

Torino, 8 luglio 2013

OSSERVAZIONI IN MERITO ALLA URGENTE NECESSITÀ DI CHIEDERE AL TAR LA SOSPENSIONE (ED IN SEGUITO L'ANNULLAMENTO) DELLE DEVASTANTI NORME DELLA DELIBERA DELLA GIUNTA DELLA REGIONE PIEMONTE N. 14/2013

1. La delibera n. 14/2013 della Giunta della Regione Piemonte “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all’Ordinanza del Tar Piemonte n. 141/2013” è devastante soprattutto in merito ai seguenti principi fondamentali e vitali. Infatti:

a) pianifica l’istituzione delle liste di attesa nei riguardi degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile, negando quindi il loro diritto alle cure socio-sanitarie previste dalle leggi vigenti, tentando in tal modo di non dare attuazione alle Ordinanze del Tar del Piemonte n.609/2012 e 141/2013;

b) estromette addirittura dalle liste di attesa persone effettivamente malate e non autosufficienti;

c) introduce una normativa alternativa alle vigenti leggi nazionali che disciplinano il Servizio sanitario, allo scopo di ritardare la presa in carico dei succitati infermi.

2. Per una impostazione corretta della questione, occorre in primo luogo precisare che **la delibera n. 14/2013 riguarda persone spesso colpite da pluripatologie, così gravemente malate da determinare non solo sofferenze, ma anche la deprimente condizione di non autosufficienza** e cioè la totale dipendenza dagli altri per tutte le esigenze vitali. Nei casi più gravi l’infermo non autosufficiente ha la necessità che vi siano persone, soprattutto medici e infermieri, che individuino le cause del dolore che il paziente non è in grado di precisare, come avviene ad esempio per i soggetti con demenza senile grave. In questa situazione occorre altresì che siano messi in atto gli interventi occorrenti per la prevenzione degli aggravamenti e dell’insorgenza di altre patologie. Inoltre vi è l’esigenza che gli operatori sanitari e socio-sanitari siano in grado di soddisfare i bisogni che i malati gravissimi non sono nemmeno capaci di manifestare: caldo, freddo, fame, sete, ecc.

Allo scopo di fornire una indicazione oggettiva delle condizioni degli anziani malati cronici non autosufficienti, si riporta il caso di due donne dimesse dall’Ospedale Molinette e degenti presso il Reparto

Attualmente fanno parte del Csa le seguenti organizzazioni: Associazione Geaph, Genitori e amici dei portatori di handicap di Sangano (To); 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 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; Aps, Associazione promozione sociale, Torino; Asvad, Associazione solidarietà e volontariato a domicilio, Torino; Associazione tutori volontari, 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 intellettuale, 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; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettuale, Torino.

“Dimissioni protette post-acuzie” funzionante presso l’Istituto di riposo per la vecchiaia di Torino, Via San Marino, gestito direttamente dallo stesso Ospedale Molinette (¹).

«Caso 1 - Donna di 92 anni. Ricoverata (25 giorni in postacuzie) per scompenso cardiaco in fibrillazione atriale, infezione delle vie urinarie, insufficienza renale cronica, ipertensione, in passato mastectomia destra per carcinoma della mammella, vasculopatia cerebrale cronica. La paziente è giunta in reparto non deambulante per allettamento e per affaticamento dovuto allo scompenso cardiaco. È stato iniziato un mirato intervento riabilitativo. Il decorso è stato favorevole con recupero di una discreta mobilità in assenza di sintomi cardiaci di rilievo. La paziente alla dimissione presenta una discreta autonomia: si mobilita con deambulatore, ma necessita comunque di essere parzialmente assistita negli atti quotidiani. È stato eseguito intervento di educazione sanitaria nei confronti dei parenti. Tale recupero funzionale e gli interventi associati hanno permesso di evitare un ulteriore ricovero in una Casa di cura conducendo la paziente al proprio domicilio con minima assistenza».

