

SOMMARIO

- Pag. 3 *Pesantissime discriminazioni a danno dei malati non autosufficienti nello schema dei nuovi Lea: appello a Parlamento e Governo*
- Pag. 6 *“Buon Pastore”, dopo trent’anni l’estinzione dell’Ipab: redditi e beni sono del Comune di Torino con il vincolo di utilizzo a favore dei poveri. Risultato ottenuto grazie alle pressioni del Csa, ora le altre Ipab*
- Pag. 8 *Disegno di legge regionale sulle Ipab: privatizzazioni selvagge o aziende partecipate mangiasoldi. In ballo ci sono miliardi di patrimoni e liquidità. A rischio il vincolo delle risorse ai poveri*
- Pag. 10 *Patto tra le generazioni: «I giovani crescano con la cultura dei diritti e tutelino le esigenze degli anziani malati non autosufficienti»*
- Pag. 12 *Informazioni errate, pressioni, minacce: adesso basta. Le case di cura devono rispettare esigenze e diritti dei malati non autosufficienti*
- Pag. 13 *Ricoverata in Rsa, malata di Alzheimer muore di freddo in un torrente*
- Pag. 14 *Medici: dopo i Sindacati, anche l’Ordine della Provincia di Torino contro la delibera “Rsa aperte” della Giunta della Regione Piemonte*
- Pag. 18 *Unità di valutazione geriatriche: strumenti di selezione dei malati e negazione delle cure. Nuovo appello del Csa.*
- Pag. 20 *L’Associazione genitori adulti e fanciulli handicappati (Agafh) scrive all’Asl To3: «Serve un nuovo centro diurno ad Orbassano»*
- Pag. 21 *UtimInforma*

ABBONAMENTO A CONTROCITTÀ PER IL 2017

Allegati a questo numero trovate DUE BOLLETTINI DI CONTO CORRENTE: uno intestato ad ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE per l’abbonamento 2017 a ControCittà, l’altro intestato ad UTIM (Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva) per il rinnovo dell’iscrizione all’associazione, comprensiva dell’abbonamento 2017 a ControCittà.

- **Abbonamento 2017 a ControCittà:** c.c.p. 25454109, intestato ad Associazione promozione sociale, Via Artisti 36, 10124 Torino – 20,00 euro (quota ordinaria), 50,00 euro (quota sostenitore).

- **Solo per i soci UTIM, iscrizione 2017:** c.c.p. 21980107 intestato a Utim, Via Artisti 36, 10124 Torino, 35,00 euro (somma comprensiva di abbonamento ControCittà + iscrizione all’Utim).

**“PROSPETTIVE ASSISTENZIALI”: ABBONARSI
FA BENE ALLA SALUTE... E AL PORTAFOGLIO**

“Prospettive assistenziali” è LA RIVISTA impegnata dal 1968, senza interruzioni, contro l'emarginazione di minori, persone con disabilità gravi e/o autismo, anziani malati cronici, persone con demenza senile. Promuove e tutela i loro diritti, pubblica i documenti più significativi sui servizi sociali e sanitari, sulla formazione del personale, sulle vicende degli utenti.

Con il costo corrispondente a UNA TAZZINA DI CAFFÈ A SETTIMANA i lettori sono informati sui diritti. La non autosufficienza può sembrare una condizione lontana, che non ci tocca. Non è così: ad ognuno può capitare, per un incidente o una grave patologia, di diventare improvvisamente non autosufficiente; avviene sempre più spesso di affrontare la situazione di un parente anziano non autosufficiente, di un figlio, un amico con **disabilità grave...**

Sapere cosa fare in questi casi, come attivare i servizi non facendosi ingannare da chi dà false notizie è fondamentale per la propria salute e per le finanze familiari, visti gli esorbitanti costi dei ricoveri privati delle persone anziane malate croniche non autosufficienti.

Sapere è evitare ed eventualmente difendersi dai soprusi. Per questo oltre al rinnovo **dell'abbonamento a “Prospettive assistenziali” Vi chiediamo, cari lettori, di diffondere la rivista fra i Vostri parenti, conoscenti e amici in modo che sottoscrivano anche loro l'abbonamento. È un gesto che costa poco e dà tanto: per consentire a “Prospettive assistenziali” di continuare le pubblicazioni e a Voi di sapere come difendervi.**

ABBONAMENTI

Per il 2017 (4 numeri): 50 euro

(sostenitore: 70 euro; promozionale: 100 euro; estero: 100 euro; per i Soci delle organizzazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base: 40 euro). Copia singola: 15 euro. È possibile abbonarsi versando direttamente la quota:

A) sul c.c.p. n. 25454109 intestato a:
Associazione promozione sociale
(Cod. fiscale 97557070014) - via Artisti, 36 - 10124 Torino

(Iban: IT49S0760101000000025454109);

B) tramite bonifico bancario,
all'Associazione promozione sociale,
Iban: IT39Y0200801058000002228088
(Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).

Per ulteriori informazioni o per ricevere copie saggio scrivere a
info@fondazionepromozionesociale.it

PESANTISSIME DISCRIMINAZIONI A DANNO DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI NELLO SCHEMA DEI NUOVI LEA: ECCO LE TUTELE CANCELLATE PER I MALATI

Il decreto dei nuovi Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) firmato il 21 dicembre dal Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, che ora attende la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale¹, **introduce gravissime forme di discriminazione ed ha come immediata e diretta conseguenza la soppressione di tutele e diritti per le persone non autosufficienti**. Si tratta di una rivoluzione negativa così importante che è necessario, a nostro avviso, che questo provvedimento per diventare operativo sia **ratificato da una legge** (e quindi venga discusso da tutto il Parlamento), che ci auguriamo vivamente venga mai approvata.

In vista dell'approvazione dello schema dei nuovi Lea, diciotto associazioni ed organizzazioni² avevano lanciato lunedì 5 dicembre un «*Appello al Parlamento e al Governo per il ritiro dello schema dei nuovi Lea*», che proprio in quelle settimane era all'esame della Commissione affari sociali della Camera dei Deputati e alla Commissione sanità del Senato. Nodo centrale dell'appello era la denuncia del previsto **trasferimento delle persone non autosufficienti, operato dalla bozza di decreto, dal settore "sanità" (gratuito, salvo ticket) al settore "socio-sanitario", caratterizzato dal parziale pagamento delle prestazioni (anche nella misura del 50%) e dalla presenza di liste di attesa per gli interventi domiciliari e residenziali**. A seguito dell'approvazione, i rilievi esposti rimangono tutt'ora validi e continua l'impegno a diffondere il messaggio e a comunicare i rilievi sulla bozza di testo dei nuovi Lea agli amministratori locali e ai Parlamentari, in modo che il testo sia rivisto radicalmente e che, in ogni caso, siano garantite le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari (in via prioritaria), semi-residenziali e residenziali agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite da demenza.

TESTO DELL'APPELLO

Le sottoscritte Organizzazioni che operano a tutela delle esigenze e dei diritti delle persone non autosufficienti o con limitazioni gravi della loro autonomia **chiedono** al Governo di ritirare lo schema di nuovi Lea (atto del Governo n. 358) riguardante il trasferimento dal settore sanitario a quello socio-sanitario delle persone non autosufficienti a seguito di patologie e/o di disabilità gravemente invalidanti.

