

**CSA - Coordinamento Sanità e
Assistenza fra i movimenti di base (*)**

Via Artisti 36 - 10124 Torino
In attività ininterrottamente dal 1970
tel. 011.8124469 - fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it



Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

TORINO, 1° OTTOBRE 2021

PIATTAFORMA di richieste e proposte al Sindaco e ai Consiglieri del Comune di TORINO

Mandato 2021-2025

(*) 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 "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.

**LE CURE NEGATE
AI MALATI CRONICI
NON AUTOSUFFICIENTI**

RIPENSARE RADICALMENTE
IL SERVIZIO SANITARIO
UNIVERSALISTICO
DOPO IL COVID
E LA STRAGE NELLE RSA



LE CURE NEGATE AI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

NEL NUOVO LIBRO DELLA FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE LA STORIA E LE PROPOSTE PER RIFONDARE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE UNIVERSALISTICO, PER UNA SANITÀ GIUSTA PER I MALATI NON AUTOSUFFICIENTI DOPO IL COVID E LA STRAGE NELLE RSA

La strisciante strage nelle Rsa cui abbiamo assistito nei mesi di pandemia da Covid-19 nasce da lontano e ha riflessi drammatici anche a casa, dove gli anziani malati cronici non autosufficienti muoiono nel silenzio dell'abbandono terapeutico. Non è solo la tragica fatalità del contagio. Ci sono ragioni strutturali che hanno portato a decine di migliaia di morti e al quasi azzeramento della qualità di vita per molti sopravvissuti.

Il libro "Le cure negate ai malati cronici non autosufficienti", curato dalla Fondazione promozione sociale onlus e dall'Ulces – Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, traccia il percorso dei provvedimenti approvati a partire dal 1979 per sottrarre alle competenze dell'ottima legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, le prestazioni riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Il libro è liberamente e gratuitamente scaricabile in versione digitale pdf dal sito

www.fondazionepromozionesociale.it

Per promuovere il radicale cambiamento delle cure per i malati non autosufficienti (anziani e non) è indispensabile conoscere la storia e le motivazioni culturali che hanno contribuito a ridurre sempre più la competenza e le risorse destinate alla Sanità per la loro cura.

Tornare sugli eventi del passato e metterli in relazione con quelli di oggi aiuta a costruire il futuro. Non travisare gli avvenimenti storici (non di rado "corretti" a posteriori, per interessi contingenti) dà gli strumenti per leggere la realtà e agire concretamente a difesa dei più deboli.

Il libro propone anche le storie e le esperienze - seguite in concreto dalla Fondazione promozione sociale onlus e dal Csa - Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - di chi si è visto negare il diritto alle cure, ma ha resistito battendosi contro discriminazioni e minacce fino ad avere le prestazioni che gli spettavano di diritto. Perché gli strumenti e le risorse per curare tutti i malati ci sono, senza arrendersi alla deriva eugenetica che vuole selezionare i "degni" e gli "indegni" di ricevere le cure.

Una sezione del volume è dedicata alle risorse: perché è falso che mancano, ma ci va volontà politica per trovarle. In tema di diritti esigibili e livelli essenziali delle prestazioni – come sono le cure ai malati non autosufficienti – la Corte Costituzionale ha confermato che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». Perché non restino parole sulla carta, è necessario che gli utenti dei servizi pretendano ciò che è giusto.

Il volume è stato anche stampato in un numero limitato di copie con la collaborazione del Centro servizi per il volontariato di Torino - VOL.TO. - che si ringrazia per il supporto.

Per informazioni e consulenze gratuite sul diritto alla salute dei malati non autosufficienti e delle persone con disabilità grave/autismo e limitata o nulla autonomia:

Fondazione promozione sociale onlus - Via Artisti 36 - 10124 Torino - Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it - www.fondazionepromozionesociale.it

DIFFERENZE TRA VOLONTARIATO DEI DIRITTI E VOLONTARIATO CARITATEVOLE/CONSOLATORIO

VOLONTARIATO DEI DIRITTI

1. Interviene anche a difesa dei casi singoli quando le Istituzioni non rispettano le vitali esigenze ed i diritti dei giovani, degli adulti e degli anziani incapaci di difendersi autonomamente e dei minorenni privi di adeguato sostegno familiare.
2. Si fa carico non solo delle esigenze delle persone di cui al punto precedente, ma svolge anche attività volte ad ottenere diritti esigibili tramite l'approvazione di leggi e delibere da parte delle istituzioni.
3. Interviene per l'eliminazione o, almeno, per la riduzione delle cause che provocano l'emarginazione dei più deboli.
4. Opera in piena autonomia, anche sotto il profilo economico, rispetto alle istituzioni (Governo, Ministeri, Regioni, Comuni, ecc.) e non gestisce servizi al fine di poter conservare la propria indipendenza culturale e operativa, nonché per non essere condizionato nelle attività dirette a contrastare le decisioni delle istituzioni ritenute negative.
5. Assume iniziative pubbliche (volantinaggi, presidi, cortei, ecc.) nei confronti delle istituzioni che non rispettano le esigenze ed i diritti dei più deboli e che rifiutano di modificare il loro comportamento, nonostante la presentazione di istanze adeguatamente documentate.
6. Richiede alle istituzioni l'assunzione di provvedimenti concreti (leggi, delibere, ecc.) al fine di ottenere il rispetto delle esigenze e dei diritti che riguardano le persone deboli. Ad esempio: delibere sull'affidamento familiare a scopo educativo, sull'assunzione di soggetti con handicap da parte di enti pubblici, sull'ospedalizzazione a domicilio.
7. Promuove la presentazione di schemi di disegni di legge a carattere nazionale o regionale, oppure di proposte di delibere regionali o locali, nonché di piattaforme per Regioni, Province, Enti locali, Asl, ecc., aventi lo scopo di raccogliere le adesioni di organizzazioni di base e di cittadini affinché le istituzioni diano risposte concrete alle esigenze delle persone e dei nuclei familiari in difficoltà.
8. Numerose sono stati i ricorsi presentati ai Tribunali e al Consiglio di Stato volti ad ottenere l'abrogazione di norme contrastanti con i diritti fondamentali delle persone, in particolare quelle in gravi difficoltà socio-economiche. È stata anche fornita la necessaria consulenza gratuita per iniziative legali assunte dai cittadini a tutela delle esigenze proprie o di quelle dei congiunti.

VOLONTARIATO CARITATEVOLE/ CONSOLATORIO

1. Può operare anche nei riguardi di coloro che hanno le capacità personali per tutelare adeguatamente i loro interessi, nonché mezzi economici sufficienti per soddisfare le proprie esigenze.
2. Si adopera a favore delle persone delle cui difficoltà viene direttamente a conoscenza. Sovente gli interventi sono prolungati nel tempo per coprire le carenze strutturali delle istituzioni, ad esempio la mancanza di personale.
3. Quasi mai agisce nel campo della prevenzione del bisogno e del disagio.
4. Collabora con le istituzioni dalle quali ottiene finanziamenti spesso consistenti e, a volte, anche l'assegnazione delle sedi operative. La collaborazione può spingersi fino alla gestione di attività di competenza degli enti pubblici.
5. Se non riesce a concordare con le istituzioni i cambiamenti richiesti (ad esempio, la cessazione delle dimissioni ospedaliere illegali o la rinuncia da parte degli enti pubblici di richiedere contributi economici illegittimi), intraprende quasi mai azioni pubbliche di denuncia.
6. Le organizzazioni di volontariato caritatevole/consolatorio aiutano le persone in difficoltà nei limiti delle risorse economiche disponibili, nonché nell'ambito del numero dei volontari e dei relativi tempi disponibili, per cui può non essere sempre garantita la continuità degli interventi.
7. Spesso il volontariato caritatevole/consolatorio fornisce prestazioni sostitutive di quelle di competenza delle istituzioni inadempienti. Ad esempio, interventi nei riguardi dei malati ricoverati in ospedale, che dovrebbero essere garantiti da operatori socio-sanitari.
8. Non risulta che il volontariato caritatevole/consolatorio abbia assunto iniziative rivolte all'autorità giudiziaria e amministrativa a tutela delle persone, i cui diritti vitali erano stati violati dalle istituzioni.

Indice

PRESENTAZIONE	pag. 4
PRESTAZIONI E INTERVENTI DI COMPETENZA DELLA SANITÀ	pag. 6
<i>a)</i> PREVEDERE NEL PARCO DELLA SALUTE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE DI 1° E 2° LIVELLO NEL TERRITORIO COMUNALE E PRESTAZIONI PER LA CURA DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI	pag. 6
<i>b)</i> ADOPERARSI PER L'ESTENSIONE DEL SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO	pag. 7
<i>c)</i> PROMUOVERE IN OGNI OSPEDALE REPARTI POST-ACUZIE PER MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, COMPRESI CASI DI DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO	pag. 8
<i>d)</i> IMPEGNARSI AD OTTENERE DALLA REGIONE LA REALIZZAZIONE NELLA CITTÀ DI TORINO DI POSTI DI RIABILITAZIONE DI 1° E 2° LIVELLO E DI LUNGODEGENZA	pag. 8
<i>e)</i> INTERVENIRE NEI CONFRONTI DELL'ASL DELLA CITTÀ DI TORINO, AFFINCHÉ ASSICURI IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE AI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E ALLE PERSONE CON DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIE INVALIDANTI CON LIMITATISSIMA O NULLA AUTONOMIA	pag. 9
<i>f)</i> INIZIATIVE URGENTI PER ELIMINARE LE LISTE DI ATTESA (ILLEGITTIME)	pag. 9
<i>g)</i> CHIEDERE IN SEDE DI PROGRAMMAZIONE DEL BILANCIO DELL'ASL CITTÀ DI TORINO E DELLA REGIONE, LO STANZIAMENTO DELLE RISORSE NECESSARIE PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI IN LISTA D'ATTESA	pag. 10
<i>h)</i> DARE CONTINUITÀ AL "MODELLO TORINO" DELLE CURE SANITARIE DOMICILIARI CON ASSEGNO DI CURA DELL'ASL	pag. 11
<i>i)</i> CHIEDERE ALLA REGIONE, LA RADICALE RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE NELLE RSA	pag. 12
<i>j)</i> CHIEDERE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO E LIMITATISSIMA O NULLA AUTONOMIA CHE L'ASL CITTÀ DI TORINO ASSICURI LE PRESTAZIONI SANITARIE RIENTRANTI NEI LEA: AL DOMICILIO, NEI CENTRI DIURNI, IN PICCOLE COMUNITÀ A CARATTERE FAMILIARE	pag. 13
INIZIATIVE DI COMPETENZA DEL SINDACO E DEL CONSIGLIO COMUNALE DELLA CITTA' DI TORINO	pag. 16
<i>1)</i> INTERVENTI PER I MALATI CRONICI E LE PERSONE CON DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI	pag. 16
- Considerare il reale fabbisogno di prestazioni domiciliari e assegni di cura prima di approvare nuove concessioni edilizie per Rsa	pag. 16
- Ritirare i funzionari del Comune dalle Commissioni Uvg / Umvd – Unità valutative geriatriche / Unità valutative multidimensionali	pag. 16

- Revocare la delibera dell'11 giugno 2012 che «punisce» i malati proprietari della casa di abitazione ed è causa di impoverimento	pag.	17
- Per non dimenticare	pag.	18
- Impostare una campagna informativa sul diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari e residenziali per contrastare le liste di attesa	pag.	18
2) INIZIATIVE SPECIFICHE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO CON LIMITATA O NULLA AUTONOMIA PER ISTRUZIONE E LAVORO	pag.	19
- Servizi educativi e istruzione	pag.	19
- Lavoro e formazione professionale	pag.	20
3) AZIONI DI COMPETENZA DEL COMUNE PER PROMUOVERE IL DIRITTO DEI MINORI A VIVERE IN FAMIGLIA	pag.	21
- In materia di affidamenti	pag.	23
- In materia di adozioni	pag.	24
- In materia di gestanti e madri in gravi difficoltà	pag.	25
4) ALTRE COMPETENZE IN MATERIA DI:		
- VIABILITÀ E URBANISTICA	pag.	25
- SPORT, TEMPO LIBERO, CULTURA, POLITICHE GIOVANILI	pag.	25
- PROMOZIONE SOCIALE DELLA CULTURA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON IN GRADO DI DIFENDERSI AUTONOMAMENTE	pag.	26
 • COME RECUPERARE LE RISORSE PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	pag.	27
 ○ <i>Libro: “LE CURE NEGATE AI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI”</i>	2 ^a cop.	
○ <i>Il “Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale”</i>	3 ^a cop.	
○ <i>“Risultati positivi del volontariato dei diritti”</i>	3 ^a cop.	
○ Per ulteriori approfondimenti: Il notiziario “ControCittà” e La rivista “Prospettive assistenziali”	4 ^a cop.	