«Caso 2 - Donna di 93 anni. Ricoverata (30 giorni in postacuzie) per demenza senile con disturbi comportamentali, ernia della parete addominale anteriore, malattia diverticolare del sigma, anemia da mancanza grave di vitamine. La paziente vive sola senza rete familiare e sociale, indigente. Durante la degenza si è verificato un modesto ma persistente rialzo pressorio che ha reso necessaria l’introduzione in terapia di un diuretico tiazidico con normalizzazione dei parametri. Talora la paziente è insonne e affaccendata, l’introduzione di aloperidolo in terapia ha ridotto la frequenza di tali episodi. Deambula senza alcuna finalità (Wandering) ma è totalmente dipendente dal punto di vista funzionale. L’azione sanitaria durante la degenza si è rivolta non solamente sul lato clinico ma ha confezionato un percorso di cura a tutela della persona come segue: è stata avviata procedura di tutela legale coinvolgendo l’Ufficio “Fasce deboli” del Tribunale di Torino. È stata effettuata una Unità di valutazione geriatrica che ha esitato in un codice “Rosso” ed è stata avviata la prassi per una sistemazione futura di tipo residenziale stabile. La paziente è stata quindi trasferita in una Residenza sanitaria assistenziale».

Ciò premesso sono gravemente fuorvianti le definizioni di «anziano fragile» e di «anziano non autosufficiente» utilizzate dalla Giunta della Regione Piemonte nella delibera in oggetto e negli altri provvedimenti assunti in merito, perché omettono di segnalare la caratteristica saliente di detti infermi che è quella di persone malate, molto spesso in modo assai grave.

3. La delibera in oggetto ha l’evidente scopo di consentire alla Giunta regionale di continuare ad utilizzare le liste di attesa per non provvedere alle cure sanitarie ed alle relative prestazioni alberghiere alle quali hanno pieno e immediato diritto gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile, di cui attualmente in Piemonte sono in lista di attesa oltre 31mila persone colpite da patologie invalidanti (v. *La Stampa* del 25 giugno 2013 – Allegato 3). Inoltre ha altresì la finalità di consentire alla Giunta regionale di proseguire ad utilizzare le liste di attesa per le persone con handicap intellettuale in situazione di gravità e con autonomia ridottissima o nulla.

Nella delibera si fa riferimento alle norme (cfr. ad esempio il comma 280 dell’articolo 1 della legge 266/2005) riguardanti le liste di attesa per prestazioni specifiche non vitali e non indilazionabili, il cui differimento è valutato sulla base delle esigenze di ciascun soggetto, e non, come stabilito nelle Ordinanze del Tar del Piemonte n. 609/2012 e 141/2013 per la «presa in carico degli anziani» malati cronici non autosufficienti e delle persone affette da demenza senile. Invece, per i malati, autosufficienti o

(¹) I due casi sono stati tratti (Allegato 1) dall’articolo di Gianfranco Fonte, Geriatra dell’Ospedale Molinette di Torino “Ruolo e finalità delle strutture di deospedalizzazione protetta”, pubblicato sul numero 182/2013 di *Prospettive assistenziali*. Per una conoscenza oggettiva delle condizioni di salute degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle loro imprescindibili esigenze diagnostiche e terapeutiche, si unisce (Allegato 2) l’articolo del Prof. Mario Bo, Presidente della Sezione Piemonte – Valle d’Aosta della Società italiana di geriatria e gerontologia e Professore aggregato della Divisione universitaria “Geriatrica e malattie metaboliche dell’osso delle Molinette di Torino, “La tutela della salute dei malati non autosufficienti acuti e cronici”, pubblicato sullo stesso numero della succitata rivista.

non autosufficienti, questi casi è indispensabile la presa in carico per l'erogazione delle indifferibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, nonché per l'accesso ai servizi e alle strutture preposte alla cura delle persone malate. Al riguardo è significativo che la prima frase dell'allegato A della delibera n. 14/2013 sia così redatta: «*Le persone interessate ad un **intervento di sostegno** della rete dei servizi socio-sanitari presenta richiesta all'Asl di competenza, compilando il modulo A dell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, previa impegnativa del proprio medico di medicina generale*», come se non vi fosse la necessità delle cure sanitarie per persone malate e non autosufficienti, ma si trattasse di un semplice sostegno per soggetti abbastanza autonomi.