Deleteria estensione del settore socio-sanitario

Mentre finora solamente gli anziani non autosufficienti appena terminata la fase acuta sono esclusi dal settore "sanitario" (caratterizzato dalla gratuità, salvo ticket) e vengono trasferiti a quello "socio-sanitario" con l'obbligo del pagamento da parte degli utenti del 50% del costo

¹ Il presente articolo si riferisce al testo dell'atto del Governo n. 358 "Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" che prima della firma del Ministro Lorenzin è stato esaminato dalle Commissioni affari sociali della Camera dei Deputati e sanità del Senato.

² Oltre a Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e Fondazione promozione sociale onlus hanno aderito all'appello le associazioni Alzheimer Piemonte; Autismo Help (Cuneo); Avo (Torino); Diana (Verona); Gruppo senza sede (Trino vercellese - Vc); Gva, Gruppo volontariato handicap (Acqui Terme - Al); Il cerchio aperto (Torino); In nome dei diritti (Scandicci - Fi); Lawcare (Cuneo); Luce per l'autismo (Pinerolo - To); Nikola Tesla (Roma); Spazio autismo (Cinisello Balsamo - Mi); Unione italiana ciechi (Torino); Umana (Perugia); VitaTre (Saluggia - Vc).

della degenza (da 1.300 a 1.600 euro al mese), con i nuovi Lea questa procedura viene estesa a tutte le persone maggiorenni³.

In base alle nuove norme sull'Isee, nei casi in cui la persona ricoverata, ad esempio in una Rsa, Residenza sanitaria assistenziale (i nuovi cronicari), non disponga delle risorse (redditi e beni) per il pagamento del 50% della retta totale, **nella situazione economica del malato vengono compresi i redditi e i beni del coniuge e dei figli conviventi o non conviventi.**

Le disposizioni contenute nella bozza dei nuovi Lea riguardano pertanto i malati di Sla, di sclerosi multipla, di cancro e delle altre numerose patologie invalidanti, nonché le persone con disabilità gravi e limitatissima o nulla autonomia.

Indifferibilità delle prestazioni socio-sanitarie

Altra questione di importanza assai rilevante riguarda la totale **mancata considerazione della situazione di indifferibilità** – cioè l'assoluta non rinviabilità a degli interventi sanitari e socio-sanitari – che caratterizza **tutte** le persone non autosufficienti e non solo gli anziani malati cronici e le persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza.

Con riferimento a detti infermi, nell'allegato documento del 6 luglio 2015 l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia viene evidenziato 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».*

Anche le prestazioni domiciliari, definite in base ai vigenti Lea, di *«assistenza tutelare alla persona»*, sono prestazioni indifferibili di rilievo sanitario, poiché intervengono direttamente sulla condizione di cura della patologia/tutela della salute della persona non autosufficiente.

Infatti tutti i soggetti non autosufficienti **sono destinati senza eccezione a morire nel giro di 5-6 giorni** se non ricevono le indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati) tra le quali citiamo l'esecuzione delle azioni prescritte dal personale curante (medico e infermieristico), la trasmissione delle relative informazioni, la somministrazione di farmaci, il controllo della loro corretta assunzione (per es. deglutizione), la somministrazione e il relativo controllo sulle terapie prescritte da parte del malato.

Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (sovente mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (spesso è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze.

Il volontario intervento dei familiari

Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa (attualmente oltre 200mila), essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che **intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico** di svolgere le attività assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti

³ Si ricorda che, poiché i servizi di pediatria e di neuropsichiatria infantile cessano le loro competenze al compimento del 14mo – 16mo anno di età, il previsto nefasto trasferimento dai servizi sanitari gratuiti ai servizi socio-sanitari a pagamento può riguardare anche minori di età superiore ai 14-16 anni.

dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Fra le nefaste conseguenze ricordiamo **l'impoverimento delle famiglie** costrette a sostenere oneri a carico della Sanità, con situazione di vera e propria miseria economica.

I familiari possono **volontariamente**, e non “devono”, assumere il gravoso carico – con rilevante dispendio di risorse economiche – di cura a domicilio di un proprio congiunto non autosufficiente. Proprio per questo una parte del costo delle prestazioni (il 50%, così come stabilito per quelle di «*assistenza tutelare professionale*» all'articolo 22 comma 4 dello schema di decreto sui nuovi Lea) deve essere a carico del Servizio sanitario nazionale, quale rimborso delle spese vive sostenute dai familiari (direttamente o tramite terze persone) per la cura della persona non autosufficiente a domicilio.

Occorre quindi che venga integrata la dicitura «assistenza tutelare professionale» prevedendo «un contributo forfettario per le prestazioni di assistenza informale fornite dai familiari 24 ore su 24, sia direttamente che mediante l'aiuto di terzi», con il 50% del costo a carico del Servizio sanitario nazionale⁴.

Le Unità di valutazione multidimensionali (anche Unità valutative geriatriche o Unità valutative handicap), devono operare come commissioni tecniche per la predisposizione dei Piani individuali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ma mai come commissioni che decidono dell'accesso delle cure, com'è previsto nel documento del Governo in oggetto.

Dal momento che lo schema di decreto prevede – per quanto esposto sopra – disposizioni che incidono assai negativamente sui diritti vigenti ed esigibili delle persone non autosufficienti, con disposizioni che non possono essere definite semplici modifiche del testo attualmente in vigore dei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea – articolo 54 della legge 289/2002), **è necessario che i nuovi Lea siano definiti con apposita legge del Parlamento, che si spera venga mai emanata.**

⁴ A sostegno della richiesta del riconoscimento del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari con copertura a carico della sanità del 50% del costo di tutte le prestazioni di «assistenza tutelare»:

- il 29 marzo 2016 la *Petizione popolare nazionale per il diritto prioritario alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari* (20 mila firme raccolte, più 50 adesioni di personalità ed enti pubblici e privati) è stata annunciata alla Camera e assegnata alla Commissione con il numero 1085, mentre l'8 giugno è stata annunciata al Senato ed è stata assegnata alla commissione Igiene e sanità con il numero 1547. La *Petizione* è stata anche ritenuta ricevibile e ammissibile dal Consiglio regionale del Piemonte in data 24 marzo 2016;

- il 23 settembre 2016, richiamando la citata *Petizione* e facendo propria la richiesta che nei Lea siano incluse le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare, anche non professionali, è stata presentata (prima firmataria Marisa Nicchi - Sel) alla Commissione affari sociali della Camera dei Deputati una proposta di mozione, che attende di essere messa all'ordine del giorno della discussione della Commissione stessa;

- il 19 settembre 2016, su iniziativa del Presidente del Consiglio regionale del Piemonte, la Conferenza nazionale dei Presidenti dei Consigli regionali ha approvato un Ordine del giorno che invita il Parlamento a intervenire con urgenza perché nel testo definito dei nuovi Lea «siano riconosciute anche le prestazioni fornite in modo informale volontariamente dai familiari prevedono altresì un contributo forfettario per tali prestazioni rese 24 ore su 24». Inoltre il documento prende posizione anche sulle Unità di valutazione multidimensionali perché occorre un'integrazione al testo dei nuovi Lea nel quale si specifichi che l'intervento «può essere richiesto per accertamenti e approfondimento, ma non può negare le cure, né ritardarle in quanto in tutti i casi le esigenze sanitarie e socio-sanitarie delle persone non autosufficienti sono indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»;