PRESENTAZIONE

Il *Csa*, Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, e la *Fondazione promozione sociale Onlus/Ets* operano rispettivamente dal 1970 e dal 2003 per la promozione e la difesa dei diritti delle persone non autosufficienti non in grado di difendersi da sé (minori in stato di abbandono morale e materiale, malati non autosufficienti, persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo e limitata o nulla autonomia).

Il modello di azione è quello del **volontariato dei diritti**, che si distingue radicalmente da quello caritatevole/consolatorio, che interviene sui singoli casi, ma non assume iniziative per l'affermazione dei diritti dei più deboli con azioni sistematiche nei riguardi delle Istituzioni per la rimozione delle cause delle ingiustizie e per provvedimenti generali, che interessino la totalità delle persone in una determinata condizione, non solo quelle che vengono a diretto contatto con i volontari.

Il confronto tra le due modalità di operare del volontariato tratto dal “*Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale*” pubblicato sul sito www.fondazionepromozione sociale.it, è riportato a pagina 1.

Le associazioni che fanno capo al Coordinamento nonché la Fondazione promozione sociale non ricevono sovvenzioni e contributi da parte delle istituzioni e non gestiscono servizi per conto di esse, unica garanzia per una totale indipendenza nei confronti delle istituzioni, necessaria per rivendicare i diritti previsti dalle norme vigenti quando sono negati e promuovere l'approvazione di nuovi provvedimenti quando non rispettano le esigenze delle persone con disabilità e dei malati cronici, di ogni età, non autosufficienti.

Di seguito indichiamo le azioni che il Sindaco e il Consiglio comunale in base alle funzioni loro assegnate dalle leggi vigenti dovrebbero assumere per garantire le prestazioni sanitarie a cui hanno diritto i cittadini torinesi non autosufficienti a causa di malattie croniche o conseguenti a esiti di patologie invalidanti irreversibili.

Com'è stato confermato durante la pandemia dal nuovo Coronavirus (Sars-CoV-2) da tutti i massimi esperti della Sanità italiana e delle Unità di Crisi, **i malati non autosufficienti sono colpiti** da una pluralità di **gravi patologie** e hanno, in ragione di ciò, perso la loro autonomia.

L'Ordine dei Medici e degli odontoiatri della Provincia di Torino nel documento del 6 luglio 2015 ha precisato che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

In considerazione delle loro esigenze di prestazioni indifferibili è il Servizio sanitario che ha l'obbligo di garantire l'esigibilità del diritto alle prestazioni sanitarie in base:

- ai principi costituzionali: diritti inviolabili della persona (articolo 2), della pari dignità di tutti i cittadini (articolo 3), della tutela della salute (articolo 32);

- agli obblighi contenuti nelle leggi 833/1978 e 38/2010, in base alle quali il Servizio sanitario nazionale deve:

- operare «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» (articolo 1 della legge 833/1978);
- assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», nonché provvedere «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2 della legge 833/1978);
- dare attuazione al «diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore» (articolo 1 della legge 38/2010), tenendo conto (articolo 2) che «si intende per: a) “cure palliative”: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; b) “terapia del dolore”: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore».

Il diritto alle prestazioni sanitarie necessarie per la tutela della salute dei malati cronici non autosufficienti e delle persone con disabilità conseguenti a patologie invalidanti non è sottoposto a vincoli di bilancio, come è stato confermato dalla Corte costituzionale con le sentenze:

- n. 157/2020, nella quale la Corte costituzionale 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, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)»;

- n. 62/2020, nella quale la Corte Costituzionale ha precisato che «l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali 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, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

- n. 509/2000, nella quale 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».

➤ PRESTAZIONI E INTERVENTI DI COMPETENZA DELLA SANITÀ

Al **Sindaco** in quanto titolare delle funzioni di tutela del diritto alla salute per i suoi cittadini e al **Consiglio comunale** che concorre alla definizione degli indirizzi generali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, chiediamo di attivarsi in tutte le sedi istituzionali idonee, e primariamente nei confronti dell’Amministrazione regionale, per:¹

a) **PREVEDERE NEL PARCO DELLA SALUTE STRUTTURE DI RIABILITAZIONE DI 1° E 2° LIVELLO NEL TERRITORIO COMUNALE E PRESTAZIONI PER LA CURA DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il documento dell’Ordine dei Medici redatto nel 2018 contiene condivisibili allarmi sulla realizzazione del Parco della Salute. Alcuni punti sono essenziali anche in un’ottica di garanzia della continuità terapeutica per i malati non autosufficienti, come ad esempio l’eccessiva riduzione del numero di posti letto (improponibile alla luce delle esperienze della pandemia) dagli attuali 2.300 ai 1.040 posti letto.

L’argomentazione che vorrebbe i posti “mancanti” assorbiti dalla rete territoriale nasconde spesso due fattori determinanti:

- 1) la riforma della rete territoriale non è subordinabile alla realizzazione del nuovo Polo, ma deve necessariamente precederlo;
- 2) le strutture post-ospedaliere (riabilitazione/lungodegenza) sono sì convenzionate con il Servizio sanitario, ma sono a gestione privata. Il Servizio sanitario non ha più metri di paragone rispetto al costo, alla modalità e al governo delle prestazioni e finisce per «pagare a piè di lista» spese per prestazioni non eseguite o non controllabili.

¹ La norma di riferimento per il Sindaco è l’articolo 6 della legge regionale 1/2004, finanziamento dei Comuni, comma 2, lettera b); per il Consiglio comunale, articolo 7, comma 1, legge regionale 18/2007.

Sul Parco della Salute non risulta essere stata mai operata finora una seria analisi sulla praticabilità di una soluzione edificatoria nuova nell'area del parcheggio di corso Spezia angolo via Ventimiglia, i cui posti auto potrebbero peraltro essere moltiplicati di molte grandezze con una struttura sotterranea. Previa valutazione dello sfruttamento di quest'area, quindi, **fin dal progetto**, la nuova struttura deve considerare anche le prestazioni sanitarie necessarie alla **cura dei malati cronici non autosufficienti**.

In ogni caso segnaliamo l'assoluta necessità che esso venga predisposto in modo da tenere in attenta considerazione che le prestazioni sanitarie, **la preparazione e l'aggiornamento del relativo personale** medico e non medico, nonché le attività di ricerca riguardino tutte le funzioni sanitarie, ovviamente comprese quelle di alta specializzazione, tenendo però conto dell'importanza:

- degli interventi di prevenzione **per tutti i cittadini**, con particolare riguardo al periodo della gestazione e ai minori;
- delle **prestazioni domiciliari** per tutti gli infermi, acuti e cronici di ogni età, compresi quelli non autosufficienti ed i soggetti con disabilità e limitatissima o nulla autonomia;
- degli **interventi per le persone inguaribili**, ma sempre curabili.

A nostro avviso occorrerebbe altresì che nella sede centrale del Parco e in quelle esterne, ma facenti parte a tutti gli effetti della nuova struttura, compresi gli spazi istituzionali e gestionali, venissero **individuare strutture con posti letto di lungodegenza e residenza sanitaria assistenziale a gestione pubblica diretta** (Parco della Salute o Azienda sanitaria locale).

Tale strumento consente di disporre di tutti gli elementi necessari (informazione su necessità e attività per i pazienti, costo delle forniture e del personale, gestione del personale stesso...) per predisporre convenzioni e accreditamenti con enti privati, con le relative conoscenze tecniche del caso: **la gestione diretta si configura come fondamentale per avere un metro di riferimento sulla qualifica e la quantità del personale addetto sia per quanto concerne le prestazioni in strutture residenziali sia – primariamente – per quelle domiciliari compresa l'ospedalizzazione a domicilio**.

b) ADOPERARSI PER L'ESTENSIONE DEL SERVIZIO DI OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

Il futuro Consiglio comunale di Torino dovrebbe impegnarsi per ottenere dalla Regione l'estensione del servizio di Ospedalizzazione a domicilio (OAD) in ogni ospedale della Città. L'Ospedalizzazione a domicilio è attiva dal 1985, presso il reparto di Geriatria dell'Ospedale Molinette ed è stata regolamentata dalla Regione Piemonte con la Dgr 85/2010.

L'OAD, che comprende un insieme di interventi medici, infermieristici e riabilitativi, non va confusa 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 rivelato fondamentale durante la pandemia Covid 19.

c) PROMUOVERE IN OGNI OSPEDALE REPARTI POST-ACUZIE PER MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI, COMPRESI CASI DI DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO.

La proposta è di considerare il vantaggio di prevedere la predisposizione in un unico Ospedale che abbia in sé sia la specializzazione sia tutti i reparti di un ospedale tradizionale, a cui vanno aggiunti uno-due reparti (40 posti letto), in base alla dimensione, per la degenza di malati cronici anziani non autosufficienti e di un altro reparto (20 posti letto) per le persone colpite da malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile con i seguenti compiti:

- cura dei degenti;
- preparazione del personale medico, infermieristico, nonché degli psicologi, degli educatori e degli altri addetti, compresi quelli per le pulizie, in modo che anche questi malati siano curati da operatori preparati ovunque essi vadano a lavorare, siano esse strutture pubbliche o private;
- valutazione sul campo delle esigenze specifiche di questi infermi e dei loro congiunti anche al fine della predisposizione di adeguate cure palliative e terapie del dolore;
- acquisizione degli elementi necessari per una individuazione corretta dei corrispettivi da erogare ai privati sulla base delle esigenze numeriche e qualitative del personale da adibire.

Una sola struttura di riferimento, con garanzia di continuità diagnostica e terapeutica e con un gruppo di medici e di infermieri che gli infermi conoscono, è anche un elemento non trascurabile di autoformazione e di assunzione di responsabilità, per evitare gli scaricabarile da un complesso (ospedale super-specializzato, ospedale tradizionale, ospedale di comunità, Rsa) all'altro.

d) IMPEGNARSI AD OTTENERE DALLA REGIONE LA REALIZZAZIONE NELLA CITTÀ DI TORINO DI POSTI DI RIABILITAZIONE DI 1° E 2° LIVELLO E DI LUNGODEGENZA

Il futuro Consiglio comunale di Torino dovrebbe impegnarsi in un'opera di pressione martellante sulla Regione, affinché siano realizzati **in città numerosi posti di riabilitazione di 1° e 2° livello e lungodegenza** (con posti di Continuità assistenziale a valenza sanitaria – Cava nelle Rsa, potenziando la copertura medica e infermieristica) oppure in **strutture dedicate, a gestione Asl**, indispensabili per fissare dei “valori di riferimento” (benchmark) delle prestazioni, della copertura di personale necessaria, dell'attivazione di piani di continuità terapeutica e per la formazione di tutto il personale. Segnaliamo a titolo di esempio l'ex ospedale Maria Adelaide.