Allo scopo di introdurre incombenze burocratiche e, quindi, di aumentare i tempi di attesa, la delibera 14/2013 prevede l'obbligo della presentazione di una certificazione che deve essere rilasciata dal medico di medicina generale del paziente. Si tratta di una richiesta assurda che viola il diritto del malato non autosufficiente alle cure socio-sanitarie appena se ne presenta l'esigenza.

Mentre nella delibera 14/2013 non vengono indicati i termini entro i quali l'Uvg deve terminare i suoi compiti, nell'allegato 6 della delibera della Giunta regionale n. 45/2012 è previsto che «*l'esito della valutazione viene comunicato al richiedente per iscritto, tramite posta, entro 90 giorni dalla data di protocollo della domanda completa*».

Per i casi urgenti, dopo il tempo utilizzato dall'infermo o dai suoi congiunti per ottenere il certificato del medico di medicina generale e la valutazione dell'Uvg, è prevista una ulteriore attesa di ben 90 giorni.

Per la delibera n. 14/2013 non esistono situazioni di emergenza con la necessità di interventi immediati. Al riguardo c'è il rischio che la procedura prevista venga attuata anche per gli infermi ricoverati in ospedale o in case di cura al termine della fase acuta della loro malattia.

Di fatto viene cancellata la delibera n. 72/2004 (v. allegato 4) riguardante la continuità terapeutica e sono ignorate le note del Difensore civico della Regione Piemonte (Allegati 5 e 6, riguardanti le Ordinanze n. 609/2012 e 141/2013).

Nella delibera in oggetto è previsto che i «*tempi di attesa previsti*» ed i «*tempi medi di attesa previsti*» per le varie tipologie (e quindi le nuove liste di attesa) saranno definiti dalla Direzione regionale delle politiche sociali di concerto con la Direzione regionale della sanità: altra disposizione che contrasta con il diritto alle cure socio-sanitarie che devono essere erogate sulla base delle esigenze diagnostiche e terapeutiche di ciascun infermo, appena se ne presenta l'esigenza.

4. L'estromissione di persone non autosufficienti effettivamente malate e aventi quindi l'esigenza di improcrastinabili prestazioni socio-sanitarie è stabilita dalle delibera n. 14/2013 prevedendo che «*la persona viene riconosciuta "non autosufficiente" con una valutazione, data dalle scale (...), pari o superiore a 5*». Dunque se la valutazione è inferiore a 5, anche se malato, l'infermo non riceve alcuna prestazione.

Inoltre, la delibera 14/2013 prevede «*una presa in carico di 7.000 casi in più nel prossimo triennio*», mentre attualmente il lista di attesa, come sopra richiamato, vi sono 31.000 tra anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile.

5. Altro aspetto di notevole gravità e di primaria importanza riguarda il tentativo operato dalla Giunta della Regione Piemonte di stabilire mediante la più volte citata delibera 14/2013 criteri di ammissione alle prestazioni sanitarie differenti rispetto a quelli finora praticati, nonché previsti dalle leggi vigenti. A questo proposito si ricorda che:

- l'articolo 32 della Costituzione stabilisce che «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*», stabilendo quindi un principio molto più ampio della cura delle malattie;

- l'articolo 2 della legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale precisa che «*il conseguimento delle finalità*» riguardanti la tutela della salute fisica psichica «*è assicurato mediante (...) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*».

Inoltre, lo stesso articolo stabilisce che *«il Servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: (...) e) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione».*

Pertanto, come è ovvio, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali devono essere fornite ai cittadini con disturbi fisici e psichici con la massima sollecitudine possibile.

