

Torino, 10 luglio 2015

**OGGETTO: *Necessità di decise ed urgenti iniziative dirette ad ottenere la non approvazione del “Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017” proposto dall’Assessore alle politiche sociali della famiglie e della casa, Augusto Ferrari, e finalizzato ad attribuire a questo Assessore numerosi ed importanti competenze assegnate dalla legge alla Sanità***

## **1. Competenze sanitarie e socio-sanitarie concernenti gli anziani malati cronici non autosufficienti**

Omettendo volutamente le norme dell’articolo 32 della Costituzione <sup>1</sup> la bozza del “Piano per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017” omette anche di considerare le vigenti disposizioni (legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sui Lea, Livelli essenziali delle attività socio-sanitarie e articolo 54 della legge 289/2002) in base alle quali alle persone non autosufficienti è stato riconosciuto il diritto esigibile alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

Inoltre nella bozza dell’Assessore Ferrari viene omissis di segnalare – fatto gravissimo – che per tutte le persone non autosufficienti il Servizio sanitario è la struttura preposta dalla legge per l’accesso alle prestazioni (medicina di base, specialistica, riabilitativa; interventi domiciliari; centri diurni; comunità alloggio; pronto soccorso; reparti ospedalieri; Rsa, Residenze sanitarie assistenziali; ecc.) sanitarie e socio-sanitarie e che ai servizi di assistenza sociale dei Comuni singoli o associati le leggi vigenti attribuiscono solamente compiti integrativi, con particolare riguardo alla integrazione economica per le quote non corrisposte dagli utenti.

Pertanto – altro fatto gravissimo e al limite truffaldino – la bozza in oggetto non rende noto che tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti, tutte le persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile (di questi infermi nella bozza non c’è una sola parola! Perché?), tutti i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo hanno dalla legge 833/1978 il pieno e immediato diritto agli interventi sanitari riguardanti la prevenzione, nonché a quelle diagnostiche e terapeutiche, senza limiti di durata e gratuiti (salvo ticket) durante la fase acuta delle loro condizioni di salute e, in seguito, alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali anch’esse senza limiti di durata (in questi casi con la compartecipazione economica dell’interessato), nonché, per alcuni soggetti, ad

---

<sup>1</sup> Nella bozza è solamente citato l’articolo 3 della Costituzione che riguarda la pari dignità di tutti i cittadini, ma viene dimenticato l’articolo 32 così redatto: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*». Netamente differenti sono le norme del 1° comma dell’articolo 38 della Costituzione: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale*». **Ne consegue che, mentre le prestazioni sanitarie devono essere erogate a tutte le persone, gli interventi dell’assistenza sociale non possono essere forniti a coloro che sono in possesso dei «*mezzi necessari per vivere*».**

esempio le persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitatissima o nulla autonomia, anche a quelle semiresidenziali (centri diurni).

Al riguardo si ricorda che nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «*l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti* [identiche sono le norme concernenti le persone disabili non autosufficienti, n.d.r.] è *elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri*».

All'evidente scopo di introdurre elementi fuorvianti, nella bozza in oggetto non sono mai utilizzate le espressioni “anziano malato non autosufficiente” oppure “anziano malato cronico non autosufficiente”, ma sempre e solo quella ingannevole di “anziano non autosufficiente”, come se si trattasse di persone in età avanzata che hanno bisogno di compagnia o di qualcuno che vada a fare la spesa ed eventualmente anche a preparare i pasti e riordinare l'appartamento.

Come risulta dalle finalità del convegno “Anziani malati non autosufficienti e/o con demenza. Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliera” che avrà luogo a Torino, Aula magna delle Molinette, il 23 ottobre 2015 (il programma è riportato sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)) gli anziani malati cronici non autosufficienti ed i soggetti con demenza senile sono persone con una situazione di salute talmente compromessa da essere precipitati nella condizione di non autosufficienza e per questo hanno bisogno di cure che non possono assolutamente essere rinviate, ma devono essere assicurate in tempo reale. Ricordiamo che la persona anziana malata cronica non autosufficiente o colpita da demenza senile ha spesso più patologie. Oltre alla diagnosi immediata (come avviene per tutti gli altri malati), occorre che subito vengano individuate le terapie in primo luogo quelle per lenire o ridurre il dolore, nonché le altre prestazioni socio-sanitarie altrettanto fondamentali per la sua sopravvivenza.