I cittadini malati non autosufficienti e le persone con disabilità intellettiva e/o autismo o con altra disabilità dopo la fase acuta sono costretti ad accettare ricoveri a 30-40 km dalla Città con il comprensibile aggravio per i congiunti e la difficoltà ad ottenere il loro adeguato sostegno.

- e) **INTERVENIRE NEI CONFRONTI DELL'ASL DELLA CITTÀ DI TORINO, AFFINCHÉ ASSICURI IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE AI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E ALLE PERSONE CON DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIE INVALIDANTI CON LIMITATISSIMA O NULLA AUTONOMIA**

In base alle norme vigenti prima citate ²:

- **la presa in carico dei malati cronici non autosufficienti** (così come le prestazioni di tutela della salute delle persone con disabilità e/o autismo e limitatissima o nulla autonomia) è di **competenza sanitaria**;
- **spetta all'Asl della Città di Torino** (e alla Regione) assicurare il diritto alle cure sanitarie per le prestazioni definite dai Lea domiciliari, semiresidenziali (centri diurni) e residenziali;
- **le prestazioni rientranti nei Lea sono costituzionalmente garantite** come ha confermato la Corte costituzionale con le sentenze prima richiamate;
- **il Comune ha l'obbligo di integrare la retta a carico dell'utente**, per la parte non coperta con la sua situazione economica personale e sulla base della normativa vigente sull'Isee ³; riguarda il 7-10% dei torinesi non autosufficienti per malattia o disabilità. Il punto è affrontato a pagina 15, nelle competenze proprie del Comune.

f) INIZIATIVE URGENTI PER ELIMINARE LE LISTE DI ATTESA (ILLEGITTIME)

È una drammatica emergenza. In base agli ultimi dati disponibili, **al 31 agosto 2018 erano 6.628 i torinesi in attesa di prestazioni domiciliari** dell'Asl con diritto al contributo economico.

Al 1° ottobre 2018 c'erano 1.880 torinesi in attesa di un posto letto in convenzione con l'Asl.

Circa 9.000 malati o persone con disabilità non autosufficienti scaricate dalla Sanità.

Come prima ricordato, l'Ordine dei medici di Torino e Provincia nel documento del 6 luglio 2015 ha precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti (...) hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*.

Le liste di attesa sono illegittime, perché il diritto alle prestazioni domiciliari, alla frequenza di un centro diurno o al ricovero in una struttura convenzionata è esigibile in quanto rientra nei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Chiediamo al Sindaco e alla Sua Amministrazione di adoperarsi affinché sia abrogata la Delibera regionale del Piemonte 14/2013 che ha introdotto le liste di attesa, in contrasto con i principi costituzionali che tutelano il diritto fondamentale alla salute con gli articoli 1 e 2 della legge 833/1978, già citata.

² Cfr. pagine 4 e 5. Inoltre per quanto concerne le prestazioni definite nei Livelli essenziali le norme di riferimento sono, oltre alla legge 833/1978, il Decreto legislativo 502/1992 e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (aggiornamento dei Lea, cogenti ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002).

³ Dpcm 159/2013 e legge 89/2016.

Le liste di attesa sono una delle principali cause di impoverimento delle famiglie torinesi.

Per garantire la loro stessa sopravvivenza **i loro congiunti sostengono oneri rilevanti**: dai 1.500/2.000 euro al mese per garantire la permanenza al domicilio con un aiuto esterno privato, non meno di 3.000/3.500 euro per un posto di ricovero in una Rsa, che risponda in modo appropriato alle loro esigenze di cura. Si tratta di una delle principali cause di impoverimento dei nuclei familiari ⁴. Si ricorda che non ci sono norme che pongono in carico dei familiari compiti ed oneri di competenza del Servizio sanitario nazionale ⁵.

Si rammenta che **il fenomeno delle “badanti in nero” e delle “case di riposo abusive” deriva proprio dalla mancanza del riconoscimento del diritto al contributo pubblico** (la convenzione dell'Asl), per cui i familiari finiscono per accettare soluzioni più economiche, che non possono assicurare cure adeguate alle esigenze dei cittadini non autosufficienti, specie se con demenza o Alzheimer. Non vanno mai dimenticate **le situazioni di abuso e i maltrattamenti denunciati nelle periodiche relazione dei Carabinieri dei Nas.**

g) CHIEDERE IN SEDE DI PROGRAMMAZIONE DEL BILANCIO DELL'ASL CITTÀ DI TORINO E DELLA REGIONE, LO STANZIAMENTO DELLE RISORSE NECESSARIE PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI AI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI IN LISTA D'ATTESA

Sono necessari circa **540 milioni di euro** per i circa 30mila malati e persone con disabilità in lista di attesa anche da anni, nella Regione Piemonte ⁶. Metà della popolazione interessa l'Area metropolitana della Città di Torino.

È sufficiente il 5% del bilancio sanitario annuale della Regione che vale oltre 8 miliardi di euro. Appena due terzi dell'addizionale Irpef Sanità pagata da tutti i contribuenti piemontesi. Oppure un terzo della quota Irap destinata alla sanità piemontese. O, ancora, la decima parte della quota Iva destinata alla sanità regionale piemontese, secondo i dati di bilancio consolidato Regione Piemonte 2017-2019.

I bonus per i dirigenti Asl non hanno subito riduzioni, le spese per l'allestimento di ospedali durati poche settimane, nemmeno: tutte **spese non obbligatorie, che la Regione ha continuato a fare.** Per non dimenticare che la Corte dei Conti ha certificato che 4

⁴ Come risulta dal VII rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, che reca la data del 7 giugno 2017, viene segnalato che *«ben il 51.4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria [spesso per l'illegittimo confinamento di detti infermi in crudeli liste d'attesa, ndr.] ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico»* e che nell'area dei “salute impoveriti” e cioè delle persone (1,8 milioni) che *«dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria (...) ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medi, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale»*.

⁵ L'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»*. La legge 1580/1931 è stata abrogata e il Parlamento non ha mai approvato norme che trasferiscano a carico dei congiunti gli obblighi spettanti per legge al Servizio sanitario nazionale.

⁶ Cfr. F. Pallante, Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute, Il Piemonte delle Autonomie - Rivista quadrimestrale di scienze dell'Amministrazione promossa dal Consiglio regionale del Piemonte, 1-2019.

miliardi e mezzo del Fondo sanitario sono stati utilizzati negli anni passati per spese non sanitarie (cfr. “Torino Medica”, n. 1/2017).

h) DARE CONTINUITÀ AL “MODELLO TORINO” DELLE CURE SANITARIE DOMICILIARI CON ASSEGNO DI CURA DELL’ASL

Al Sindaco e al Consiglio comunale della Città di Torino, sulla base delle funzioni poste a loro carico dalle leggi vigenti prima richiamate, chiediamo di avviare, sin dal loro insediamento, ogni azione politica necessaria per ottenere dalla Regione Piemonte la messa a punto del Regolamento della legge regionale, approvata all’unanimità dal Consiglio regionale, n. 10/2010 «*Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*». **La definizione del Regolamento è indispensabile** per dare attuazione alla legge e **assicurare la prosecuzione del “modello Torino”** che, dal 2009, ha previsto l’erogazione di contributi economici (o assegni di cura) con una quota sanitaria a carico del Servizio sanitario regionale, ai cittadini torinesi malati cronici, anziani e non, nonché alle persone con disabilità non autosufficienti, per garantire tutte le prestazioni di cui necessitano 24 ore su 24 per 365 giorni all’anno per poter continuare a vivere presso il proprio domicilio. Prestazioni che sono aggiuntive a quelle sanitarie e socio-sanitarie eventualmente erogate dall’Adi (Assistenza domiciliare integrata) e rientrano in un Progetto individualizzato di cura.

Per poter raggiungere tutti gli aventi diritto in quanto malati cronici o persone con disabilità non autosufficienti **è indispensabile ottenere la titolarità dell’Asl e la copertura sanitaria del contributo** (anche forfettario) o assegno di cura (ad esempio per assunzione di un’assistente familiare) **erogati dall’Asl con criteri universalistici** (ovvero senza valutazione della situazione economica) così come avviene per la quota sanitaria se la stessa persona viene ricoverata in convenzione in Rsa⁷.

È un atto dovuto, **per evitare situazioni di discriminazione** tra i malati non autosufficienti ricoverati in Rsa in convenzione per i quali l’Asl riconosce la quota sanitaria (senza considerare la loro situazione sociale e personale ai sensi dell’articolo 1 della legge 833/1978) e malati cronici non autosufficienti nelle medesime situazioni che, curati e accuditi al domicilio, devono sostenere in proprio tutti gli oneri delle prestazioni di cui necessitano.

È materia per aprire contenziosi per violazione della legge 67/2006 “*Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni*” e della legge 5/2016 della Regione Piemonte, “*Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale*”.

Nel caso la persona malata cronica o con disabilità non autosufficiente non abbia risorse sufficienti o necessiti di altri interventi assistenziali, potrà avvalersi anche delle prestazioni socio-assistenziali, aggiuntive, che il Comune eroga in base alla valutazione dell’Isee.

⁷ Il riferimento normativo è al già citato articolo 1 della legge 833/1978 in base al quale il Servizio sanitario nazionale 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*» Sanitario nazionale.

Tenuto conto che, come già precisato la disponibilità delle famiglie a farsi carico di un congiunto non autosufficiente è su base volontaria, questa va incentivata e sostenuta anche economicamente, perché è riconosciuto da tutti il vantaggio delle cure domiciliari per il malato e la persona con disabilità non autosufficiente, il risparmio ottenuto rispetto al ricovero con un utilizzo più appropriato delle risorse pubbliche, l'effetto contrasto all'**impoverimento** dei nuclei familiari.

La Città di Torino con l'Area metropolitana dovrebbe **riaprire il confronto con la Regione e, tramite l'Anci e Federsanità Anci, con il Governo e il Parlamento, perché quello che è stato il "modello Torino" sia esteso alla Regione e normato con provvedimenti nazionali.**

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) è l'occasione per innovare la domiciliarità con la previsione del diritto universalistico all'assegno di cura (o contributo economico) a carico dell'Asl, alternativo al ricovero.

Al contrario in questi anni, con una politica miope da parte di tutte le Giunte regionali e dello stesso Governo, anziché incentivare con stanziamenti della Sanità la promozione delle cure sanitarie domiciliari territoriali, alternative al ricovero, il settore sanitario ha scaricato i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti, principalmente sulle famiglie e sui Comuni, nei casi di utenti con redditi molto bassi.

Il Comune di Torino è intervenuto principalmente con le risorse del Fondo per la non autosufficienza, che dovrebbero essere aggiuntive (e non sostitutive come di fatto sono) a quelle del Servizio sanitario ⁸ per cui **la maggioranza dei torinesi malati cronici o con disabilità non autosufficienti non ricevono gli aiuti economici e la presa in carico dell'Asl**, ritenendo che siano i servizi sociali del Comune di Torino responsabili delle liste d'attesa.

i) CHIEDERE ALLA REGIONE, LA RADICALE RIORGANIZZAZIONE DELLE CURE NELLE RSA

Nell'ambito del Piano socio-sanitario che dovrà essere predisposto dalla Regione Piemonte, al Sindaco e al Consiglio comunale chiediamo di sostituire la dizione RSA con la dizione SSR – Strutture Sanitarie Residenziali, al fine di permettere al Comune, ogniquale volta definisce con una decisione urbanistica e patrimoniale la localizzazione di una SSR, **di subordinare la concessione non a generici parametri di qualità sanitaria e assistenziale, ma a protocolli ufficiali e verificabili da parte del Comune** che prevedano:

8. Il secondo comma dell'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 7 maggio 2014, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 214 del 15 settembre 2014, riguardante la ripartizione delle risorse assegnate al succitato Fondo per l'anno 2014, pari a euro 350 milioni, ripartizione concordata dal Governo con le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento, recita: «Le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza **sociale** dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari».