Si evidenzia che l'articolo 41 della legge 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" stabiliva che i regolamenti degli ospedali dovevano disciplinare *«l'ammissione e dimissioni degli infermi ispirandosi al principio dell'obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità».*

Sulla base delle disposizioni sopra citate si ritiene inammissibile sotto il profilo giuridico-costituzionale ed etico-sociale l'intero percorso previsto dalla delibera 14/2013 per la presa in carico delle persone anziane malate croniche non autosufficienti, per le quali devono continuare ad essere applicate le norme, tempi compresi, stabilite dalle leggi vigenti per tutti i cittadini, siano essi colpiti da infermità acute o croniche. Al riguardo si unisce (Allegato 7) l'articolo "Proposte per una piattaforma sulle cure sanitarie e socio-sanitarie riguardante i malati acuti o cronici, autosufficienti o non".

Si fa altresì presente che nella delibera in oggetto sono spesso previsti tempi di attesa *«con presenza di supporto parentale»*, come se vi fossero norme che obbligano i congiunti a svolgere attività assegnate dalla legge alla Sanità, comprese quelle il cui esercizio è ammesso esclusivamente a persone in possesso di adeguata preparazione professionale comprovata dal rilascio di titoli: medico, infermiere, operatore socio-sanitario, ecc. Per la Giunta della Regione Piemonte non esiste l'articolo 23 della Costituzione *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».*

Inoltre occorre tener presente che tutte le persone malate croniche non autosufficienti devono essere considerate disabili, anzi colpite da disabilità di estrema gravità. Ne consegue che anche nei loro riguardi deve essere data attuazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ratificata dal nostro Paese con la legge 18/2009. Com'è noto la suddetta Convenzione si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca e dell'autonomia individuale delle persone affette da minorazioni, che pertanto non devono subire discriminazioni di sorta anche per quanto concerne le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Torino, 4 settembre 2013

DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE N. 14/2013: CONSIDERAZIONI INTEGRATIVE DEL DOCUMENTO DELL'8 LUGLIO 2013

Ferme restando i contenuti del documento del Csa dell'8 luglio 2013, si osserva altresì quanto segue:

A. In merito alla delibera n. 14/2013

1. la presa in carico degli anziani malati cronici non autosufficienti e degli infermi affetti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile non è mai immediata, qualunque siano le esigenze sanitarie del malato;

2. nei casi di valutazione dell'Uvg con punteggio inferiore a 24, i malati sono considerati "urgenti" solo nei casi previsti dalla delibera, ma con una «*risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione*»;

3. per i malati già valutati alla data di entrata in vigore della delibera in oggetto con punteggio inferiore a 19, l'Uvg deve effettuare una nuova valutazione. Detta nuova valutazione riguarda anche i malati ricoverati in Rsa, o che beneficiano già delle prestazioni domiciliari o semiresidenziali?

B. Nei riguardi della Dgr 85/2013

a) nel penultimo capoverso della prima pagina non si fa più riferimento alle liste di attesa ma alle "graduatorie" delle Asl;

b) aumenti consistenti sono previsti a carico degli utenti, compresi quelli che attualmente ricevono prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Mentre possono essere imposte nuove condizioni ai nuovi utenti, è giuridicamente ammissibile modificare le condizioni riguardanti le persone malate per le quali, al momento dell'accesso alle prestazioni, le condizioni erano state stabilite dall'Asl con criteri diversi e meno onerosi per gli utenti?