- il 19 settembre 2016 la Città di Torino ha approvato l'Ordine del giorno n. 3 “Attività domiciliari di assistenza tutelare alla persona all'interno dei nuovi livelli essenziali di assistenza e copertura della Regione Piemonte” (prima firmataria Giovanna Buccolo) e la mozione n. 70 “Dpcm recante la nuova definizione dei Lea - Riconoscimento del diritto all'assistenza tutelare alla persona nell'ambito delle cure domiciliari” (prima firmataria Maria Grazia Grippo);

- il 6 settembre 2016 il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato la mozione n. 852 “Assistenza tutelare alla persona nell'ambito delle cure domiciliari nella nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria” (primo firmatario Mauro Laus) e n. 867 “Attività domiciliari di assistenza tutelare alla persona all'interno dei nuovi Livelli essenziali di assistenza” (primo firmatario Davide Bono);

- il 19 luglio 2016 è stata avviata una richiesta di intervento al Parlamento europeo (mail peti-secretariat@europarl.europa.eu e cecilia.wikstrom@europarl.europa.eu) perché sia presa in esame la *Petizione sulle esigenze e sui diritti delle persone non autosufficienti* (pubblicata su www.fondazionepromozionesociale.it), sottoscritta da 18 organizzazioni, e vengano assunte iniziative nei riguardi del nostro Paese per il corretto riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari.

“BUON PASTORE”, DOPO TRENT’ANNI L’ESTINZIONE DELL’IPAB: REDDITI E BENI SONO DEL COMUNE DI TORINO CON IL VINCOLO DI UTILIZZO A FAVORE DEI POVERI. RISULTATO OTTENUTO GRAZIE ALLE PRESSIONI DEL CSA, ORA LE ALTRE IPAB.

È stata negli ultimi trent’anni, in completa ma ostinata solitudine, una delle richieste del Csa – Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base alla Regione Piemonte e al Comune di Torino: dichiarare estinta l’Ipab Buon Pastore – commissariata dal 14 ottobre 1986 – e garantire il passaggio dei suoi beni e dei redditi da questui generati al Comune di Torino, che è tenuto per legge ad utilizzarli a favore di poveri, per il finanziamento del settore socio-assistenziale.

Lo scioglimento dell’Ipab e il passaggio di beni e redditi al Comune di Torino è avvenuto alla fine di dicembre, con due provvedimenti in rapida successione. Primo: la delibera della Giunta regionale 34-4401 del 19 dicembre con la quale è stata disposta l’estinzione dell’Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza “Istituto Buon Pastore” e il trasferimento alla Città di Torino del personale dipendente (2 unità) e dell’intero patrimonio mobiliare e immobiliare. Secondo: la delibera di Giunta comunale 6786/131 del 28 dicembre con la quale la Città di Torino che ha preso atto del provvedimento regionale riafferma come *«sussistente il vincolo di destinazione dei beni stessi e delle relative rendite a servizi socio-assistenziali»*.

Non è la prima volta che il volontariato dei diritti ottiene, grazie a pressioni durate anche decenni, risultati importantissimi, generatori di ingenti risorse per le fasce più deboli della popolazione. Il Comune di Torino ha incamerato a partire dagli anni Sessanta almeno 300 milioni di euro (riportati sulla valuta attuale) di risorse derivanti dallo scioglimento di Istituti per minori e altre Ipab in campo assistenziale dovuto all’innovativa introduzione dell’adozione del 1967. Si tratta quindi, in definitiva, di risorse da impiegare in prestazioni concrete, durature e caratterizzate dalla sicurezza del diritto e non dalla discrezionalità della beneficenza. Non esiste, pensiamo di poterlo affermare con certezza, alcuna altra attività di volontariato oltre a quella fondata sui diritti, capace di portare così tante risorse alle persone bisognose.

Tornando al Buon Pastore, nell’attesa dell’estinzione, in questi trent’anni, si sono certamente persi milioni di euro destinati ai poveri che l’Ipab avrebbe potuto generare in favore del Comune. Come è stato sempre sostenuto dalle associazioni del Csa, i patrimoni dell’Ipab Buon Pastore sono ingenti, ancora oggi, dopo trent’anni di (in)attività: il saldo attivo certificato nella delibera comunale è di 184mila euro, con un deposito amministrato di 4 milioni e 100mila euro. Ma sono gli immobili a fare la parte del leone: l’intero isolato tra corso Principe Eugenio 26, via Moris e corso Regina Margherita 153 (in questi ultimi locali ha sede l’Assessorato regionale alla sanità; per l’affitto la Regione paga 320.561,29 euro all’anno che non vengono percepiti dal Comune); i compendi immobiliari di via Santa Chiara ai numeri civici 56 e 58-58D; una

porzione di palazzina in via Monte di Pietà 8, il cui valore complessivamente è di 50 milioni di euro.

È chiaro che adesso gli immobili vanno messi a reddito (tramite vendita o realizzazione di interventi che portino risorse economiche al Comune) affinché generino liquidità da destinare al settore socio-assistenziale del Comune. La ventilata idea di realizzare nel complesso di corso Principe Eugenio un giardino pubblico o una casa delle associazioni (con prevedibili canoni di locazione degli immobili calmierati se non addirittura azzerati) non è percorribile, pena il far diventare il complesso immobiliare un generatore di passività, anziché un'opportunità con la valorizzazione degli immobili del centro e di quelli situati a pochi minuti di distanza a piedi dalla stazione di Porta Susa. Se necessario, l'area potrebbe essere interessata da una variante urbanistica per renderla più adatta ad insediare attività che generino guadagni per il Comune.

Rimane pertanto necessario vigilare: a) sul riutilizzo e la destinazione d'uso dell'area e b) sulla destinazione dei redditi generati al settore socio-assistenziale della Città, quindi per la loro destinazione ai poveri, così come previsto dalle leggi nazionali.

Per questo resta valida la richiesta, più volte reiterata dal Csa e mai esaudita dal Comune nonostante fosse contenuta in una delibera di Consiglio comunale del 26 settembre 1995 di fornire nel dettaglio i dati degli introiti derivanti da patrimoni ex Ipab, cui dal 2017 si aggiunge il Buon Pastore.

Inoltre, va ricordato che medesimo iter dell'Istituto di corso Principe Eugenio – estinzione da parte della Regione Piemonte, alienazione dei patrimoni e dei redditi da essi generati al Comune di Torino con vincolo di destinazione ad attività socio-assistenziali – dev'essere approntato in tempi rapidissimi per altre tre Ipab cittadine che non svolgono più in alcun modo attività destinate ai poveri, ma asseriscono di svolgere generiche attività «*sociali*», con tutta la generalità che questo termine contiene: l'Opera Munifica Istruzione, l'Educatario della Provvidenza e l'Opera Pia Cerruti Ambrosio i cui patrimoni valgono più di 150 milioni di euro.

La sede dell'ex Ipab "Buon Pastore" si trova nell'isolato tra corso Principe Eugenio, via Moris e corso Regina Margherita a Torino. Dispone di ingenti proprietà immobiliari anche in via Santa Chiara e via Monte di Pietà. Tutti patrimoni che devono essere ora destinati ai poveri dal Comune di Torino



DISEGNO DI LEGGE REGIONALE SULLE IPAB: PRIVATIZZAZIONI SELVAGGE O AZIENDE PARTECIPATE MANGIASOLDI. IN BALLO CI SONO MILIARDI DI PATRIMONI E LIQUIDITÀ. A RISCHIO IL VINCOLO DELLE RISORSE PER I POVERI

Il Consiglio regionale ha riavviato negli ultimi mesi del 2016 l'esame della proposta di legge n. 193, "Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza" presentata dalla Giunta regionale. Si tratta della proposta di legge relativa al sistema delle Ipab, un provvedimento che, qualora approvato, sarebbe estremamente dannoso per l'ingente sottrazione di denaro (patrimoni e reddito da essi generato) delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza dalla loro destinazione, sancita per legge, a sostegno delle fasce più povere della popolazione.