- l'erogazione nelle Rsa di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna SSR 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 SSR al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle SSR all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;
- la presenza in tutte le SSR 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 strutture sanitarie è da prevedere una visita medica quotidiana;
- attività e prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- la somministrazione di terapie del dolore e cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione del ricovero nelle SSR di infermi con patologie non stabilizzate o di persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- rette alberghiere sostenibili per cui la ricaduta dei maggiori oneri che ne derivano andranno imputate al Servizio sanitario, affinché l'interessato sia in grado di assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti, che non devono essere coinvolti. Il diritto alla salute è soggettivo e l'interessato contribuirà in base alla sua situazione economica personale come avviene in sanità per i ticket. Al riguardo, al fine di non discriminare i malati cronici non autosufficienti il Servizio sanitario potrebbe prevedere per tutti i malati un periodo di ricovero a totale carico del Servizio sanitario nazionale (30-60 giorni) e stabilire un ticket fisso per i giorni successivi di degenza qualunque sia la durata.

È indispensabile prevedere una percentuale di strutture a gestione diretta dell'Asl, almeno una per distretto per avere riferimenti rispetto all'organizzazione delle cure e ai costi.

j) CHIEDERE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO E LIMITATISSIMA O NULLA AUTONOMIA CHE L'ASL CITTÀ DI TORINO ASSICURI LE PRESTAZIONI SANITARIE RIENTRANTI NEI LEA: AL DOMICILIO, NEI CENTRI DIURNI, IN PICCOLE COMUNITÀ A CARATTERE FAMILIARE

A causa della gravità delle loro condizioni, le persone con disabilità intellettiva e/o autismo e limitata o nulla autonomia al termine del percorso scolastico non sono inseribili in percorsi formativi finalizzati all'inserimento lavorativo e necessitano di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie continuative e a lungo termine.

L'Asl Città di Torino deve assicurare la presa in carico per:

- **sostenere la permanenza a domicilio**, quando è praticabile, assicurando le risorse indispensabili per soddisfare le domande di contributo e/o le prestazioni socio-sanitarie e

assistenziali avanzate dai nuclei familiari ai sensi della legge regionale 10/2010, se necessario anche in aggiunta alla frequenza del centro diurno, al fine di assicurare la permanenza al domicilio, se il costo totale non è superiore al ricovero in una struttura residenziale socio-sanitaria avente non più di otto posti letto più due posti per il sollievo;

- **garantire la frequenza del centro diurno** per cinque giorni alla settimana per almeno otto ore al giorno, quando richiesto dal nucleo familiare, senza oneri per gli utenti che percepiscono solo la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento, nel rispetto dei principi stabiliti dalla delibera del Consiglio comunale n. 8309599/19 del 17 aprile 1984;
- **assicurare le risorse** necessarie all'attuazione della Deliberazione del Consiglio comunale del 5 maggio 2014 *“Soggiorni estivi, interventi rilevanti del progetto socio-educativo delle persone con disabilità”*, attivando le richieste di compartecipazione per la quota sanitaria presso l'Asl di Torino, tenuto conto che i soggiorni rientrano in ambito Lea;
- **prevedere il ricovero in comunità alloggio** di tipo familiare, nel caso in cui non sia più possibile la permanenza al domicilio, con la garanzia della partecipazione giornaliera ad attività esterne di almeno 4 ore e/o alla frequenza di un centro diurno, come previsto dalla delibera comunale sopra citata. Le comunità alloggio non devono essere accorpate ad altre. Solo in un ambiente piccolo è possibile creare condizioni di vita simili a quella familiare: relazioni affettive, rapporti personali, relazioni empatiche indispensabili per comprendere i bisogni anche dei numerosi soggetti incapaci di esprimersi;
- **realizzare gruppi appartamento** (massimo 5 utenti) per le persone con disabilità con limitata autonomia e convivenze guidate (o servizi per l'autonomia) per due-tre utenti al massimo, in misura di almeno una ogni 50mila abitanti. Le convivenze guidate, i gruppi appartamento e le comunità alloggio socio-sanitarie devono essere inserite nel vivo del contesto sociale con le caratteristiche indicate nella Delibera regionale del Piemonte 88/2019. Le Asl devono garantire – oltre alla quota sanitaria prevista dai Lea – anche le prestazioni sanitarie erogabili al domicilio, in modo da favorire il più a lungo possibile la permanenza delle persone assistite nelle suddette strutture residenziali. Le prestazioni sanitarie devono essere assicurate anche nei soggiorni di tregua e durante la frequenza dei centri diurni.

Al Comune di Torino si chiede inoltre di:

- a) **sospendere con effetto immediato l'autorizzazione e l'accreditamento** di Raf (Residenze assistenziali flessibili) da 20, 30, 40 e oltre posti letto. Anche se organizzate in nuclei da 10 posti letto non possono garantire una vita di tipo familiare. In ogni caso, l'organizzazione stessa del grande edificio spersonalizza le persone ricoverate. Ricordiamo che il Dpcm 21 maggio 2001, n. 308 *“Requisiti minimi strutturali e organizzativi”* prevede una capacità ricettiva da 7 a 20 posti letto, ma non obbliga a raggiungere i 20 posti, essendo una condizione di massima e non di minima;
- b) **programmare il progressivo rientro degli utenti ricoverati nelle strutture residenziali socio-sanitarie situate fuori Torino** e, purtroppo, anche fuori dalla Provincia stessa, fatta salva la volontà della persona interessata e/o del tutore/amministratore di sostegno;

- c) **non accreditare più strutture residenziali**, comprese le comunità alloggio socio-sanitarie, se **situate in zone fuori dalla Città** di Torino e dalla prima cintura;
- d) **avviare una programmazione concordata con le associazioni** di rappresentanza degli utenti per i prossimi 5 anni, sulla base della domanda già evidenziata dalle Uvmd delle Asl;
- e) **attivarsi nei confronti della Regione Piemonte e dell'Asl Città di Torino per la realizzazione di almeno un'altra struttura residenziale socio-sanitaria** (zona Sud?), con gestione diretta da parte dell'Asl delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, rivolta a persone con disabilità intellettiva associata a problemi sanitari prevalenti (età compresa tra i 18 e 60 anni). Il modello di riferimento è la Rsa di C.so Svizzera 140, costituita da due nuclei di 8 utenti e gestita dall'Asl;
- f) **adoperarsi presso l'Asl Città di Torino perché all'interno di alcune Rsa siano organizzati nuclei di 8 posti letto per le persone con disabilità intellettiva** con più di 60 anni e la presenza di pluripatologie croniche invalidanti, assimilabili agli anziani cronici non autosufficienti;
- g) **attivarsi nei confronti della Regione** affinché siano predisposti posti letto dedicati per le acuzie negli ospedali dell'Asl Città di Torino nei reparti Spdc (Servizio psichiatrico diagnosi e cura) con personale formato in autismo e per il post acuzie, con equipe formate in autismo, così da poter dare una risposta adeguata ai bisogni delle persone (minorenni e adulti) con disabilità intellettiva e autismo, che hanno esigenza di ricovero per problemi rilevanti comportamentali, tenuto conto della grave assenza di risposte sanitarie negli ospedali e nelle Asl della Città;
- h) **adoperarsi nei confronti della Regione Piemonte e dell'Asl affinché sia riconosciuto il diritto ai Trattamenti educativi abilitativi** con le metodologie validate scientificamente indicate nelle Linee guida autismo dell'Istituto superiore di sanità (Iss), nella legge 134/2015, nel documento della Conferenza Stato-Regioni e nelle stesse Delibere della Regione Piemonte 2/2016 e 88/2019 per i minorenni e gli adulti affetti da disabilità intellettiva e autismo, poiché la mancanza gravissima dei Trattamenti educativi abilitativi espone a gravi rischi lo stato di salute fisico e psichico. L'autismo crea nella persona che ne è affetta una gravissima disabilità ed una incapacità a svolgere ogni azione della vita quotidiana se non si utilizzano Trattamenti educativi abilitativi appropriati.

➤ **INIZIATIVE DI COMPETENZA DEL SINDACO E DEL CONSIGLIO COMUNALE DELLA CITTA' DI TORINO**

Le richieste che seguono riguardano materie che, in base alla normativa vigente, sono proprie dei Comuni.

1) **INTERVENTI PER I MALATI CRONICI E LE PERSONE CON DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI**

- **Considerare il reale fabbisogno di prestazioni domiciliari e assegni di cura prima di approvare nuove concessioni edilizie per Rsa**

Al Consiglio e alla Giunta comunale, anche in sede di revisione del Piano regolatore generale, si chiede di attuare una **revisione/riduzione delle numerosissime concessioni di area per la costruzione di Rsa**. Al 31 dicembre 2018 risultavano essere attivi a Torino 3.570 posti Rsa totali, che raddoppieranno con l'attivazione definitiva dei 3.400 nuovi autorizzati (tra cui, per esempio, i 240 delle strutture Gheron-Med Services Rsa Chiabrera e D'Azeglio sulle quali sta indagando la Procura per "epidemia colposa").

L'investimento in Rsa è oggi uno dei più **redditizi** per i costruttori e i gestori (ai quali in sostanza si sta offrendo patrimonio immobiliare da reddito a spese della collettività), ma senza una corretta attivazione delle cure domiciliari, **il fabbisogno è sovrastimato** e la spinta dei gestori sulla politica sarà quella di far tagliare il più possibile le prestazioni a domicilio per convogliare i pazienti verso le Rsa. Occorre interrompere questo **circolo vizioso**, considerando anche che **le prestazioni domiciliari rimangono la prima scelta tra i pazienti** e i famigliari dei malati non autosufficienti e l'intervento più economico per la Sanità.

- **Ritirare i funzionari del Comune dalle Commissioni Uvg / Umvd – Unità valutative geriatriche / Unità valutative multidimensionali**

L'Assessore alle politiche sociali valuti il **ritiro immediato** del personale del Comune dalle Unità di valutazione, in modo che il Comune di Torino non sia corresponsabile della negazione del fondamentale diritto alla presa in carico sanitaria dei suoi concittadini non autosufficienti a causa di malattie croniche o disabilità, negazione che avviene sulla base di elementi di valutazione economica (Isee) che, come prima precisato, non è richiesta per l'accesso a prestazioni del Servizio sanitario, quali sono le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea.

Non va infatti dimenticato che in Regione Piemonte sono circa **30mila**, di cui circa 9mila almeno solo a Torino, i malati cronici non autosufficienti **esclusi dalle cure** (sia residenziali, sia domiciliari) a seguito di valutazione delle Commissioni Uvg-Umvd, trasformatesi in strumenti di negazione del diritto alla cura. In tali commissioni, che in

ragione di motivazioni socio-economiche negano anche l'accesso alla parte sanitaria della presa in carico (quota sanitaria Rsa, quota sanitaria assegno di cura domiciliare), siedono anche assistenti sociali o altri operatori del Comune.

Il ritiro del personale dalle commissioni Uvg-Umvd non pregiudicherebbe in nessun modo l'**integrazione economica** del Comune per i casi che ne avessero necessità e diritto, una volta erogata la quota sanitaria dell'Asl in loro favore.