c) è gravemente discriminatoria e vessatoria la norma (inizio pag. 10) riguardante gli utenti che non intendono usufruire dei servizi aggiunti. Si arriva addirittura a prevedere il trasferimento in altra struttura, fatto che sovente crea stati confusionali gravi a causa del cambiamento della sede e soprattutto del personale;

d) l'incremento previsto del 15% dei posti letto disponibili entro la fine del 2015 non riduce in misura accettabile le liste di attesa. Al riguardo va osservato che non sono stati stanziati fondi aggiuntivi, nemmeno quelli che potevano essere acquisiti mediante l'aumento dell'Irpef e una diversa distribuzione delle risorse regionali disponibili. Esempi significativi sono la decisione di costruire il grattacielo per gli uffici regionali e l'erogazione di 3,5 milioni di euro a fondo perduto per la costruzione dell'inutile stadio Filadelfia;

e) gli oneri relativi ai trasporti in ambulanza per le prestazioni non erogabili nell'ambito della struttura residenziale, richiesti dai medici del Servizio sanitario, sono posti a carico degli utenti in convenzione che non fruiscono dell'integrazione economica erogata dai Comuni. Detti oneri riguardano tutti i trasporti, mentre nell'ordinanza del Tar del Piemonte 609/2012 ne erano esenti quelli definiti "in regime di urgenza". Inoltre è assurdo che le uscite siano a pagamento mentre i rientri sono gratuiti. Da tener presente che vi sono ricoverati nelle Rsa che provvedono al versamento di tutta la quota alberghiera, ma restano senza alcuna risorsa, salvo la somma di euro 100-120 che viene lasciata mensilmente ai ricoverati per le loro piccole spese personali (farmaci di fascia C, abbigliamento, ecc.). Con quali mezzi detti pazienti provvederanno a pagare le spese di trasporto in ambulanza?

f) sono considerati "servizi aggiuntivi" con oneri obbligatoriamente a carico dei ricoverati (v. inizio di pagina 10) i servizi compresi quelli non richiesti dagli utenti e attualmente gratuiti. Inoltre, con assoluta discrezionalità «*ulteriori servizi possono essere autorizzati dall'Ente accreditante del territorio*»;

g) piena discrezionalità è conferita (non sono individuate nella delibera le strutture competenti e le tipologie degli utenti) per gli «*eventuali incrementi tariffari per particolari tipologie di utenza non riconducibili alla Dgr 45-4248 del 30 luglio 2012*» (punto 10, pagina 13);

h) con il nuovo punto 5.5 "Assistenza protesica, integrativa e farmaci" che sostituisce integralmente il punto 5.5. "Altre attività" dell'Allegato 1 della Dgr 45/2012 (v. pagina 8, punto 1.5 della Dgr 85/2013), non è più prevista sia «*la fornitura di pannoloni e ausili per l'incontinenza nella quantità giornaliera indicata dal medico di fiducia dell'utente*» sia, per i «*pazienti portatori di stomie e/o cateteri*», del «*materiale necessario, in base al Piano Terapeutico di uno Specialista SSN, nei limiti delle disposizioni normative in vigore*».

Torino, 10 settembre 2013

SECONDA NOTA INTEGRATIVA IN MERITO AL RICORSO PER L'OTTEMPERANZA DELLE ORDINANZE N. 609/2012 E 141/2013 E PER LA SOSPENSIONE DELL'EFFICACIA DELLE DELIBERE DELLA GIUNTA DELLA REGIONE PIEMONTE N. 14 E 85/2013

Da un esame più attento della delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 85/2013 emerge, oltre a quanto segnalato nelle precedenti due note dell'8 luglio e del 4 settembre u.s., quanto segue:

1. E' assai probabile che, a seguito di questo nostro ricorso al Tar, i legali della Regione Piemonte presentino la delibera n. 85/2013 come la prova della decisione della Giunta regionale di dare concreta attuazione alle ordinanze del Tar n. 609/2012 e 141/2013.

2. E' ipotizzabile che l'accento venga posto sulla delibera 85/2013 magari dopo la revoca da parte della Giunta regionale della n.14/2013.

3. Nella delibera 85/2013 le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sono scomparse e sono state sostituite da "graduatorie" (5° capoverso della 1^ pagina).