Sono malati che devono essere seguiti 24 ore su 24 perché, sovente, sono doppiamente incontinenti, spesso con catetere, da mobilizzare e/o imboccare, da seguire nell'assunzione delle terapie e che vanno costantemente monitorati sul piano sanitario. In tutti i casi, se a questi soggetti colpiti da malattie e/o disabilità e non autosufficienza non vengono fornite queste prestazioni, essi, incapaci come sono di provvedere alle esigenze vitali personali, sono destinati ad aggravarsi e morire entro pochi giorni.

Occorre tenere presente (altro aspetto totalmente ignorato nella bozza in oggetto) che gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile, proprio a causa delle loro gravi condizioni di salute, sono spesso colpiti, soprattutto quelli ricoverati nelle Rsa, da infermità acute che impongono il loro ricovero ospedaliero. Anche per questo motivo è assolutamente negativo (e molto oneroso per la Sanità) prevedere, come in sostanza intende la bozza in esame quale prima ma decisiva decisione, due settori separati: il Servizio sanitario per gli infermi acuti e il Servizio socio-sanitario affidato al settore socio-assistenziale o a quello delle politiche sociali.

Per quanto concerne le persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia, la bozza – incredibile ma vero – pone nella stessa collocazione dell'assistenza sociale (evidentemente per l'Assessore Ferrari tutte queste persone godono di ottima salute e sono non autosufficienti in quanto “poveri”!) sia quelli colpiti da non autosufficienza sia coloro che sono pienamente in grado di svolgere autonomamente attività lavorative.

In merito ai soggetti con limitata o nulla autonomia, le azioni proposte nella bozza sono sostanzialmente dirette a trasferire le competenze assegnate dalle leggi vigenti alla sanità (e quindi riguardanti diritti esigibili) all'assistenza (ancora fondata sulla discrezionalità delle prestazioni e su obblighi economici a carico dei congiunti conviventi o meno. Cfr. gli articoli 433 e seguenti del Codice civile sugli obblighi alimentari).

## 2. Servizi domiciliari

Sia per gli anziani malati cronici non autosufficienti che per le persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia, la bozza non cita mai – altra omissione grave, al limite truffaldina – la legge della Regione Piemonte n. 10/2010 che, pur nella colpevole assenza del regolamento che doveva e deve essere predisposto dalla Giunta regionale – indica un percorso – assolutamente prioritario rispetto alla residenzialità.<sup>2</sup>

## 3. Altre funzioni previste nel Patto predisposto dall'Assessore Ferrari, ma di competenza di altri Assessorati

**3.1 Servizi psichiatrici.** Poiché, com'è evidente, le persone con disturbi psichiatrici sono soggetti malati, le competenze nei loro confronti sono state assegnate dalla legge interamente al Servizio sanitario per cui le relative disposizioni devono essere rispettate. Per quanto concerne «*le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale*» previste dalla lettera b) del punto 9 dell'allegato 1.C del decreto sui Lea, si sottolinea il pericolo dell'inserimento in dette strutture di infermi con disturbi anche gravi, ivi trasferiti a causa dei minori costi di gestione e degli oneri (60% dei costi) a carico degli infermi. A questo proposito si ricorda che le relative norme dei Lea stabiliscono che la «*accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale*» deve essere riservata alle «*persone con problemi psichiatrici*» in grado di beneficiare di «*programmi di inserimento sociale e lavorativo*». C'è dunque la necessità di verificare se le sopra citate prescrizioni sono rispettate nelle attuali strutture a bassa intensità assistenziale.

Si ricorda che nella delibera del Consiglio regionale del 31 luglio 1986 n. 245-11964 era stato precisato che rientrano fra interventi di competenza del Servizio sanitario nazionale «*l'assegno terapeutico (deliberazione della Giunta regionale n. 1-1290 del 18 dicembre 1980). Tale erogazione annoverata tra gli interventi della Provincia in base all'articolo 62 del regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, con la finalità di ridurre il ricorso al ricovero in ospedale psichiatrico è transitata, con il trasferimento dell'assistenza psichiatrica, dalle Province alle Usl. L'assegno terapeutico si configura come intervento alternativo al ricovero perché consente alla persona di riappropriarsi della propria autonomia e autodeterminazione nell'ambito di un progetto terapeutico-riabilitativo e come tale di esclusiva competenza del Servizio di tutela salute mentale*».