➤ **Revocare la delibera dell'11 giugno 2012 che «punisce» i malati proprietari della casa di abitazione ed è causa di impoverimento**

Al Consiglio comunale si richiede la **revoca della delibera dell'11 giugno 2012** in materia di contribuzioni economiche del Comune alle prestazioni socio-sanitarie. Tale provvedimento prevede criteri di valutazione socio-economica degli utenti più penalizzanti dell'Isee definito dal Dpcm 159/2013 e s.m.i., che costituisce livello essenziale delle prestazioni, non modificabile, in peggio, dai Comuni.

La Città di Torino non integra economicamente la retta alberghiera quando l'anziano malato e non autosufficiente è **proprietario di una casa** del valore Imu superiore a 52mila euro (pressoché tutto il patrimonio immobiliare della città è sopra questo dato), mentre **la normativa statale impone che il possesso della casa non sia ostativo all'integrazione**, ma che il valore eccedente tale soglia venga considerato nell'Isee in misura del 20% dei 2/3.

Inoltre, il Comune considera, per le prestazioni a domicilio, l'importo della indennità di accompagnamento come **reddito**. Tale importo deve invece essere escluso dal conteggio dei redditi, come stabilito dalla legge 89/2016 di recepimento delle sentenze 838, 841 e 842 del 2016 del **Consiglio di Stato**, pronunciate al termine dei ricorsi nazionali sugli elementi illegittimi dell'Isee, vinti dalle associazioni ricorrenti.

L'introduzione di tali criteri «punitivi» per i cittadini torinesi ha comportato che il 15% dei ricoverati al momento dell'approvazione della delibera ha perso il contributo del Comune (sono diventati ricchi!). **I nuovi criteri di contribuzione – illegittimi – hanno provocato in questi ultimi otto anni maggiori esborsi per i malati non autosufficienti e le loro famiglie, nonostante queste ultime non avessero alcun obbligo di legge a partecipare alle spese, determinando situazioni di impoverimento.** Non solo di cittadini che non rientrano nei criteri per accedere all'integrazione economica e non hanno disponibilità di bisogni per pagare le rette, il Comune erga prestiti vincolati all'**ipoteca della casa** in favore del Comune stesso, scaricando così anche sugli eredi i danni economici da mancato riconoscimento del diritto.

Per compensare i minori introiti del Comune di Torino, occorrerebbe che la nuova Amministrazione pretendesse – com'è stabilito dalla legge 296/2006 – che tutti i finanziamenti del **Fondo per le non autosufficienze** (che nulla ha a che fare con il Fondo sanitario nazionale) venissero assegnati ai Comuni per le funzioni socio-assistenziali e non utilizzati dalla Regione per coprire le spese e i costi delle prestazioni domiciliari, che dovrebbero essere a carico della Sanità.

*** Per non dimenticare ***

L'IMPOVERIMENTO DELLE FAMIGLIE IMPOSTO ILLEGITTIMAMENTE DALLA GIUNTA FASSINO

*Piero Fassino, già Ministro della Giustizia, da Sindaco di Torino, in spregio alla Costituzione che in base all'articolo 117 assegna allo Stato l'esclusiva competenza legislativa in materia di rapporti economici fra il settore pubblico ed i cittadini, ha proposto ed ottenuto l'approvazione da parte del Consiglio comunale di Torino della delibera dell'11 giugno 2012. Il provvedimento limita illegittimamente l'importo a carico del Comune delle integrazioni delle rette di ricovero presso le Rsa per la parte non coperta dalle risorse personali dell'infermo, arrivando al punto di obbligare coniugi anziani, che si erano sacrificati per acquistare un alloggio di camera e cucina, a venderlo per corrispondere, in violazione alle leggi dello Stato, l'intera retta alberghiera. Al riguardo su "La Stampa" del 2 febbraio 2013 la Signora Stefania D'Oria ha segnalato di essere stata costretta a vendere l'alloggio perché il Comune di Torino, a seguito della citata delibera, non versava più l'integrazione mensile della retta di ricovero presso una Rsa di euro 800,00 per un infermo affetto da demenza senile. **Da notare che, mentre il Comune di Torino aveva ridotto di tre milioni il finanziamento ai servizi assistenziali per il secondo semestre del 2012, contemporaneamente aveva versato 3,5 milioni di euro per l'inutilissimo stadio Filadelfia.***

- **Impostare una campagna informativa sul diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari e residenziali per contrastare le liste di attesa**

I cittadini torinesi hanno diritto ad essere correttamente informati sui loro diritti in materia sanitaria. Le norme vigenti consentono al cittadino malato non autosufficiente di ogni età, o a chi lo rappresenta, di difendersi nel caso sia negato il diritto alla continuità terapeutica dopo un ricovero ospedaliero (ovviamente le stesse norme sono valide per le persone con disabilità che si ritrovino nelle medesime condizioni previste dall'articolo 2 della legge 833/1978). **I loro congiunti, salvo volontaria disponibilità ad assumersi oneri e costi in proprio, possono chiedere la prosecuzione delle cure sanitarie** fino alla presa in carico dell'Asl della Città di Torino che, come sopra precisato, deve assicurare le prestazioni domiciliari (se sono possibili) oppure garantire il ricovero convenzionato in una Rsa, residenza socio-sanitaria.

Il Difensore civico della Regione Piemonte si è più volte espresso in merito (si veda la Relazione anno 2017) e tale facoltà è confermata dalla nostra attività di consulenza gratuita e quotidiana. Sono sufficienti poche lettere raccomandate A/R per ottenere la prosecuzione delle cure e la presa in carico dell'Asl di residenza, **senza finire nelle liste d'attesa** dove si può restare per anni senza ottenere la prestazione.

Il Comune di Torino ha quindi un ruolo decisivo per impedire che i congiunti sostengano costi esorbitanti (un malato cronico non autosufficiente con Alzheimer può

richiedere cure anche per una decina di anni) **non previsti dalle leggi vigenti** attraverso una informazione corretta sui diritti vigenti fornita dai propri servizi con documentazione cartacea o attraverso lo sportello *on-line*.

È pertanto della massima importanza che l'amministrazione comunale promuova la redazione di **una pubblicazione informativa** che permetta al personale dei servizi comunali (non solo quelli preposti per l'assistenza) di fornire informazioni scritte ai cittadini in merito ai diritti dei malati non autosufficienti (anziani e non). Va ricordata come esperienza positiva di informazione **alla cittadinanza sui temi del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie per i malati non autosufficienti**, l'opuscolo informativo *"Aiutiamo gli anziani a non farsi ingannare dalle false notizie. Opposizione alle dimissioni forzate e diritto alla continuità delle cure"*, a cura della Città di Torino e del Consiglio dei Seniores, che va aggiornata e implementata per informare su tutte le prestazioni a cui si ha diritto in base ai Lea (Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie) in caso di malattie croniche o disabilità da cui consegue la non autosufficienza.

2) INIZIATIVE SPECIFICHE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA E AUTISMO CON LIMITATA O NULLA AUTONOMIA PER ISTRUZIONE E LAVORO

➤ Servizi educativi e istruzione

Per assicurare il diritto all'istruzione e pari opportunità ai minori con disabilità è indispensabile:

- potenziare e divulgare le attività svolte dal servizio di *Consulenza educativa domiciliare*, al fine di fornire adeguati supporti ai nuclei familiari con figli con disabilità fin dal momento della nascita;
- garantire l'integrazione dei bambini con disabilità, anche se in situazione di gravità, nei nidi e nelle scuole per l'infanzia di competenza territoriale della famiglia;
- assicurare la frequenza scolastica, sin dall'inizio delle lezioni, mediante la garanzia del trasporto agli allievi con disabilità;
- sostenere nella scuola secondaria di secondo grado progetti che favoriscano l'uso dei mezzi pubblici e l'accompagnamento da parte di compagni-tutor;
- fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale agli alunni con disabilità in situazione di gravità, mediante l'assegnazione di personale proprio o in convenzione, secondo le esigenze prospettate nei progetti educativi individualizzati, così come sancito dal comma 3 dell'articolo 13 della legge 104/1992;
- intraprendere azioni mirate contro l'evasione dall'obbligo scolastico, compresa l'assunzione delle attività da predisporre per il pieno recupero dei minori con problemi scolastici;
- completare l'azione di superamento dei Cesm (Centri educativi speciali municipali) potenziando il loro ruolo di laboratori territoriali al servizio dell'integrazione scolastica

delle scuole statali, mediante la predisposizione di progetti finalizzati a favorire l'integrazione scolastica nelle normali classi degli alunni in situazione di gravità, che eventualmente potranno frequentare ancora il Cesm (riorganizzato) insieme a gruppi di compagni, per attività specifiche (acquaticità, musica, ecc.); favorire il trasferimento graduale degli insegnanti specializzati dei Cesm nelle scuole in cui sono inseriti alunni con handicap grave per la realizzazione di progetti finalizzati all'integrazione;

- coinvolgere le Associazioni nell'attività di monitoraggio e revisione dell'Accordo di Programma per l'inclusione scolastica degli allievi con bisogni educativi speciali, siglato nel 2016 dalla Città di Torino, dalla Città Metropolitana, dalle Asl T01 e T02, dall'Ufficio scolastico territoriale, al fine di recuperare elementi di fragilità del documento che rischiano di non tutelare in modo adeguato i diritti degli allievi con disabilità. La revisione dell'Accordo di Programma si rende necessaria anche alla luce delle nuove indicazioni fornite dai Decreti legislativi n. 66/2017, 96/2019 e dal Decreto interministeriale 182/2020, che impongono all'Ente Locale la predisposizione di un Progetto individuale, che deve raccordarsi col Progetto educativo individualizzato al fine di realizzare una progettazione inclusiva che recepisca anche le azioni esterne al contesto scolastico, coordinate dall'Ente Locale, rivolte allo sviluppo della persona ed alla sua piena partecipazione alla vita sociale.

➤ **Lavoro e formazione professionale**

E' indispensabile assicurare una collocazione lavorativa ad ogni persona con disabilità in grado di esprimere una capacità produttiva piena o ridotta. In tal modo si assicura la piena integrazione nella vita adulta, si elimina la spesa assistenziale (pensione di invalidità, servizi assistenziali) e l'interessato diventa un cittadino attivo, che paga le tasse e contribuisce allo sviluppo della collettività. Il Comune di Torino ha realizzato in passato numerose iniziative positive di politiche attive del lavoro.

Al fine di perseguire l'obiettivo di promuovere l'assunzione anche delle persone con disabilità intellettiva con ridotta capacità lavorativa si chiede di:

- proseguire velocemente coi percorsi di tirocinio e di assunzioni di persone con disabilità iniziato dalla precedente amministrazione e che ha subito ritardi a causa della pandemia. Tali assunzioni (75 suddivise tra le diverse tipologie di disabilità) devono rispettare gli impegni assunti dal Comune di Torino con la convenzione siglata con la Provincia di Torino in data 30 giugno 2014;
- assicurare la presenza delle associazioni di tutela delle persone con disabilità nella cabina di regia e monitoraggio sull'attuazione della convenzione stessa, così come previsto nel citato protocollo d'intesa siglato tra l'amministrazione e le associazioni in data 10 marzo 2016;
- monitorare e possibilmente ampliare con nuove opportunità lavorative il "Regolamento 307" relativo alle procedure contrattuali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate e di disabili (deliberazione del Consiglio comunale del 21 dicembre 2009, n. 200906142/023) che prevede l'inserimento di almeno il 20% di persone con handicap intellettivo nelle cooperative e aziende private che ottengono la gestione di servizi per conto del Comune;

- adoperarsi nei confronti delle aziende che avviano nuove attività perché, a fronte di politiche di sostegno del Comune per agevolare le nuove imprese, vi siano in cambio assunzioni anche di soggetti che rientrano nella legge 68/1999, comprese le persone con ridotta capacità lavorativa;
- riservare quote di inserimento dei soggetti di cui sopra (persone con disabilità intellettiva o fisici con limitata autonomia) nelle politiche di contrasto alla disoccupazione e povertà: cantieri di lavoro, borse di lavoro, ecc.;
- inserire quote di persone con disabilità intellettiva in tutti quei progetti che verranno messi in campo dal Comune di Torino utilizzando i fondi del PNRR;
- continuare a finanziare il Progetto “Utili Esperienze”, progetto innovativo che ha dato finora ottimi risultati, Tale progetto prevede interventi mirati per le persone con disabilità intellettiva ultra diciottenni con limitata autonomia, che risultano non avviabili al lavoro dopo reiterati percorsi formativi e/o tirocini di inserimento lavorativo: in alternativa alla frequenza del centro diurno socio-terapeutico queste persone vengono inserite in normali contesti lavorativi/socializzanti, d’intesa con i servizi socio-sanitari (Asl/Comune), al fine di mantenere al massimo il livello delle loro autonomie/abilità e, nel contempo, favorire il mantenimento delle relazioni sociali con l’inserimento in ambienti normali (delibera n. 2013/00818/019).