4. La delibera n. 85/2013 ha le caratteristiche della scatola bella ma vuota. A nostro avviso è un pericoloso tentativo di prendere in giro le associazioni di tutela dei malati non autosufficienti e, se possibile, anche del Tar. Infatti non vi sono elementi di sorta che comprovino:

- a) l'asserito recupero di risorse (1° capoverso della pagina 2);
- b) la destinazione di dette risorse alla riduzione delle liste di attesa;
- c) ammesso che dette risorse siano destinate alla riduzione delle liste di attesa, non sono forniti elementi per verificare se vi sarà, come previsto dal secondo capoverso della pagina 2, un «*incremento del 15% dei posti letto disponibili per il Servizio sanitario regionale entro la fine del 2015*» che – guarda un po' che combinazione – è l'anno in cui saranno rinnovati la Giunta e il Consiglio regionale;
- d) non sono precisati i criteri in base ai quali le Asl dovranno intervenire per la riduzione delle liste di attesa. Otterranno le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali coloro che sono da più tempo collocati nelle liste di attesa? Verrà data priorità a coloro che hanno ottenuto, magari da molti mesi, un punteggio più alto? Verranno tutti rivisti dalle Unità di valutazione geriatriche? Verrà data priorità alle prestazioni domiciliari e in quale misura rispetto a quelle residenziali? Si deve aspettare l'approvazione di un'altra delibera per stancare anche sotto il profilo economico le organizzazioni che presentano ricorsi contro gli abusi della Giunta regionale?

5. Ferme restando le precedenti considerazioni che mettono in rilievo l'incertezza del previsto recupero di risorse, occorre considerare che, se non vengono forniti dati oggettivi, non c'è alcuna concreta possibilità di verificare se viene effettuato il previsto aumento del 15% dei posti letto, anche perché nelle delibere n. 14 e 85/2013 non sono previsti altri fondi aggiuntivi rispetto a quelli sopra indicati.

6. In sostanza la delibera 85/2013 espone solamente dei meri intendimenti senza fornire alcun elemento concreto per verificarne l'attuazione. Infatti, se veramente la Giunta intendeva avviare iniziative per ridurre le illegittime liste di attesa, avrebbe dovuto:

- individuare concrete assegnazioni aggiuntive di fondi;
- fornire gli elementi indispensabili per verificare l'andamento della riduzione delle liste di attesa, fornendo in primo luogo per ciascuna Asl l'esatto numero degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone che attualmente ricevono (data da definire) dalle Asl prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali con oneri a carico del Servizio sanitario regionale ed escludendo quindi tutti i soggetti che per gli interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali nulla hanno dalle Asl;
- assicurare almeno trimestralmente l'aggiornamento dei dati riguardanti i malati che ricevono dalle Asl prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, in modo da consentire le opportune verifiche.

7. Occorre altresì considerare che nella delibera in oggetto non vengono considerati per gli anni 2014 e 2015 gli aumenti (inevitabili?) riguardanti il costo della vita e quindi anche l'importo delle prestazioni sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Inoltre è necessario tener conto degli eventuali (inevitabili?) aumenti degli stipendi del personale.

8. Sulla base del «riallineamento al Dpcm del 29 novembre 2001 delle quote di compartecipazione alle tariffe relative all'Alta intensità, all'Alta intensità incrementata e ai Nuclei Alzheimer temporanei» (primo capoverso della pagina 2) la quota giornaliera a carico dell'utente che frequenta i Centri diurni viene aumentata a euro 35,00. Pertanto vi saranno numerosi familiari che provvederanno al ricovero dei loro congiunti stante l'elevatissimo importo richiesto.

9. Per quanto riguarda i Centri diurni per i malati di Alzheimer occorre tener conto che nelle norme sui Lea non vi sono riferimenti specifici a questi infermi e a quelli colpiti da altre forme di demenza senile.

Al riguardo occorre tener conto che le norme sui Lea al punto 8 dell'Allegato 1.C "Assistenza territoriale semi-residenziale" si riferiscono alla «attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie», con oneri interamente a carico del Servizio sanitario nazionale.