Si fa inoltre presente che nella sentenza n. 2246 del 1° marzo 1995 il Pretore del lavoro di Torino, Vincenzo Ciochetti aveva condannato l'Asl Torino VI a versare l'assegno terapeutico alla Signora P.V., affetta da gravi disturbi psichiatrici, respingendo l'istanza della stessa Asl in cui veniva sostenuto che le competenze in merito al sostegno economico erano del settore socio-assistenziale.

**3.2 Lavoro.** Come dovrebbe essere evidente l'Assessorato alle politiche sociali non dovrebbe svolgere le attività che competono al settore lavoro anche per quanto concerne – se non si vogliono creare discriminazioni nefaste – la preparazione e le attività relative all'inserimento al lavoro delle persone con disabilità o con situazioni particolari.

**3.3 Cibo.** Iniziative dovrebbero essere assunte non per l'utilizzo delle eccedenze del cibo, ma per promuovere iniziative dirette alla corretta produzione e al giusto consumo, nonché ad evitare gli sprechi sia a livello generale che familiare.

**3.4 Povertà.** Occorrerebbe che – finalmente – anche la Regione Piemonte riconoscesse che non devono essere considerati poveri i nuclei familiari che posseggono immobili (a nostro avviso di qualunque valore) e hanno la proprietà e/o la disponibilità di beni mobili non indispensabili.

---

<sup>2</sup> Ricordiamo che è in corso fino al 31 dicembre 2015 la raccolta delle adesioni di organizzazioni pubbliche e private (finora ne sono pervenute 37) e delle firme (attualmente le sottoscrizioni sono oltre 18mila) per la presentazione al Parlamento, al Governo e alle Regioni della Petizione popolare nazionale, promossa dalla Fondazione promozione sociale onlus, che ha lo scopo di ottenere il concreto riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari per le persone colpite da patologie e/o da disabilità e da non autosufficienza.

A questo riguardo si ricorda che attualmente lo Stato versa ogni anno quasi 60 milioni di euro per l'integrazione al minimo delle pensioni, per la maggiorazione sociale e per le pensioni o assegni sociali. Una parte delle erogazioni viene effettuata a persone che possiedono patrimoni immobiliari e mobiliari anche rilevanti. In merito si ricorda che in base alle attuali immorali e antisociali disposizioni possono beneficiare dell'integrazione al minimo delle pensioni anche coloro che possiedono uno o più appartamenti non affittati a terzi. Inoltre gli ultrasessantacinquenni con redditi molto bassi, ma proprietari di uno o più alloggi non affittati a terzi hanno diritto – essendo considerati “poveri” – all'assegno sociale.

Ad avviso del Csa (cfr. l'articolo “Proposte del Csa per prevenire e combattere la povertà economica” pubblicato sul n. 190/2015 di *Prospettive assistenziali*) «*Nei casi di estrema necessità e di assenza di altre possibilità, alle persone e ai nuclei familiari che posseggono beni immobiliari di qualsiasi valore ed i cui redditi sono inferiori al minimo economico vitale non dovrebbero essere fornite prestazioni economiche a fondo perduto, ma esclusivamente prestiti, se del caso senza interessi. Al loro decesso, gli eredi dovrebbero saldare il debito contratto, stabilendo eventualmente una rateizzazione adeguata alle loro esigenze*».

**3.5 Lavoro e formazione.** Mentre gli Assessorati all'assistenza sociale o alle politiche sociali devono intervenire nei confronti dei cittadini inabili al lavoro come peraltro stabilito dal 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione, riteniamo che nei riguardi dei cittadini attivi ma disoccupati o sottoccupati o comunque in gravi ed accertate difficoltà economiche, debbano provvedere il Ministero del lavoro, nonché gli Assessorati regionali e comunali al lavoro e mai il settore dell'assistenza sociale che non ha e non deve avere alcun mezzo (competenze, finanziamenti e personale) per intervenire in questo ambito, nonché in quello preposto alla formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale.

**3.6 Famiglia.** Come risulta incontrovertibile dalle esperienze pluridecennali in materia, il settore dell'assistenza sociale non è in grado e non può e non deve essere messo in condizione di agire nel settore della prevenzione primaria: tutti coloro che non hanno problemi giustamente non si rivolgono al settore dell'assistenza sociale e la questione non può certo essere risolta cambiando l'etichetta da assistenza sociale a politiche sociali. Pertanto le iniziative di prevenzione primaria devono continuare ad essere affidate alle competenze della sanità, dell'istruzione e degli altri settori che operano nei confronti di tutti i cittadini e non solo nei riguardi dei soggetti deboli.