3) AZIONI DI COMPETENZA DEL COMUNE PER PROMUOVERE IL DIRITTO DEI MINORI A VIVERE IN FAMIGLIA

Vogliamo anzitutto esprimere le nostre preoccupazioni per il clima di diffidenza e di discredito sull’intero sistema dell’accoglienza e sull’affidamento familiare dovuto alla campagna mediatica sviluppatasi in questi ultimi due anni a seguito dei fatti di Bibbiano, cui purtroppo si è aggiunto il periodo di pandemia che ha portato a un ulteriore peggioramento delle condizioni dei minori che vivono in condizioni di grave emarginazione (e non solo). Tutto questo ha determinato un preoccupante alone di sospetto sui motivi che determinano ogni allontanamento dei minori, considerato con provvedimento punitivo, mentre è tutelante⁹. Questo ha determinato la presentazione di proposte di legge attualmente in discussione presso la Commissione Giustizia della Camera volte ad introdurre importanti modifiche alla legge 184/83 in tema di affidamento familiare e la istituzione con la legge n. 107/2020 di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle attività connesse alle comunità di tipo familiare che accolgono minori, che riguarda anche gli affidamenti familiari.

Riprendendo le nostre precedenti richieste, alla luce di quanto brevemente esposto l’Anfaa con il Csa, ribadisce la richiesta di un ulteriore impegno per la piena attuazione delle

⁹ Per valorizzare l'affidamento familiare il 4 maggio u.s il Tavolo di lavoro delle associazioni nazionali e delle reti nazionali e regionali di famiglie affidatarie ha lanciato la proposta di istituire, proprio in quel giorno (il 4 maggio 1983 è stata approvata la legge n. 184), la Giornata Nazionale dell'affido familiare; condividiamo i contenuti della mozione, approvata a sostegno di questa istituzione dal Consiglio Comunale di Torino il 19 luglio 2021. Rinviamo al sito del suddetto Tavolo per approfondimenti specifici su questa tematica.

priorità previste dalla legge n. 184/1983¹⁰ assicurando l'accesso prioritario ai servizi sociali primari (ad esempio asili nido, casa e lavoro) e ai servizi socio-assistenziali che dovrebbero intervenire solo nel caso in cui siano necessari ulteriori prestazioni integrative (dirette a sostenere, in attuazione alle priorità di intervento previste dalla normativa vigente, il nucleo familiare di origine, ad esempio assistenza domiciliare, anche educativa, e/o economica per prevenire l'allontanamento dei minori)¹¹.

Nel caso in cui il nucleo familiare non sia ritenuto idoneo sul piano educativo, per il minore deve essere privilegiato l'affidamento familiare a parenti o terzi, utilizzando la comunità solamente nei casi di emergenza e comunque per limitati periodi. Al riguardo si chiede di dare seguito al positivo orientamento della Città di Torino che ha portato all'inserimento in famiglie affidatarie dei minori della fascia 0-5 anni allontanati.

Resta ferma la necessità che i Servizi richiedano tempestivamente l'intervento delle Autorità giudiziarie minorili in tutti i casi in cui ritengano necessario, nell'interesse preminente e a tutela dei minori, la limitazione o la decadenza della responsabilità genitoriale. Se la situazione è molto grave e si configura una condizione di privazione di sostegno morale e materiale da parte dei congiunti, si richiama l'obbligo da parte dei Servizi comunali di segnalazione documentata alla Procura presso il Tribunale per i minorenni (v. articolo 9 legge 184/1983). Rileviamo la necessità di ridurre i tempi necessari di assunzione dei provvedimenti giudiziari nei loro confronti: il Comune di Torino dovrebbe concordare,

¹⁰ La legge n. 184/1983, modificata nel 2001 con la l.n. 149 ha modificato il titolo precedente della legge con «**Diritto del minore ad una famiglia**»; infatti ha definito una priorità di interventi da attivare per garantire questo diritto, che riteniamo doveroso richiamare.

- **Il minore ha diritto ad essere educato nell'ambito della propria famiglia**, precisando che le condizioni di indigenza dei genitori non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia d'origine sono disposti interventi di sostegno e di aiuto. Il diritto del minore a vivere, crescere ed essere educato nell'ambito di una famiglia è assicurato senza distinzione di sesso, di etnia, di età, di lingua, di religione e nel rispetto della identità culturale del minore e comunque non in contrasto con i principi fondamentali dell'ordinamento (art. 1).

- **Il minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo è affidato ad un'altra famiglia, preferibilmente con figli minori**, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno (art. 2). La stessa legge precisa anche che *"in caso di necessità e urgenza l'affidamento può essere disposto anche senza porre in essere gli interventi di aiuto e sostegno alla famiglia d'origine di cui sopra (cfr. art. 2, comma 3).*

- **Ove non sia possibile l'affidamento è consentito l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare** (art. 2).

- **Il minore** di cui sia accertata dal tribunale per i minorenni la situazione di abbandono perché **privo di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi**, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio, è **dichiarato adottabile** e deve essere adottato da coniugi aventi i requisiti previsti dalla stessa legge n. 149/2001 (art. 8).

È dunque pacificamente riconosciuto nel nostro ordinamento, ed anche dalle convenzioni internazionali, che è un diritto primario per il bambino crescere nella propria famiglia. Compito dunque dello Stato, delle Regioni e degli enti locali è quello di prevenire l'abbandono e le situazioni di rischio per il bambino, nonché di sostenere le famiglie in difficoltà. Così pure, l'inserimento etero-familiare di un bambino fuori dal proprio nucleo familiare costituisce per legge, una possibilità contemplata e che non può non sussistere. Così come non si può negare l'evidenza delle difficoltà di molti minori che necessitano di essere collocati in ambiente etero familiare, senza attendere danni irreversibili. Anche la Convenzione sui diritti del fanciullo approvata a New York il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con Legge 27 maggio 1991, n. 176, prevede che *"Ogni fanciullo il quale è temporaneamente o definitivamente privato del suo ambiente familiare oppure che non può essere lasciato in tale ambiente nel suo proprio interesse, ha diritto a una protezione e ad aiuti speciali dello Stato. Tale protezione sostitutiva può in particolare concretizzarsi per mezzo dell'affidamento familiare..."* (art 20). Vanno in queste direzioni anche le *"Le Linee di indirizzo per l'affidamento familiare"* approvate dalla Conferenza Unificata Governo-Regioni in data 25 ottobre 2012.

¹¹ Al riguardo riteniamo necessario precisare che in Italia la percentuale degli allontanamenti è la più bassa dell'Europa. Infatti il tasso relativo all'Italia è pari al 2,8 % per mille residenti di 0-17; poco meno del doppio in Spagna (4,4), più che doppio in Inghilterra (6,1), quasi quadruplo in Francia (10,4) e Germania (10,5). In Italia si allontanano solo minori per i quali la situazione è già molto compromessa, a volte in maniera tardiva. A conferma di questo è significativo il dato fornito dal Comune di Torino secondo cui, nonostante la situazione complessa determinata anche dalla pandemia, nel 2020 l'82,80 % degli interventi socio assistenziali sono stati destinati al sostegno delle famiglie con minori (compresi i disabili).

d'intesa anche con le ASL e le Autorità giudiziarie minori modalità di collaborazione rispettose dei reciproci ruoli e finalizzate - in considerazione della gravità delle loro situazioni. - a fornire da parte dei Servizi coinvolti la documentazione necessaria per una compiuta valutazione da parte dei giudici delle situazioni segnalate e la tempestiva assunzione dei relativi provvedimenti da parte dei giudici, riducendo il più possibile i tempi.

Si richiede – in base a quanto esposto:

a) di promuovere un'azione coordinata sul piano culturale con il coinvolgimento degli altri Assessorati (istruzione, cultura, ecc.) per contrastare le derive “adultocentriche”: il minore rischia di non essere più considerato *soggetto* autonomo portatore di diritti, ma *oggetto* di proprietà della sua famiglia;

b) attivare azioni di prevenzione nei confronti delle famiglie in difficoltà con la presenza di minori, sollecitando in primo luogo gli interventi, se necessari, dei settori primari (casa, lavoro, sanità, asili nido, scuola, ecc.);

c) monitorare l'attuazione del progetto “Pippi” per prevenire l'allontanamento dei minori;

d) monitorare i minori ricoverati nelle strutture residenziali di Torino e fuori Torino con l'obiettivo di:

- riesaminare urgentemente le situazioni dei minori della fascia di età 5/6-10 anni ancora in comunità, e predisporre progetti specifici per il loro inserimento familiare, dando seguito al positivo risultato finora raggiunto dal Comune di Torino nei confronti dei bambini della fascia di età inferiore;

- privilegiare gli inserimenti in Torino e in strutture facilmente raggiungibili da parenti/amici e operatori evitando quelli in zone lontane o difficilmente raggiungibili con i mezzi pubblici per i familiari, gli amici e i conoscenti nonché gli stessi operatori dei servizi;

- monitorare – d'intesa con le Aziende sanitarie di competenza – la presenza di minori con problemi sanitari gravi e/o in situazione di handicap ricoverati in strutture sanitarie variamente denominate (Rsa, comunità socio-riabilitative e terapeutiche, ecc.);

- avviare una riflessione sugli inserimenti – in continuo aumento – in comunità genitore-bambino (soprattutto mamme-bambini), per approfondire le situazioni e individuare altre possibili soluzioni;

- aumentare i controlli sulle strutture e sulle condizioni dei singoli utenti, che dovrebbero essere svolti in modo programmato, prevedendo anche controlli straordinari – non programmati e tanto meno preannunciati – sia per le strutture gestite direttamente che per quelle convenzionate (da effettuarsi da parte di persone non dipendenti dal Comune di Torino o dall'Ente gestore).

