull'esempio della positiva campagna informativa, "SOS DONNA PARTO SEGRETO" già finanziata dalla Giunta regionale e promossa in collaborazione con l'Anfaa, associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie aderente al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base.

4. RICHIESTE PER TUTTE LE PERSONE MALATE O CON DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI

- **Estendere il Progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) negli ospedali**

Garantire la piena attuazione del progetto DAMA negli ospedali pubblici e nelle Aziende ospedaliere pubbliche, in quanto è un modello di assistenza e accoglienza che ha l'obiettivo di migliorare le prestazioni erogate dalla struttura sanitaria con la definizione di una presa in carico personalizzata e in luoghi dedicati; da estendere ai malati anziani, specie con Alzheimer o altra forma di demenza.

- **Garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie LEA**

Assicurare l'esigibilità delle prestazioni socio-sanitarie (Lea) che, in quasi tutti i casi, sono indifferibili per le persone oggetto della presente piattaforma; si ricorda che i Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria devono essere garantiti ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, lettera m) in misura omogenea su tutto il territorio nazionale. Si vedano al riguardo due tra le principali sentenze della Corte costituzionale in merito all'esigibilità, che non può essere condizionata dalla disponibilità delle risorse o dall'equilibrio di bilancio. Nella sentenza n. 509/2000 la Corte costituzionale ha evidenziato che «*secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto*». Nella sentenza n. 275/2016 la Corte costituzionale ha precisato che «*il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel "rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati" (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto*». La sentenza n. 275/2016 sancisce inoltre che «*è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*».

- **Eliminare l'Isee nelle Valutazioni Umvd/Uvg per l'accesso alle prestazioni Lea socio-sanitarie**

Eliminare la valutazione economico/sociale (Isee), richiesta dalle Unità di valutazione multidisciplinare (Umvd), ma vietata dall'articolo 1 della legge 833/1978. Sul punto si ricorda

che anche 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.

Per quanto sopra la persona con disabilità riconosciuta dall’Inps non autosufficiente che richiede una valutazione Uvg / Umvd ha diritto alla presa in carico, alla definizione di un progetto individualizzato domiciliare, semiresidenziale o residenziale secondo quanto precisato dal Consiglio di Stato nella sentenza 1/2020 e 604/2015.

- **Prevenire i maltrattamenti**

Non sono mancati – neppure di recente – gravi fatti di maltrattamento e a volte vere e proprie sevizie, nei confronti di persone con disabilità con limitatissima o nulla autonomia (Borgo d’Ale, Pratolungo di Gavi). Quanto sopra vale purtroppo anche per minori ricoverati in comunità alloggio e per gli anziani malati non autosufficienti con demenza ricoverati nelle Rsa.

Tenuto conto che si tratta di persone totalmente incapaci di difendersi e di segnalare anche le violenze subite, è dovere dell’Amministrazione regionale introdurre sistemi di prevenzione. Ne siamo venuti a conoscenza attraverso la costituzione di parte civile in processi per abusi e maltrattamenti nei confronti di minori, persone con disabilità, anziani malati non autosufficienti, anche recenti.

Segnaliamo alcune proposte di modifica o integrazione alla normativa vigente sulle procedure di accreditamento:

- **richiamo all’obbligo per le Asl di garantire la titolarità delle prestazioni** e, quindi, la responsabilità diretta sugli utenti, compresa la continuità educativa in caso di cambio di gestione;
- **richiesta di una certificazione che attesti che tutto il personale**, operante nelle strutture pubbliche e/o convenzionate con le persone non in grado di difendersi, non presenta controindicazioni per le caratteristiche della sua personalità, a svolgere le mansioni che gli sono affidate. La certificazione dovrebbe essere rilasciata da un centro scientificamente valido, d’intesa con le organizzazioni sindacali ed i rappresentanti dell’utenza. Nessuna comunicazione a terzi dovrebbe essere effettuata nei casi di non riconoscimento;
- **obbligo di esposizione di tabelloni** che indichi per ciascun turno il personale presente e la qualifica;
- **autorizzazione da parte dell’Asl per l’ingresso di nuovi utenti** al fine di valutare la compatibilità degli stessi;
- **accesso consentito alle associazioni di tutela**, senza preavviso, come da deliberazione della Città di Torino n. 8301958/19 del 21 febbraio 1983, al fine di espletare attività di verifica del servizio
- **libero accesso nelle strutture di ricovero**, con orari molto ampi per i familiari e amici degli utenti;
- **formazione di volontari** per l’assunzione di compiti assegnati dall’Autorità giudiziaria in materia di Amministratore di sostegno e tutela di persone adulte e anziane non autosufficienti.

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

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)»*.

Per quanto sopra, si chiede all'Amministrazione regionale del Piemonte di:

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

- a) il riconoscimento del 50% del budget di cura comprensivo dei costi sostenuti dai congiunti per garantire le prestazioni domiciliari formali o informali a congiunti non autosufficienti a causa di gravi patologie invalidanti o disabilità irreversibili;
- b) 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%;
- c) aumentare la quota sanitaria per le prestazioni residenziali (Rsa) dal 50 al 70% al fine di avviare la necessaria riorganizzazione delle strutture, così come precisata nella piattaforma.

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**, con presa in carico dell'Asl per i progetti individualizzati alternativi al ricovero in Rsa;
- 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;
- 4) **utilizzare l'istituto della concessione di pubblico servizio** per la realizzazione di una parte delle strutture socio-sanitarie necessarie (centri diurni, comunità, Rsa...). In questo caso gli oneri sono interamente assorbiti dal concessionario che diluisce i costi sostenuti inserendoli nelle rette per il periodo temporale concordato. L'istituto della concessione può essere utilizzato dagli enti pubblici proprietari di immobili per l'affidamento a privati;
- 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.

Abbonati a **CONTRO CITTÀ**

Notiziario su sanità e assistenza

**Abbonamento annuale 20 euro
(sostenitore 50)**



**Abbonati sul sito www.controcitta.it
info@controcitta.it - 389.4352479**

**Pagamento digitale
Carta di credito, PayPal**

**Bonifico Bancario
Iban IT 39 Y 02008 01058 000002228088
intestato a **Unione per la promozione sociale****

**Oppure paga ora con bollettino postale conto corrente
n. 25454109
intestato a **Unione per la promozione sociale****