I motivi della forte negatività della proposta – ripresi di seguito più nel dettaglio – erano stati esposti dal Csa in una lettera inviata alla Regione l'8 febbraio 2016, alla quale si è aggiunta il 9 dicembre la richiesta di archiviazione immediata del provvedimento⁵.

«È deplorabile – è scritto nell'appello – che la Giunta regionale intenda utilizzare i consistenti beni mobiliari e soprattutto immobiliari delle Ipab (il cui valore può essere stimato in 4-5 miliardi di euro!) che, in base alla legge 6972/1890, devono obbligatoriamente essere destinati ai poveri, allo scopo di creare nuove megastrutture clientelari e mangiasoldi, le ipotizzate Aziende pubbliche di servizi alla persona (ad esempio Rsa, Residenze sanitarie assistenziali) o per regalare i beni a Fondazioni o a Associazioni private.

Al riguardo ricordiamo che la gestione pubblica da parte dell'Ipab "Opera Pia Lotteri" di Torino di una Rsa ha creato in 12 anni di attività un passivo di ben 17 milioni di euro. A nostro avviso le Ipab dovrebbero essere estinte trasferendo i beni ai Comuni, con l'obbligo di destinarli, insieme ai relativi redditi, al settore dell'assistenza sociale e quindi alle fasce più deboli della popolazione».

Il disegno di legge n. 193 "Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", predisposto dalla Giunta regionale il 30 dicembre 2015, riguarda quasi 300 Ipab piemontesi, i cui patrimoni immobiliari e mobiliari ammontano a diversi miliardi di euro.

Queste le allarmanti caratteristiche del provvedimento stigmatizzate dal Csa a inizio 2016:

- attribuzione alla Giunta regionale di tutti i poteri occorrenti per trasformare le Ipab in Aziende pubbliche di servizi alla persona (in concreto in ulteriori carrozzoni burocratici mangiasoldi) o in fondazioni o associazioni di diritto privato con

⁵ Le due comunicazioni sono state inviate a Mauro Laus, Presidente del Consiglio regionale del Piemonte; Nino Boeti, Vicepresidente del Consiglio regionale del Piemonte; Daniela Ruffino, Vicepresidente del Consiglio regionale del Piemonte; Sergio Chiamparino, Presidente della Giunta della Regione Piemonte; Aldo Reschigna, Vicepresidente della Giunta della Regione Piemonte; Augusto Ferrari, Assessore regionale alle politiche sociali della Regione Piemonte; Antonio Saitta, Assessore regionale alla sanità della Regione Piemonte; Presidenti e Componenti delle Commissioni sanità e assistenza della Regione Piemonte e del Comune di Torino; Andrea Ballarè e Elide Tisi, Presidente e Vicepresidente Anci Piemonte; Presidenti e Direttori degli Enti gestori delle attività socio-assistenziali del Piemonte.

l'assegnazione a titolo gratuito dei relativi patrimoni e la conseguente sottrazione ai poveri di questi beni⁶;

- è praticamente omessa la possibilità della destinazione gratuita ai Comuni dei relevantissimi patrimoni delle Ipab inattive, a volte anche da numerosi anni. Al riguardo si ricorda che le leggi vigenti prevedono, con formalità assai semplici e veloci, l'estinzione delle Ipab inattive e di quelle che non svolgono i compiti previsti dalle tavole di fondazione o dagli statuti, con il trasferimento ai Comuni dei relativi patrimoni immobiliari e mobiliari e dell'eventuale personale in servizio. Da sottolineare che la possibilità dell'estinzione delle Ipab non è nemmeno inserita tra gli obiettivi indicati nella relazione allegata al disegno di legge n. 193.

A Torino non svolgono da anni, come più volte è stato segnalato da questo Coordinamento ai Presidenti della Regione Piemonte e ai Sindaci che si sono succeduti negli ultimi decenni, le Ipab "Munifica Istruzione" ed "Educatario della Provvidenza", i cui singoli patrimoni ammontano ad oltre 50 milioni di euro.

Anche l'Ipab Cerruti Ambrosio di Torino non svolge da anni alcuna attività socio-assistenziale a favore dei poveri anche se ha messo a disposizione del Comune di Torino una parte degli alloggi di proprietà.

Con queste premesse il Csa aveva richiesto prima la sospensione della discussione, poi l'archiviazione della pessima proposta di legge. La prima richiesta era condizionata all'esame della situazione delle Ipab in Piemonte previa presentazione da parte della Giunta regionale della situazione di ciascuna delle Ipab esistenti, ferma restando la possibilità (a nostro avviso il dovere) di estinguere quelle inattive con il trasferimento ai Comuni dei relativi beni e del personale in servizio.

Dall'esame dei dati raccolti dalla Giunta regionale, mai prodotti, sarebbe stato possibile valutare con cognizione di causa le iniziative da intraprendere. Inoltre il Csa riteneva e ritiene doveroso che gli eventuali dati raccolti dalla Giunta regionale fossero (e siano, qualora prodotto) sottoposti all'esame consultivo/collaborativo delle organizzazioni sociali e delle associazioni della Regione Piemonte e dei territori interessati.

www.fondazionepromozionesociale.it

⁶ Si ricorda che, ai sensi della legge 6972/1890, i patrimoni ed i relativi redditi delle Ipab devono essere assegnati esclusivamente a favore delle persone e dei nuclei familiari in gravi condizioni economiche, e che i beni immobiliari e mobiliari non possono per nessuna ragione essere utilizzati per le spese di gestione.

PATTO TRA LE GENERAZIONI: «I GIOVANI CRESCANO CON LA CULTURA DEI DIRITTI E TUTELINO LE ESIGENZE DEGLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI»

In occasione dell'appuntamento del 19 novembre dell'Agorà del sociale della diocesi di Torino, dedicato espressamente ai giovani, la Presidente della Fondazione promozione sociale onlus, Maria Grazia Breda, ha inviato all'Arcivescovo di Torino, mons. Cesare Nosiglia, e ai partecipanti all'incontro la lettera aperta che segue, distribuita anche pubblicamente prima dell'assemblea.

«Nell'imminenza della nuova importante tappa del cammino pluriennale dell'Agorà del sociale del 19 novembre prossimo, dedicata in particolare ai giovani, vorrei condividere con Lei e con i partecipanti all'incontro alcune riflessioni da un osservatorio e un campo di azione che possono parere distanti e che invece non lo sono affatto: quello della promozione del diritto alla salute e alle cure sanitarie, in particolare degli anziani malati cronici non autosufficienti, coloro che non sono più capaci di difendersi da sé (ma che una volta – nemmeno troppo tempo fa – erano autosufficienti come noi) .

Come e perché coinvolgere i giovani su questo tema? Cosa vuol dire solidarietà intergenerazionale? Così come si sta lodevolmente cercando di sostenere i giovani per il loro diritto ad un futuro, è altrettanto necessario, a mio avviso, trasmettere loro l'importanza di difendere il loro diritto alla salute, tanto più che oggi il Servizio sanitario nazionale molto spesso arretra e “scarica” oneri e costi delle cure sui singoli e sulle famiglie, laddove le persone sono ignare dei loro diritti.