In materia di affidamenti:

1) proseguire le campagne di sensibilizzazione periodiche e mirate per promuovere l'affidamento familiare a scopo educativo dei minori, a partire da quelli consensuali, potenziando il numero degli operatori sociali addetti;

2) sostenere gli affidamenti familiari attraverso progetti specifici, periodicamente verificati, nei confronti dei nuclei d'origine dei minori affidati; al riguardo è indispensabile approvare norme che vincolino i servizi a predisporre progetti individuali

scritti, come sopra richiesti, condivisi, per quanto possibile, con la famiglia di origine, in attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente;

3) fornire agli affidatari le necessarie informazioni e la documentazione necessaria per svolgere adeguatamente il proprio ruolo (kit affidatari, relazione sulla storia personale del minore accolto, ecc.), comprese quelle derivanti dalla attuazione della legge n. 173/2015, *“Modifica alla legge 4 maggio 1983/1983 n. 184 sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare”*; sostenere i nuclei affidatari e, ove necessario, i minori affidati non solo attraverso interventi individuali e visite domiciliari ma anche con gruppi di sostegno;

4) mettere a disposizione degli affidatari le relazioni del servizio sociale che li riguardano e che vengono inviate alle Autorità giudiziarie per i necessari aggiornamenti sull'andamento dell'affidamento e fornire tempestivamente loro i dispositivi dei provvedimenti relativi ai minori da loro accolti;

5) agire nei confronti delle Asl per migliorare il coordinamento degli interventi degli operatori dei Servizi socio-assistenziali comunali con quelli del Servizio sanitario in materia di affidamenti per dare piena attuazione alle competenze previste dalla normativa vigente per la tempestiva presa in carico;

6) rivedere la delibera del 7 dicembre 2004 n. 200411052/019 del Comune di Torino nella parte relativa agli affidamenti a parenti per quanto concerne gli aspetti giuridici e il ruolo dei servizi;

7) continuare a garantire sostegni mirati alle famiglie affidatarie di minori con disabilità, o con problemi sanitari, che decidono di continuare ad accoglierlo presso il proprio domicilio dopo il compimento dei 18 anni, con l'estensione agli affidatari di tutte le provvidenze economiche previste per gli affidamenti dei minori in situazione di handicap o con problemi sanitari; provvedere in prossimità del raggiungimento dei 18 anni alle necessarie pratiche per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore o curatore.

In materia di adozioni:

a) provvedere alla tempestiva segnalazione ai sensi dell'art. 9, comma 1 della legge 184/1983 e s.m.i.¹² dei minori in presumibile situazione di adottabilità, aggiornando in merito gli operatori dei Servizi comunali interessati (compreso il comparto Istruzione);

b) provvedere alla selezione/preparazione delle coppie adottive utilizzando anche le esperienze di genitori e di figli adottivi maggiorenni;

c) attivare i gruppi di sostegno per gli affidatari *«a rischio giuridico di adozione»* e per coloro che hanno adottato minori italiani e stranieri grandicelli, in situazione di handicap o con particolari difficoltà, indipendentemente dalla data della loro adozione;

¹² Il testo è il seguente: «1. Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori di età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di un pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio».

d) prevedere la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni delle famiglie adottive ai corsi informativi su «*affidamenti a rischio di adozione*» per portare il loro indispensabile contributo di conoscenze ed esperienze.

In materia di gestanti e madri in gravi difficoltà:

1) rivedere le funzioni relative alle gestanti e madri, così come previsto dalla legge della Regione Piemonte n. 16/2006 “Modifiche all’articolo 9 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 ‘Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento’”. Si ricorda che le destinatarie degli interventi socio-assistenziali previsti dalla legge n. 16/2006 (che devono essere «*erogati su richiesta delle donne interessate e senza ulteriore formalità, indipendentemente dalla loro residenza anagrafica*») sono «*le gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati e al segreto del parto*», quindi non solo quelle che hanno deciso di non riconoscere il loro nato;

2) promuovere urgentemente campagne informative specifiche oltre alla linea telefonica “verde”, rivolte alle gestanti in difficoltà per informarle sugli interventi socio-assistenziali a cui hanno diritto, predisponendo anche cartelloni da collocare presso gli ospedali e le Asl, le sedi dei consultori e dei servizi decentrati per informarle dei loro diritti.

4) ALTRE COMPETENZE IN MATERIA DI:

VIABILITÀ E URBANISTICA

Al fine di ottimizzare le risorse è indispensabile l’assunzione di iniziative coordinate tra i vari Enti e Assessorati con l’indicazione di tempi e modalità per la progressiva e totale eliminazione delle barriere architettoniche che impediscono ancora l’accesso alle persone con handicap motori e sensoriali agli edifici pubblici o di utilizzo da parte del pubblico: scuole, cinema, mostre, ristoranti, parchi, uffici, strutture sportive.

Contestualmente va prevista la revisione dei contenuti progettuali del Comune di Torino relativi alla eliminazione e non creazione delle barriere architettoniche di marciapiedi e delle banchine per parcheggi (scivoli a norma delle leggi vigenti e banchine pavimentate in modo da essere accessibili da parte di tutti), da realizzare mediante la creazione di un gruppo di lavoro e l’istituzione di un servizio con rappresentanti degli utenti per la verifica e il controllo dei progetti edilizi.

SPORT, TEMPO LIBERO, CULTURA, POLITICHE GIOVANILI

Al fine di garantire la fruizione di tutte le strutture e servizi, anche da parte delle persone con difficoltà dovute a minorazioni, sia in forma attiva che come spettatori, oltre all’eliminazione delle barriere architettoniche di cui sopra, si richiedono i seguenti interventi:

- assumere provvedimenti volti a sviluppare e/o a creare iniziative di “cultura sociale attiva” incentrata sulle esigenze fondamentali di vita, con particolare attenzione alle molteplici ed essenziali questioni dei diritti/doveri e delle relazioni personali, familiari e sociali;
- assicurare l’accessibilità delle mostre cittadine ai sensi delle leggi 118/1971, 13/1989, 104/1992 (articolo 24 comma 7, ora articolo 82 comma 6 del Dpr 380/2001), nonché della legge regionale 56/1977, articolo 91 octies;
- inserire quote di partecipazione riservate a giovani con disabilità – anche intellettiva e/o autismo – in possesso di autonomia sufficiente, nei programmi di “estate giovani” e negli scambi internazionali;
- mettere a disposizione le risorse necessarie per assicurare l’eventuale personale di sostegno senza il quale la persona non può beneficiare del servizio;
- incentivare gli studenti delle scuole superiori a “farsi carico” di un loro compagno con disabilità mediante agevolazioni nell’acquisto di biglietti per ingressi a concerti, attività sportive, teatri, cinema.

PROMOZIONE SOCIALE DELLA CULTURA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON IN GRADO DI DIFENDERSI AUTONOMAMENTE

È anche compito della cultura promuovere l’integrazione di tutti i cittadini torinesi, senza discriminazione alcuna. Pertanto al Comune di Torino si chiede di assumere iniziative per la promozione della cultura dei diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi. Alcuni esempi:

- L’adozione dei minori privi di famiglia dovrebbe essere sempre disposta nell’interesse dei fanciulli. Pertanto tenuto conto che ci sono oltre dieci coniugi disponibili per ciascun bambino adottabile, non si dovrebbe più sostenere la proposta, a nostro avviso negativa per ragioni puramente pratiche, dell’adozione da parte di singole persone.
- In merito alle gravissime carenze esistenti nei confronti delle persone non autosufficienti, si ricorda che tutti i cittadini di età superiore ai 18 anni, se sono colpiti da improvvisa non autosufficienza (infarto, ictus, incidente grave, ecc.) non hanno alcuna persona che li rappresenti, fino a quando il giudice tutelare non ha provveduto a nominare un tutore o un amministratore di sostegno. Mentre ognuno di noi può incaricare qualsiasi soggetto a provvedere alla gestione del proprio patrimonio, le leggi vigenti non ammettono alcuna delega, nemmeno ai propri congiunti, per la tutela della salute nei casi sopraggiunga la non autosufficienza ¹³. Il Comune dovrebbe sollecitare l’approvazione e nello stesso tempo informare i cittadini sulle concrete attuali possibilità di autodifesa (ad esempio la designazione del tutore o dell’amministratore di sostegno provvisorio).
- Inviare a tutti i cittadini torinesi ultra 65enni una nota informativa che li informi correttamente sul loro diritto a opporsi alle dimissioni da ospedali e/o case di cura convenzionate quando l’Asl di residenza non garantisce, senza interruzioni, la continuità terapeutica e socio-sanitaria delle cure domiciliari e/o il ricovero convenzionato in una Rsa.

¹³ Al Senato era giacente il disegno di legge n. 457 “Modifiche al Codice civile in materia di tutela temporanea della salute di soggetti impossibilitati a provvedervi personalmente” presentato il 16 aprile 2013 dalla Senatrice Silvana Amati. Analogo provvedimento era stato presentato alla Camera, di iniziativa dei Deputati Sbröllini, Scuvera, Iori, Patriarca (progetto di legge 2110/2014).

COME RECUPERARE LE RISORSE PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

I patrimoni e le rispettive rendite delle Ipab e delle ex Ipab per legge devono essere destinati al settore dell'assistenza. Tutti i beni mobili e immobili ex Ipab assegnati ai Comuni e quelli provenienti dagli enti disciolti sono obbligatoriamente vincolati alle attività socio-assistenziali. Si tratta di patrimoni ingenti costituiti da immobili, terreni, depositi, beni mobili.

Per quanto sopra è indispensabile che l'Amministrazione comunale torinese provveda a:

1. Fare chiarezza sulla gestione delle proprietà ex Ipab e delle altre derivate dallo scioglimento di altri enti assistenziali (Eca, Onmi, Onpi, Enaoli, ecc.). Tali beni sono inventariati? Le rendite di tali proprietà vengono destinate all'assistenza? Una volta venduti, le risorse incamerate vengono destinate alle attività socio-assistenziali?

Ci sono casi in cui l'amministrazione ha agito illegittimamente. In merito va almeno ricordato che nel 2008 la Giunta Chiamparino aveva sottratto ai poveri 43 milioni di euro con l'espedito di trasferire il vincolo Ipab da beni immobili comunali messi in vendita (palazzi, ristoranti di pregio), ad altri di fatto invendibili di proprietà del Comune.

Per quanto concerne il Buon Pastore, questa è stata comprata per 1.000 euro al mese, ovvero praticamente svenduta all'impresa di costruzioni che si è aggiudicata l'asta per il diritto di superficie e di proprietà per novantanove anni del complesso ex Ipab. **Il complesso di edifici**, in corso Principe Eugenio tra via Moris e via Santa Chiara, pur versando in cattive condizioni – salvo le palazzine in uso – **è in zona strategica** e centrale, appetibilissima dal mercato immobiliare (si vedano operazioni di immobili di pregio a pochi isolati di distanza, in piazza XVIII dicembre, stazione Porta Susa).

L'impresa ha acquisito il diritto per una cifra irrisoria: 1,25 milioni di euro, pari a 12.500 euro all'anno, praticamente 1.000 euro al mese! Un affare. Nel quale a rimetterci sono i poveri della città.

I proventi della concessione dell'immobile, in quanto struttura ex Ipab, devono andare a finanziare iniziative per gli indigenti, attraverso iniziative del Comune di Torino –assessorato alle politiche sociali. **Anche per questo, la cifra di vendita appare molto bassa:** il Comune avrebbe potuto ricavare di più dalla concessione per 99 anni del complesso? Destinerà i proventi ad interventi destinati ai poveri?