Tenuto conto delle fortissime analogie delle problematiche riguardanti i malati psichiatrici e le persone affette dal morbo di Alzheimer, le succitate disposizioni riguardanti le attività semiresidenziali per i malati psichiatrici dovrebbero essere applicate anche alle persone colpite da demenza senile.

Pertanto anche la frequenza dei Centri diurni Alzheimer dovrebbe essere totalmente gratuita, come lo è la frequenza dei centri diurni per i malati psichiatrici.

10. Qualora non si ritenesse valido quanto indicato al punto precedente, occorre considerare che nella delibera in oggetto non è previsto che all'utente venga garantito il possesso di una somma non inferiore al minimo vitale, il cui importo dovrebbe essere calcolato tenendo conto che nella Dgr 39/2009 era stato stabilito che «al beneficiario delle prestazioni [domiciliare, ndr] spetta una quota di reddito non inferiore alla soglia di povertà indicata dall'Istat». Nella stessa delibera veniva segnalato che l'Istat aveva fissato nel 2007 «la soglia di povertà, per l'anno 2007, in euro 591,81».

Pertanto, preso atto che gli incrementi Istat sono i seguenti: 1 gennaio 2008 – 2,5%; 1 gennaio 2009 – 1,5%; 1 gennaio 2010 – 1,3%; 1 gennaio 2011 – 2,2%; 1 gennaio 2012 – 3,2%; 1 gennaio 2013 – 2,2%, l'importo attuale è di euro 672,30. Occorre dunque assicurare agli utenti dei Centri diurni le risorse indispensabili perché possano provvedere alle loro esigenze vitali, tenendo conto che al massimo le ore annue frequentate presso i centri diurni sono 1.800, mentre quelle totali sono (giorni 365 x 24 ore) 8.760. Dunque i centri diurni sono utilizzati nella misura inferiore al 20%.

Premesso che l'attuale importo dell'indennità di accompagnamento (euro 500 mensili) è assolutamente insufficiente per adempiere alle finalità della legge 18/1980 per gli oneri conseguenti alle loro vitali necessità domiciliari e cioè per compensare le maggiori spese a carico delle persone con invalidità pari al 100x100 e aventi l'esigenza di essere assistite 24 ore su 24, rispetto ai cittadini privi di menomazioni; pertanto l'importo annuo dell'indennità di accompagnamento (euro 6 mila) corrisponde a meno di 1 euro all'ora del tempo trascorso a casa dal soggetto che frequenta i centri diurni (ore 8.760-1.800 = 6.960).

Dunque il minimo vitale dovrebbe comprendere i sopra citati importi di euro 672,30 e 500,00 nonché l'ammontare pro-quota dei beneficiari, delle spese di affitto e riscaldamento.

Nei conteggi relativi all'individuazione del minimo vitale, occorre altresì tener conto delle norme della Dgr 37/2007 riguardanti il "Sostegno al coniuge o al familiare privo di reddito, convivente, precedentemente al ricovero, con l'assistito".

Per quanto concerne la necessità di far riferimento al minimo vitale personale, si ricorda che nella sentenza n. 5185/2011 il Consiglio di Stato, in relazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con la legge 18/2009, aveva affermato quanto segue: «La giurisprudenza ha già sottolineato che la Convenzione si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile (v. l'articolo 3, che impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona, che nel settore specifico rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé, come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato, anche se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici)».

Occorre tener presente che il Consiglio di Stato ha assunto una posizione opposta a quella prevista dalla succitata Convenzione. Infatti nella sentenza n. 6674/2012 ha fatto riferimento ai «doveri di solidarietà e di assistenza» dei congiunti. Cfr. l'allegato articolo "Considerazioni sulla sentenza del Consiglio di Stato riguardante gli obblighi familiari" che verrà pubblicato sul n. 184, ottobre-dicembre 2013 di *Prospettive assistenziali*.

PS. Si segnala la sentenza del Tribunale di Firenze, Sezione lavoro n. 1154/2010 in cui viene precisato che gli atti amministrativi relativi alle liste di attesa devono ritenersi nulli o, comunque, illegittimi.