Veniamo quotidianamente a contatto con famiglie costrette ad affrontare, spesso in totale solitudine e abbandono da parte dei servizi sanitari e socio-sanitari, l'immediata necessità di cure che richiede la situazione di un loro congiunto anziano e malato, diventato non autosufficiente. Le stesse famiglie vivono situazioni poste dai figli che chiedono aiuto e sostegno economico: per proseguire gli studi, per avviare un'impresa, per “sopravvivere” in caso di disoccupazione, licenziamento o lavoro mal pagato. Spesso nasce in queste realtà il drammatico dilemma: sostenere costi rilevanti per assicurare cure adeguate al familiare malato, oppure dedicare le risorse al futuro del giovane figlio?

Nel documento d'inizio del cammino dell'Agorà Lei sottolineava *«sono i giovani i protagonisti della nostra speranza: con loro dobbiamo fondare un “patto” fra le generazioni, con un obiettivo condiviso di crescita e di cittadinanza. La vera vittoria sulla crisi non consiste nel tornare al passato: si tratta, invece, di trovare il modo di “non perdere” nessun cittadino, offrendo le opportunità che ciascuno saprà cogliere»*. Per “non perdere nessuno” credo che sia necessario trasmettere ai nostri giovani la consapevolezza che, se non si muoveranno per tempo, ricadranno su di loro le conseguenze del futuro probabile da anziani malati non autosufficienti dei loro nonni, prima e dei loro genitori, poi.

Abbiamo bisogno di giovani che vedano oltre il loro presente e sappiano costruire il loro futuro anche da vecchi, non solo economicamente, ma anche con la consapevolezza che garantire il diritto alla salute, che la nostra Costituzione tutela, significa garantire tutto. Come dicevano i nostri vecchi “Basta la salute, tutto il resto si aggiusta”.

Tocca ai giovani capire che i loro nonni sono non autosufficienti perché gravemente malati (e non perché “sono vecchi”) e che per questo il loro bisogno di cure è *«indifferibile»* (l'espressione è dell'Ordine dei Medici della Provincia di Torino), perché se non le ricevono possono morire in brevissimo tempo.

Tocca a loro capire che le liste d'attesa in cui finiscono gli anziani per avere cure domiciliari, oppure un centro diurno perché malati di Alzheimer, o un posto letto in convenzione in una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa), sono liste illegittime e crudeli che negano le cure, che abbandonano i malati, senza la garanzia delle prestazioni.

Dietro questi comportamenti che generano discriminazione agisce la logica dello «scarto», più volte denunciata da Papa Francesco, che vede in queste persone individui «*non degni di essere curati*» e inferiori rispetto agli altri malati. Chi di noi accetterebbe, per esempio, come avviene invece costantemente per i malati non autosufficienti, che la presa in carico da parte della sanità venga subordinata alla valutazione dei redditi, o al fatto che abbia una famiglia amorevole attorno (tutte condizioni penalizzanti, non previste dalla legge, ma arbitrariamente applicate, per l'accesso alle cure)?

Cosa possono fare i giovani? Collegarsi con chi è in grado di dare loro gli strumenti adeguati per tutelare la salute e il diritto alle cure e utilizzare semplicemente quanto prevede la normativa vigente: la possibilità di chiedere la continuità delle cure dopo un ricovero ospedaliero e la presa in carico dell'Asl, senza entrare in lista d'attesa. Bastano pochi, semplici gesti: quattro lettere raccomandate di richiesta di continuità delle cure e opposizione alle dimissioni per coloro che sono ricoverati in ospedali o case di cura; le comunicazioni formali alle Asl con istanza di cure non rinviabili, accompagnate da relazioni mediche.

Impegnarsi perché chi ci governa, a tutti i livelli, assicuri un contributo ai familiari che si fanno carico al domicilio di un loro congiunto malato, non autosufficiente, con disabilità così come viene garantito se lo stesso fosse ricoverato, ma con enormi vantaggi per la qualità della vita della persona e risparmi considerevoli per la sanità, se invece rimane a casa sua.

Chi meglio dei giovani può intervenire su questo tema e informare – anche sfruttando la capillarità dei sistemi di comunicazione digitali sui quali si trovano a loro agio – sui diritti dei cittadini, in specifico malati, cioè sulle garanzie che abbiamo tutti, che abbiamo pagato e delle quali un giorno potremo anche noi avere bisogno?

Purtroppo dobbiamo sinceramente constatare che le organizzazioni cattoliche, pur molto presenti e radicate, molto spesso non fanno in questo senso informazione scritta, divulgabile, sulla tutela delle esigenze degli anziani non autosufficienti e non operano per la difesa dei casi singoli. Invece, il Volontariato avrebbe qui un campo d'azione nel quale essere di straordinario aiuto, non di sostituzione delle carenze pubbliche, bensì di miglioramento della qualità della vita dei cittadini che si trovano di fronte alla malattia, dei loro parenti e, in definitiva, dei servizi in generale.

«*I servizi sanitari – scriveva Lei nel messaggio di apertura dell'Agorà – non sono “assistenza”, così come non si può scambiare la solidarietà sociale con le scelte di riduzione dei costi (che vanno invece realizzate attraverso precisi miglioramenti della burocrazia in ogni ambito)*». Sottoscriviamo in *toto* e rilanciamo. La verità che abbiamo davanti è quella della malattia e della negazione dell'elementare diritto umano alle cure sanitarie dei malati inguaribili, ma sempre curabili. La Carità che prende atto di questa situazione è chiamata ad operare – anche e soprattutto attraverso i giovani, nostro presente e nostro futuro – per la giustizia e per il riconoscimento delle esigenze fondamentali del nostro prossimo malato.

INFORMAZIONI ERRATE, PRESSIONI, MINACCE: ADESSO BASTA. LE CASE DI CURA DEVONO RISPETTARE ESIGENZE E DIRITTI DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Continuano le segnalazioni degli utenti che si rivolgono al Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti gestito dalla Fondazione promozione sociale (188 casi seguiti nel quarto trimestre del 2016 per le pratiche di opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica) sulle fuorvianti segnalazioni ricevute dal personale di numerose Case di cura private convenzionate riguardo i ricoveri dei propri parenti anziani malati cronici non autosufficienti. A fronte di situazioni di non autosufficienza conclamata – e quindi in tutti i casi di necessaria indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie – la presa in carico del paziente deve proseguire per legge, con la continuazione della permanenza in struttura sanitaria o il trasferimento da parte dell'Asl di residenza del paziente in una struttura socio-sanitaria residenziale in cui la metà della retta sia coperta dal Servizio sanitario regionale.

Anche le Case di cura private convenzionate devono quindi rispettare le leggi vigenti e garantire l'indifferibile continuità terapeutica agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza.

Occorre che tutti ricordino che in base all'articolo 2 della legge 833/1978 il Servizio sanitario nazionale deve assicurare *«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quale ne siano le cause la fenomenologia e la durata»* e deve anche provvedere *«alla tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»*.

Pertanto tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e tutte le persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza ricoverati nelle Case di cura dalle Asl hanno il pieno e incontestabile diritto alla continuità terapeutica.