È altresì necessario sollecitare alla Regione Piemonte l'estinzione delle Ipab presenti ancora sul territorio cittadino: Opera Munifica Istruzione, Educatorio della Provvidenza, Cerruti Ambrosio, nessuna delle quali svolge più opere in favore dei poveri o conformi agli statuti dei fondatori, a partire dal Buon Pastore – corso Principe Eugenio 36 – commissariata dal 1986! In base alle leggi vigenti i beni mobiliari e immobiliari di queste Ipab, il cui valore supera i 200 milioni di euro, devono essere destinati, dalla delibera di estinzione della Regione Piemonte al Comune di Torino a titolo gratuito per le attività del settore socio-assistenziale;

Il Csa chiede una rapida ed esaustiva indagine sulle consistenze mobiliari e immobiliari delle altre Ipab e sul loro utilizzo. Analoga iniziativa dovrebbe essere assunta per i beni assegnati al Comune di Torino a seguito dello scioglimento già citato degli enti assistenziali (Onmi, Onpi, Enaoli, Eca, ecc.);

2. Vendere gli alloggi di proprietà del Comune e dell'Agenzia per la casa (Atc)

Il Comune di Torino è in possesso di ingenti proprietà immobiliari (alloggi, locali commerciali, garage) per i quali dovrebbe accertare se non sia opportuno, per recuperare risorse economiche, una procedura di vendita delle proprietà immobiliari, comprese quelle popolari agli attuali inquilini, ferma restando la facoltà degli stessi inquilini di proseguire la locazione se, per qualsiasi motivo non intendono provvedere all'acquisto. Il Comune di Torino potrebbe sollecitare l'Agenzia per la casa ad assumere analoga iniziativa. Le risorse acquisite dovrebbero essere utilizzate per la costruzione o l'acquisto di alloggi da destinare agli attuali senza casa;

3. Utilizzare l'istituto della concessione di pubblico servizio

Si ricorda infine che un'altra pratica già positivamente sperimentata che garantisce l'introito di nuove risorse è quella della concessione di pubblico servizio per la realizzazione di strutture socio-sanitarie i cui costi di costruzione sono assunti dal gestore della attività, che corrisponde al Comune consistenti somme per il diritto di costruzione sull'area (di svariati milioni di euro è stato l'introito del Comune per le strutture di Via San Marino e corso Lombardia). Si segnala inoltre che alla scadenza della concessione per la gestione della struttura, la struttura stessa rimane di proprietà del Comune senza l'esborso di somme.

4. Sollecitare l'approvazione di disposizioni regionali per l'attuazione dell'articolo 4 della legge 17 febbraio 1992, n. 179 "Norme per l'edilizia residenziale pubblica" in modo che vengano predisposti anche alloggi e comunità alloggio per le persone con disabilità o con esigenze particolari. Il succitato articolo 4 recita «*Le Regioni, nell'ambito delle disponibilità loro attribuite, possono [ma non "devono", Ndr] riservare una quota non superiore al 15 per cento dei fondi di edilizia agevolata e sovvenzionata per la realizzazione di interventi da destinare alla soluzione di problemi abitativi di particolari categorie sociali individuate, di volta in volta, dalle Regioni stesse. Per tali interventi i requisiti soggettivi ed oggettivi sono stabiliti dalle Regioni, anche in deroga a quelli previsti dalla legge 5 agosto 1978, n. 457 e successive modificazioni*».

Il **“Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale”** è stato predisposto allo scopo di



segnalare sia le condizioni di vita negli anni '60 delle persone in gravi difficoltà socio-economiche, in particolare quelle non autosufficienti e quindi definitivamente e totalmente impossibilitate ad autotutelarsi (come può capitare ad ognuno di noi e dei nostri cari anche da un momento all'altro), sia di fornire informazioni documentate in merito alle situazioni

culturali ed operative di quel periodo. Dalla relativa documentazione si possono valutare i risultati raggiunti dal 1962 al 2020 dal volontariato dei diritti, introdotto nel nostro Paese dall'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, e base delle attività svolte successivamente (1965) dall'Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, dal Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e dalle relative organizzazioni aderenti e dalla Fondazione promozione sociale onlus, operante dal 2003.

Argomenti trattati:

- *Caratteristiche salienti del settore dell'assistenza sociale negli anni '60;*
- *Persone con disabilità: l'allarmante situazione a partire dagli anni '60;*
- *Anni '70, anziani malati cronici non autosufficienti e persone con demenza senile: crudele ed estesa negazione dei vigenti diritti costituzionali e legislativi;*
- *Ipab: sottratti ai poveri cinquanta miliardi di patrimoni ed i relativi redditi;*
- *Norme vigenti sulla povertà assoluta: spesso negate le vitali esigenze dei poveri veri e una cuccagna per numerosi abbienti;*
- *Servizio sanitario nazionale: miliardi illegittimamente sottratti ai malati, sprechi insensati, regali anche milionari a coloro che provocano infortuni e malattie;*
- *Omicidi/suicidi e maltrattamenti;*
- *La sconcertante vicenda del villaggio del subnormale di Rivarolo (Torino), ora Comunità La Torre;*
- *Pubblicazioni su adozione, disabili, emarginazione, infermi cronici non autosufficienti.*

APPENDICE: Differenze tra volontariato dei diritti e volontariato caritatevole/consolatorio.

“Risultati positivi del volontariato dei diritti”. 58 anni di risultati positivi che hanno cambiato

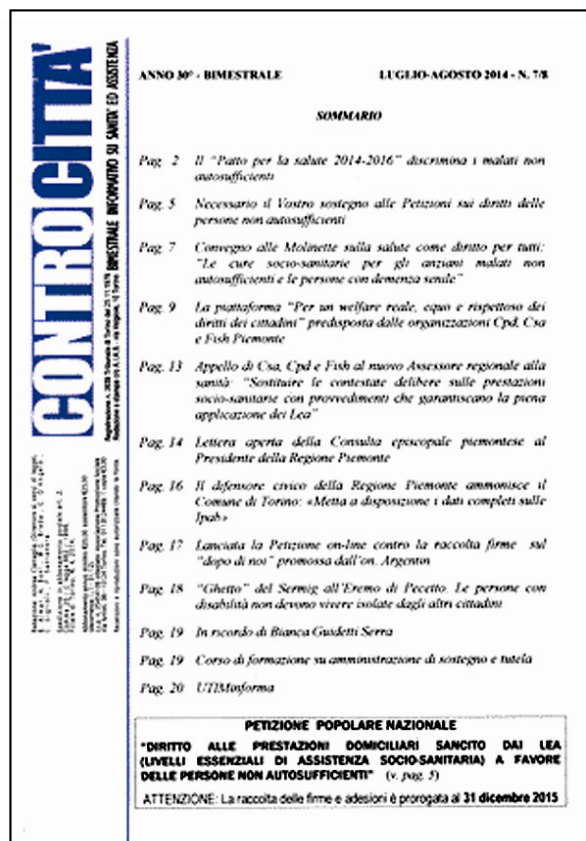


la vita e il mondo di decine di migliaia di persone non autosufficienti (minori privi dell'indispensabile sostegno genitoriale e/o parentale, soggetti con disabilità intellettiva grave, adulti e anziani malati cronici con limitatissima o nulla autonomia, infermi colpiti dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile) e dei loro nuclei familiari

Argomenti trattati:

- a - Principi etici e giuridici del volontariato dei diritti*
- a1 - Metodi di lavoro del volontariato dei diritti*
- a2 - Attività informative del volontariato dei diritti*
- a3 - Pubblicazioni su adozione, persone con disabilità, emarginazione, infermi cronici non autosufficienti*
- b - Risultati ottenuti dal volontariato dei diritti dal 1962 al 2020*
- c - Importanza dei ricorsi alla magistratura e delle sentenze della Corte costituzionale*
- d - Principali attività svolte dall'Anfaa e basilari risultati raggiunti*
- e - Impegni assunti dall'Ulces ed i più importanti risultati conseguiti*
- f - Risultati ottenuti dalle iniziative promosse dalla collaborazione fra l'Ulces ed il Csa*
- g - Esperienze e risultati ottenuti dalla Fondazione promozione sociale*
- h - Vigenti diritti esigibili da segnalare e da rivendicare*

Per ulteriori approfondimenti ricordiamo le seguenti pubblicazioni:



- Il notiziario **"ControCittà"**, dal 1976 è un bollettino di (contro)informazione su sanità e assistenza. Portavoce dei gruppi di volontariato aderenti al Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) che a Torino e in Piemonte operano in difesa delle esigenze e dei diritti delle persone non in grado di autotutelarsi. **L'abbonamento a "Controcittà": euro 20.** Per abbonarsi versare l'importo all'Associazione promozione sociale, Via Artisti 36, 10124 Torino su ccp. n. 25454109 oppure bonifico bancario Iban: IT39Y0200801058000002228088.

- La rivista **"Prospettive assistenziali"** dal 1968, ininterrottamente, è impegnata contro l'esclusione sociale di minori, di handicappati 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. **L'abbonamento a "Prospettive assistenziali": euro 50** (sostenitore 70 euro, promozionale 100 euro). Per abbonarsi versare l'importo all'Associazione promozione sociale, Via Artisti 36, 10124 Torino su ccp. n. 25454109 oppure bonifico bancario Iban: IT39Y0200801058000002228088.

PROSPETTIVE ASSISTENZIALI

VIA ARTISTI 36, 10124 TORINO - TEL. 011.812.44.69 - FAX 011.812.25.95
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it - www.fondazionepromozionesociale.it
Sped. in a.p., art. 2, comma 20/c, legge 662/96, filiale di Torino n. 3, 2014
ISSN 1827-5257

ABBONATEVI IN TEMPO PER IL 2015

Per l'abbonamento a *Prospettive assistenziali* per il 2015 sono confermati gli importi del 2014: euro 45,00 ordinario, 60,00 sostenitore e 100,00 promozionale, 90,00 estero. Prezzo speciale per i Soci delle Organizzazioni aderenti al Csa: euro 35,00.
Il rinnovo dell'abbonamento entro il 15 febbraio 2015 ci consente di beneficiare dell'apposita riduzione concessa dalle Poste e di imbustare automaticamente la rivista.
Versamento all'Associazione promozione sociale, Via Artisti 36, 10124 Torino su c.c.p. n. 25454109 oppure tramite bonifico bancario IBAN IT 39 Y 02008 01058 000002228088.
Ai primi 150 abbonati invieremo in omaggio il volume di L. Alloero, M. Pavone e A. Rosati, "Siamo tutti figli adottivi. Nove unità didattiche per parlare a scuola".

187 luglio-settembre 2014

IL PATTO PER LA SALUTE 2014-2016 DISCRIMINA I MALATI
(Cfr. l'editoriale)

FUNZIONI DEGLI OPERATORI DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
(Vedi la pag. 8)

ONERI FINANZIARI RELATIVI AI CENTRI DIURNI PER PERSONE CON HANDICAP INTELLETTIVO GRAVE
(Cfr. la pag. 10)

CONTRIBUTI ECONOMICI ILLEGITIMI: LA VOCE DI UN OPERATORE
(Vedi la pag. 10)

INIZIATIVE AVVIATE NEGLI ANNI '70 A DIFESA DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI
(Cfr. la pag. 21)

RISULTATI POSITIVI DEL VOLONTARIATO DEI DIRITTI
(Vedi la pag. 30)

CONVEGNO "LA SALUTE È UN DIRITTO PER TUTTI": SINTESI DEGLI INTERVENTI
(Cfr. la pag. 34)

CONSIDERAZIONI CRITICHE IN MERITO ALL'INCONTRO NAZIONALE SULLE NON AUTOSUFFICIENZE
(Vedi la pag. 41)

ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: OTTENUTA CON TRE LETTERE LA PROSECUZIONE DELLE CURE SOCIO-SANITARIE
(Cfr. la pag. 45)

ANCHE LE CASE DI CURA DEVONO RISPETTARE LE NORME SULLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA
(Vedi la pag. 47)

CONTRATTO ILLEGITTIMO DELLA REGIONE LOMBARDIA PER L'ACCESSO ALLE RSA
(Cfr. la pag. 48)

TUTTI I MALATI HANNO IL PIENO E IMMEDIATO DIRITTO DI ESSERE CURATI DAL SERVIZIO SANITARIO, COMPRESI GLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE

Informazione da diffondere.
Per ulteriori precisazioni consultare il sito www.fondazionepromozionesociale.it