Un ruolo importantissimo dovrebbe essere svolto dal settore preposto alla cultura che dovrebbero con la massima urgenza avviare iniziative volte ad affrontare i vitali problemi delle persone e dei nuclei familiari in stretta collaborazione o cogestione con i servizi educativi. A titolo di esempio si segnala la quasi assoluta non conoscenza da parte della popolazione delle complesse problematiche riguardanti la non autosufficienza (attualmente ne sono colpiti oltre un milione di nostri concittadini) la rappresentanza delle persone in gravi difficoltà o non autosufficienti, l'adozione, l'affidamento familiare a scopo educativo, nonché le fondamentali norme della nostra Costituzione.

Per quanto concerne i servizi educativi, si sottolinea la rilevante importanza del servizio di consulenza educativa domiciliare rivolto ai bambini di età inferiore ai tre anni con disabilità e pertanto dell'Assessorato all'istruzione del Comune di Torino (cfr. gli articoli di *Prospettive assistenziali*: “Marina Rudà, Il Servizio di consulenza educativa domiciliare del Comune di Tornio per i bambini handicappati”, n. 74, 1986 e “Enza Cavagna, “Consulenza educativa domiciliare: un servizio del Comune di Torino per i bambini handicappati”, n. 107, 1997).

A nostro avviso un impegno serio sulla cultura incentrata nei doveri/diritti nostri e degli altri renderebbe inutile la creazione dei Centri per le famiglie, di cui riteniamo negativa la competenza dell'assistenza sociale.

Riteniamo inoltre inaccettabile che la Regione Piemonte continui a finanziare il “bonus bebè”, iniqua elargizione di denaro pubblico alle famiglie che hanno avuto un figlio nel corso degli anni scorsi, dato che il criterio di assegnazione del bonus è che l'Isee del nucleo familiare non superi i 38mila euro, una cifra nella quale rientrano anche moltissime famiglie benestanti.

**3.7 Asili nido e servizi per la prima infanzia.** Come richiediamo dal 1975 all'Assessorato dell'istruzione dovrebbero essere affidate le competenze in merito agli asili nido e ai servizi per la prima infanzia (escluse le attività relative all'assistenza dei nuclei familiari in difficoltà, all'adozione e all'affidamento familiare a scopo educativo dei minori), attribuzione che continuano assurdamente ad essere gestite dall'assistenza.

Premesso che anche la Corte costituzionale con la sentenza n. 370 del 17 dicembre 2003 ha rilevato che la disciplina degli asili nido «non possa che ricadere nell'ambito della materia dell'istruzione (sia pure in relazione alla fase pre-scolare del bambino)»

L'attribuzione delle competenze degli asili nido al settore istruzione consentirebbe finalmente l'avvio di iniziative per l'integrazione operativa, ovunque possibile, delle due strutture, con rilevanti risparmi economici mediante l'unificazione delle relative segreterie, mense e degli altri locali di uso comune.

**3.8 Soppressione dell'Agenzia della Regione Piemonte per le adozioni internazionali.** Confermiamo la nostra richiesta avanzata fin dalla sua istituzione (cfr. l'articolo "La Regione Piemonte ha istituito una agenzia per le adozioni internazionali: una iniziativa inutile e costosa", *Prospettive assistenziali*, n. 137, 2002). Al riguardo ricordiamo ancora una volta (v. anche l'e-mail del Csa del 15 maggio 2015) all'Assessore Ferrari, al Consiglio e alla Giunta regionale che nel nostro Paese funziona da anni la Commissione per le adozioni internazionali (Cai) che opera presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri che, tenuto conto che in Italia operano ben 62 agenzie private per le adozione, ha fra i suoi compiti anche quello di agire «al fine di assicurare l'omogenea diffusione degli enti autorizzato sul territorio nazionale e delle rispettive rappresentanze nei Paesi stranieri favorendone il coordinamento, nonché la fusione al fine di ridurre complessivamente il numero e migliorarne l'efficacia e la qualità».