Pertanto, alla scadenza del periodo in cui le Asl non versano più alle Case di cura l'intera retta e ne riducono l'importo, le stesse Case di cura devono rispettare le esigenze indifferibili ed i diritti degli infermi non autosufficienti e richiedere alle Asl di competenza di assumere le iniziative necessarie per garantire l'indispensabile continuità terapeutica attraverso prestazioni socio-sanitarie domiciliari, se i congiunti o terze persone sono idonei e volontariamente disponibili e le Asl rimborsano – se del caso in misura forfettaria – le spese vive da essi sostenute, oppure, nei casi di impraticabilità delle cure domiciliari, con la prosecuzione della degenza se necessario presso ospedali o in centri per la riabilitazione oppure in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali.

Anche le case di cura devono rispettare l'articolo 23 della Costituzione (*«Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»*) e tener presente che mai il Parlamento ha approvato norme per attribuire ai familiari delle persone malate i compiti assegnati al Servizio sanitario dalla legge 833/1978 e dai Lea,

livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001) le cui norme sono cogenti ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002, come evidenziato anche dalla sentenza della Corte costituzionale n. 36/2013.

Il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) e la Fondazione promozione sociale onlus chiedono ai responsabili ed agli operatori delle Case di cura di informare correttamente i parenti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza in merito ai diritti dei ricoverati.

In ogni caso come succede da molti anni le dimissioni dalle case di cura private dei malati sopra indicati possono essere bloccate con l'invio di quattro raccomandate a/r ottenendo sempre la continuità terapeutica.

Al riguardo è necessario, per potersi difendere con piena efficacia, consultare il sito: www.fondazionepromozionesociale.it, o telefonare al numero 011.812.44.69 (si riceve solo su appuntamento).

RICOVERATA IN RSA, MALATA DI ALZHEIMER MUORE DI FREDDO IN UN TORRENTE

Una donna di 78 anni, torinese, malata di Alzheimer e degente in una Rsa di Tonengo d'Asti, si è allontanata dalla struttura, si è persa ed è stata trovata senza vita il giorno successivo, morta per assideramento in un torrente. *«L'episodio – ha riportato il sito internet “Quotidiano piemontese” – è avvenuto il 17 dicembre, quando la signora si è allontanata dalla casa di riposo con indosso solo un golfino. Il giorno dopo il suo corpo è stato trovato senza vita in un torrente alla periferia della città. La famiglia ha presentato un esposto e la procura ha aperto un'inchiesta per capire come sia stato possibile per la donna allontanarsi nonostante avesse il braccialetto elettronico per segnalare la sua posizione».*

Com'è possibile che tale fatto sia accaduto, determinando una morte così atroce per una persona con indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie? Nessun operatore della struttura ha visto la donna allontanarsi? Solo il giorno dopo è stato ritrovato il corpo senza vita della malata. Il quotidiano “la Repubblica” ha riportato le parole della figlia della malata che ha presentato un esposto alla procura di Asti per far luce sull'accaduto. *«Il Pubblico ministero accerti come mia mamma, malata di Alzheimer, si sia potuta allontanare dalla casa di riposo, pur avendo il braccialetto elettronico».*

MEDICI: DOPO I SINDACATI, ANCHE L'ORDINE DELLA PROVINCIA DI TORINO CONTRO LA DELIBERA "RSA APERTE" DELLA GIUNTA DELLA REGIONE PIEMONTE

Dopo l'importante e positivo documento del 13 settembre 2016 dei Sindacati medici Fimmg, Snami e Smi, anche l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino prende posizione contro la negativa delibera 34 della Giunta regionale del Piemonte sulle "Rsa aperte". Qui di seguito il documento approvato dal Consiglio dell'Ordine in data 21 novembre 2016 e inviato all'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte.

Premessa

L'aumento progressivo dell'aspettativa di vita è un dato ampiamente noto e discusso così come l'incremento del numero delle persone non autosufficienti a causa di patologie correlate all'età è stato inoltre più volte evidenziato come i nuclei familiari siano sempre più spesso costituiti da una o due persone di età progressivamente più avanzata nell'ambito di una programmazione degli interventi sanitari e socio-sanitari si deve tenere conto di questa realtà che richiede risposta è sempre più flessibili complesse multi-professionali e soprattutto sollecito evitando di lasciare prive di risposta situazioni in cui le necessità assistenziali benché di bassa intensità dipendano dalla presenza di una malattia cronica invalidante inoltre come già. Rizzato da un documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici del 21 marzo 2016 il Servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti agli altri malati e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg (Unità di valutazione geriatrica) il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti ma non può negare le cure come di fatto succede dopo la delibera di Giunta regionale numero 14 del 2013 che ha definito i criteri di priorità di accesso alle cure creando una vera e propria disparità di trattamento nei confronti di questi malati preventiva valutazione del Luigi per l'accesso alle prestazioni di infermi con esigenze sanitarie indifferibili accertamento delle condizioni sociali ed economiche eccetera rispetto agli altri cittadini sofferenti a causa di patologie identiche o assimilabili in quanto si configurerebbe una la discriminazione.

Si ricorda che:

- spetta al Servizio sanitario nazionale assicurare la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause la fenomenologia e la durata (833 1978);
- l'attività sanitaria e socio-sanitaria favore degli anziani non autosufficienti è elencata fra i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001);
- il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure (articolo 23 del Codice deontologico).

Il contesto

La delibera di Giunta regionale numero 18 del 2015 (Pianificazione economico finanziaria e definizione delle regole del Sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dell'esercizio 2015) proponeva un modello organizzativo articolato fra prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Introduceva inoltre la possibilità per il cittadino di usufruire di pacchetti di prestazioni fornite dalle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, al domicilio.

La delibera di Giunta regionale n. 34-3309 del 2016 (Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progettazione residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell' Uvg), nota anche come "progetto Rsa aperte", non è che la parziale attuazione della precedente delibera.

Secondo il Consiglio direttivo di questo Ordine dei Medici la delibera in oggetto risponde in maniera estremamente limitata alle necessità di cura delle persone anziane affette da malattie croniche invalidanti e solleva varie perplessità a partire dal titolo stesso della delibera: "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale". Da questa commissione domiciliare/residenziale nascono a nostro parere molte criticità e dubbi interpretativi.

Osservazioni

1. Le persone che possono usufruire del "progetto Rsa aperta" sono coloro per cui le Uvg competenti hanno valutato come adeguato un progetto residenziale. Il momento dell'inserimento in struttura in genere avviene dopo diversi mesi dalla valutazione. Giunto comunque il momento dell'effettivo inserimento in strutture, la Commissione Uvg potrebbe proporre un periodo magari temporaneo in cui la Rsa prescelta esporta alcune prestazioni (assistenza tutelare infermieristica, interventi di riattivazione psicofisica, consulenze specialistiche) fornite da personale proprio, presso il domicilio dell'interessato.

Questa è una prima criticità, il Gruppo di lavoro concorda sulla indispensabilità e indifferibilità delle cure di cui necessita questa categoria di malati e che non sia accettabile che dopo la valutazione e predisposizione del progetto assistenziale da parte dell'Uvg vengano collocati in "lista d'attesa".

È bene ricordare le discutibili modalità di attribuzione e la tempistica di attivazione dei progetti proposti dalle Commissioni Uvg come sancito dalla delibera di Giunta regionale numero 14 del 2013:

- il progetto residenziale è attivabile con grado di priorità urgente (tre mesi dalla data della Commissione e sei mesi dalla data della domanda) se il punteggio conseguito è pari o

superiore a 24/28 o in casi di alta complessità sanitaria e/o sociale o di gravissimo disagio sociale e/o socio-economico;

- in tutti i restanti casi in progetto residenziale attivabile entro 12 mesi o in base a quanto emerge da successivi monitoraggi predisposti a discrezione delle Uvg;

- considerando le modalità di attribuzione del punteggio sanitario, delibera di Giunta regionale n. 69 del 2010, a un punteggio elevato corrisponde una grave perdita di autosufficienza causata da una patologia cronica invalidante. Se invece è il punteggio sociale a essere preponderante la situazione è presumibilmente caratterizzata da assenza di rete sociale e familiare e da condizioni abitative ed economiche disagiate.

2. Altro punto critico è rappresentato dal fatto che le prestazioni previste dal progetto “Rsa aperta” non sono per nulla assimilabili a quelle erogate nei confronti delle persone degenti in Rsa e soprattutto non sono sufficienti a coprire il fabbisogno (gli interventi domiciliari previsti dalla delibera in oggetto possono arrivare a coprire 20-30 ore al mese di presenza personale).

Dall'analisi di quanto espresso è evidente come il “progetto Rsa aperta” non possa rappresentare una risposta efficace per i casi che hanno un grado di priorità di urgenza, se non in situazioni estremamente selezionate. Per i restanti casi il progetto proposto dalla Uvg sarà attivabile a distanza di 12 mesi o richiederà monitoraggi successivi e sarà estremamente difficoltoso considerando la tipologia della popolazione composta da persone affette da patologie croniche invalidanti, ipotizzare se una Rsa aperta sarà un progetto proponibile.

Si ricorda che per poter usufruire del progetto “Rsa aperta” è necessario l'inserimento in un elenco per progetto residenziale, quindi se la Commissione Uvg valutando una specifica situazione avesse ritenuto adeguato un progetto domiciliare la persona sarebbe stata inserita in graduatoria per domiciliarità e non avrà la possibilità di usufruire di tale progetto.

È vero che gli interventi sanitari e socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana malata e non autosufficiente devono essere caratterizzati da un certo grado di flessibilità. Nel progetto “Rsa aperta” tuttavia la flessibilità è solo apparente in quanto costi e rendicontazione ricadono unicamente sulla residenzialità. Poiché la lista di attesa per domiciliarità Uvg è diversificata dall'elenco per residenzialità, e vige l'incompatibilità fra le due diverse progettualità, non è possibile né per il cittadino né per le Commissioni Uvg transitare in modo fluido e continuo dall'una all'altra.

3. Un altro problema che nasce dalla confusione fra Rsa e domicilio è rappresentato dal ruolo del Medico di medicina generale che diviene secondario rispetto a quello dell'equipe che prende in carico la persona. Non viene inoltre esplicitamente chiarito se sia possibile il mantenimento del Medico di medicina generale precedente alla presa in carico, cosa auspicabile essendo ancora il cittadino al proprio domicilio, oppure se intervenga il Medico di medicina generale convenzionato con la Rsa come da delibera di Giunta regionale n. 47

del 1998. Il Medico di medicina generale è il responsabile unico in riferimento alla tutela della salute del cittadino in ambito extraospedaliero, ma nella delibera in oggetto il ruolo del Medico di medicina generale è marginale e di fatto gli vengono sottratte competenze di fondamentale importanza nei confronti dell'assistito che lo ha liberamente scelto.

4. Estremamente discutibile ci sembra il ruolo del “Care manager” individuato fra i componenti dell'equipe fornito dalla Rsa (fisioterapista, logopedista, infermiere professionale, assistente sociale, psicologo oppure Oss) che *«funge da punto di riferimento per l'anziano non autosufficiente per la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico agevolando monitorando e coordinando il percorso assistenziale assicurandone così la continuità al fine di **garantire la risposta sanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete coerente con il progetto definito dall'Uvg**»*. Se ne deduce che il compito di garantire le risposte assistenziali e sanitarie è del “Care manager”, dichiaratamente non un medico, che valuterebbe anche l'eventuale necessità di intervento di un medico specialista, fornito della Rsa stessa, con conseguente incremento del valore del progetto assistenziale individuale. Si ricorda che all'interno della Rsa le consulenze specialistiche sono di norma fornite da medici specialisti convenzionati o dipendenti del Servizio sanitario regionale su richiesta del medico di medicina generale. Questa apparentemente diversa modalità operativa che porta la privatizzazione di un servizio sanitario ci sembra estremamente discutibile.

5. Una ulteriore perplessità nasce dalla dichiarata possibilità di attivare Cure domiciliari sanitarie nell'ambito del “progetto Rsa aperta”. Questa possibilità è preclusa, di norma, all'interno di un Rsa. In questo modo si contribuisce ulteriormente a mantenere la confusione fra tipologia di cura domiciliare o residenziale. Non è minimamente chiarito in quali situazioni siano da attivare le Cure domiciliari sanitarie, e sia che siano pertanto ritenute insufficienti o inadeguate le prestazioni infermieristiche, tutelari o riabilitative fornito dalla Rsa, e neppure è chiarito chi decida a tale intervento o come avvenga il coordinamento fra figure professionali analoghe (es. infermieri professionali), di diversa provenienza.

A conclusione dell'analisi della delibera di Giunta regionale n. 34/2016 si ritiene che il contributo di tale delibera alla riorganizzazione dei servizi offerti dal Servizio sanitario regionale al fine di “aumentare l'efficienza e la corretta gestione delle risorse umane ed economiche” sia estremamente limitato si individua piuttosto il rischio di una privatizzazione di alcuni Servizi sanitari visite specialistiche in assenza di benefici per il cittadino o per il servizio sanitario regionale si ribadisce invece l'assoluta necessità di una reale regolamentazione e attuazione delle prestazioni domiciliari lunga assistenza così come definite dalla legge regionale n. 10 del febbraio 2010, con adeguamento delle proposte alle reali necessità territoriali legati all'incremento costante della popolazione che necessita di tale tipologia di cura.

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICHE: STRUMENTI DI SELEZIONE DEI MALATI E NEGAZIONE DELLE CURE. NUOVO APPELLO DEL CSA

È ormai drammaticamente chiaro che le Unità di valutazione geriatrica (in altre Regioni chiamate Unità di valutazione multidimensionale o denominazioni analoghe) svolgono di fatto il compito di selezionatori degli utenti non autosufficienti (unici tra tutti i malati) e di negazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie nei loro confronti tramite liste di attesa (meglio sarebbe dire di abbandono). Si tratta di un evidente paradosso che i più malati fra i malati – persone colpite da demenza senile, malattia di Alzheimer, anziani malati cronici che per la gravità delle loro patologie hanno perso la loro autosufficienza – vengano selezionati e giudicati non abbastanza malati per accedere alle cure! Le Unità di valutazione geriatriche svolgono oggi compiti e funzioni illegittime, poiché non definite da alcuna legge vigente, ed anzi in contrasto con le norme che disciplinano il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, tenuto a fornire la diagnosi e la cura di tutte le malattie, senza limiti di durata. La dimostrazione dell'operato illegittimo delle Unità di valutazione geriatriche si esprime nel fatto che, a fronte dell'importante presa di posizione dell'Ordine dei Medici della Provincia di Torino sull'indifferibilità (quindi assoluta non rinviabilità) delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e di tutte le persone con la malattia di Alzheimer o altre analoghe forme di demenza, nulla di tutto ciò venga segnalato dalle Unità di valutazione. L'Ordine dei Medici, crediamo, dovrebbe intervenire tempestivamente su questo, anche con segnalazione all'Assessorato alla sanità della Regione Piemonte poiché l'operato delle Unità valutative ha ricadute immediate e nefaste sullo stato di salute dei malati.