Speriamo che finalmente il Consiglio e la Giunta regionali evitino di continuare ad erogare finanziamenti all'Agenzia tenuto conto che proprio per l'asserita mancanza di risorse in Piemonte vi sono oltre 30mila infermi non autosufficienti posti in illegittime crudeli liste di attesa.

**3.9 Nelle indicazioni del Patto per il sociale riguardanti la casa non c'è una parola sulle esigenze abitative dei soggetti più deboli.** È assai preoccupante che, nonostante l'Assessore Ferrari abbia assunto competenze specifiche nel settore "casa" non vi sia una sola parola nel "Patto per il sociale 2015-2017" sulle esigenze abitative particolari da predisporre.

Al riguardo si allega il "Quadro esigenziale in riferimento a utenti con bisogni speciali" predisposto dal Csa in data 4 luglio 2007 e illustrato ai Presidenti dell'Iacp, ora Agenzia per la casa, che però non hanno finora assunto alcuna iniziativa in merito.

#### **4. Proposte**

In estrema sintesi le proposte sono le seguenti:

a) riconoscimento delle effettive indifferibili esigenze socio-sanitarie delle persone colpite da patologie invalidanti e/o da disabilità intellettiva o con autismo e limitatissima o nulla autonomia e puntuale attuazione delle leggi vigenti;

b) predisposizione urgentissima del regolamento della legge della Regione Piemonte n. 10/2010 "Servizi domiciliari per le persone non autosufficienti";

c) riduzione nella misura minima del 50% dei Consorzi dei Comuni predisposti alla gestione delle attività socio-assistenziali;

d) trasferimento di tutte le competenze e del relativo personale del Settore regionale della "integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli enti gestori istituzionali" alla Direzione regionale sanità poichè le relative prestazioni sono destinate alle persone non autosufficienti perché colpite da grave disabilità o autismo o da gravissima malattia.

## 5. Documenti di riferimento

a) mozione presentata al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte il 1° dicembre 2014 della Vice-Presidente Daniela Ruffino;

b) piattaforma sui diritti dei cittadini disabili “Per un welfare equo e rispettoso dei diritti dei cittadini” predisposta dal Cpd (Consulta per le persone in difficoltà), dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e dalla Fish Piemonte (Federazione italiana superamento handicap) inviata il 20 maggio 2014 ai Parlamentari piemontesi, alle Segreterie regionali di partito e dei movimenti, ai Candidati presidenti delle elezioni regionali 2014 del Piemonte e al Presidente e Componenti della IV Commissione consigliere del Comune di Torino. Tale invio ha ottenuto la risposta di Sergio Lentini, componente dello staff regionale del Presidente Sergio Chiamparino che in data 20 maggio 2014 rispondeva: «*Vi ringraziamo per averci fatto arrivare la nostra piattaforma “Per un welfare reale, equo e rispettoso dei diritti dei cittadini”. Il ripristino dei livelli di assistenza adeguati in favore delle persone malate e con handicap grave e non autosufficienti è un obiettivo politico ampiamente condiviso da Sergio Chiamparino. (...) Sergio Chiamparino condivide infine anche la vostra proposta di iniziare un percorso congiunto tra amministrazione regionale ed associazioni*». La succitata piattaforma è stata inviata in data 17 giugno 2014 all'Assessore alla Sanità, Antonio Saitta e, nuovamente, al Presidente della Regione Piemonte, Sergio Chiamparino;

c) documento “Il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie delle persone con disabilità intellettiva o con autismo”, inviata il data 29 giugno 2015 al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte e al Presidente e ai Componenti della IV Commissione del Consiglio regionale. I documenti sono reperibili sul sito [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it);

d) articolo “Proposte del Csa per prevenire e combattere la povertà economica” pubblicato sul n. 198/2015 della nostra rivista *Prospettive assistenziali*;

e) *quadro sulle esigenze abitative con riferimento a utenti con bisogni “speciali”* (nel senso che le esigenze abitative non sono sempre assimilabili a quelle tradizionali e consolidate, spesso richiedono sostegni e supporti, senz'altro esigono particolare cura ed attenzione);

f) documento “La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile”;

g) documento “Osservazioni e proposte in merito alla proposta di legge regionale del Piemonte n. 118 “Istituzione e riconoscimento dell'attività del caregiver familiare”

p. Csa e Fondazione promozione sociale onlus,

*Vincenzo Bozza, Maria Grazia Breda, Andrea Ciattaglia, Francesco Santanera*

---

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; 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 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; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Torino.