«Com'è purtroppo noto – è stato scritto in proposito dal Csa il 2 dicembre⁷ richiedendo urgenti interventi contro la negazione delle cure, anche responsabile di estesi casi di povertà – le Unità valutative geriatriche si limitano ad individuare il livello di gravità delle prestazioni da fornire ai sopracitati infermi, omettendo – aspetto di assoluta gravità – di prendere in considerazione la tempistica degli interventi. Al riguardo si ricorda ancora una volta che, come risulta dal documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015, viene evidenziato 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».

Ciò premesso, nello stesso sopra richiamato documento l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia aveva chiesto «agli Organi istituzionali della Regione Piemonte di predisporre urgenti provvedimenti per assicurare concretamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle

⁷ La lettera è stata inviata ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale del Piemonte, all'Assessore alla sanità della Regione Piemonte, al Presidente e Componenti della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte, ai Direttori generali delle Asl del Piemonte, ai Presidenti e Componenti delle Unità valutative geriatriche, al Sindaco del Comune di Torino, ai Presidenti e Direttori degli Enti gestori delle attività socio-assistenziali del Piemonte, al Presidente dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia e al Difensore civico della Regione Piemonte

persone con demenza senile le necessarie prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e per l'abbattimento delle liste di attesa riguardanti le prestazioni domiciliari e residenziali» nonché «di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per i quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza negli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg». *Con riferimento alla delibera della Giunta della Regione Piemonte n.18/2015 nell'editoriale del numero 4, 2016 di "Torino medica", rivista del sopracitato Ordine dei Medici, le liste di attesa sono definite una «vera piaga e vergogna di ogni servizio pubblico».*

È passato un anno: altre centinaia di anziani malati cronici e persone con demenza senile sono state inserite in liste di attesa, non solo illegittime, ma anche profondamente disumane, nonché in netto contrasto con le basi deontologiche degli operatori sanitari e sociali. Si tratta di giustificare l'inserimento nelle incivili liste di attesa con riferimento alla sentenza n. 604/2014, omettendo però di tener conto che il Consiglio di Stato ha evidenziato che la normativa della Regione Piemonte e quella nazionale «consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata nel caso concreto come la più appropriata tra quelle che possono essere offerte dalla rete dei servizi socio-sanitari», con la precisazione che «occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica alle richieste avanzate dagli interessati di accedere a una struttura residenziale e più in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti, siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai Livelli essenziali di assistenza».

Poiché è ovvio che l'inserimento in lista di attesa di infermi aventi esigenze sanitarie o socio-sanitarie indifferibili compromettono «sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai Livelli essenziali di assistenza» questo Coordinamento rivolge un appello alle Autorità in indirizzo affinché vengano assicurati i necessari urgentissimi provvedimenti volti a sanare con la più celere gradualità possibile, l'attuale gravissima e disumana violazione del vigente diritto alle prestazioni residenziali.

Nello stesso tempo segnaliamo che, grazie anche se non soprattutto alle iniziative dell'Assessore Antonio Saitta, Presidente della Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni, i nuovi Lea trasferiscono, nella deprecata loro approvazione, tutte le persone non autosufficienti dal settore sanitario, le cui prestazioni devono essere fornite se necessario anche immediatamente, al comparto socio-sanitario che dovrebbe sempre intervenire previo accertamento di specifiche commissioni valutative. Inoltre è previsto che detti infermi contribuiscano al costo della degenza nella misura del 50%, con l'obbligatorio intervento economico, nei casi di impossibilità di copertura degli oneri da parte del malato, dei coniugi e dei figli conviventi o non conviventi, come stabiliscono le nuove norme relative all'Isee di cui al decreto amministrativo 159/2013: un significativo avvio concreto dell'eugenetica sociale di triste memoria.

L'ASSOCIAZIONE GENITORI ADULTI E FANCIULLI HANDICAPPATI (AGAFH) SCRIVE ALL'ASL TO3: «SERVE UN NUOVO CENTRO DIURNO AD ORBASSANO»

Riceviamo dal Presidente dell'Agafh, Luigi Dosio, e pubblichiamo il contributo che segue, una lettera inviata dall'associazione all'Asl To3 e ai mezzi di comunicazione. In essa è presentato il problema della carenza di strutture per persone con disabilità e limitata o nulla autonomia sul territorio di Orbassano (To). Una questione che sta interessando diversi centri della prima cintura torinese e sulla quale le associazioni del Csa sono impegnate a richiedere agli enti preposti (Asl e Comuni) di realizzare – c'è modo di farlo a costo zero, con la concessione di pubblico servizio al futuro gestore della struttura – servizi semi-residenziali e residenziali per gli utenti con grave disabilità.

Entro la fine dell'anno finalmente avremo il tanto desiderato cambio di guardia della nostra Asl To3. La dottoressa Barbara Vinassa, Direttrice del distretto Orbassano dell'Asl To3, lascerà il suo posto senza nessun rimpianto da parte nostra. La nostra speranza è di avere con la nuova direzione un dialogo più costruttivo ed una maggiore attenzione sui gravi problemi della disabilità.

In un bacino di circa 96mila abitanti, il nostro Consorzio e gli utenti del territorio possono disporre di soli due centri diurni creati una trentina di anni fa in un contesto che contava la metà degli abitanti attuali. Lascia stupiti che le due istituzioni, Asl To3 e Consorzio Cidis, con le loro presunte capacità imprenditoriali dopo tre anni di lavoro con i piani di zona e dopo migliaia di ore spese per nulla non siano giunte alla conclusione che occorreva almeno un nuovo Centro diurno.

Ora, insieme ai problemi già in essere abbiamo una esplosione di casi di autismo che si presentano sempre più numerosi. Questa disabilità richiede da parte degli operatori un impegno ed una qualifica specifica molto alta e soprattutto strutture *ad hoc*. Tutti questi disagi che stiamo patendo, a mio modesto avviso, sono il frutto della mancata lungimiranza essendo venuta meno la volontà di confrontarsi e di gestire tutte le problematiche in modo adeguato per offrire un livello assistenziale degno di tale nome secondo le leggi dello Stato create per la tutela degli anziani malati e dei disabili non autosufficienti.

Tutto questo è stato possibile ed è avvenuto perché non si sono cercate soluzioni innovative, risparmi sui materiali, evitati sprechi nelle procedure all'interno dell'Asl, ma come sempre negando ad anziani malati e disabili quei servizi sacrosanti stabiliti anche dalle leggi. Tutto questo è da attribuire a una cattiva gestione manageriale? Oppure ad una cattiva politica, che spesso persegue altri obiettivi? O a tutte e due le cose? Di certo tutto ciò ha portato rabbia e dolore in tutte le famiglie interessate che si sono sentite defraudate dei loro diritti ed abbandonate dalle istituzioni. La colpa di tutta questa situazione comunque va addebitata anche al nostro Consorzio, che in particolari situazioni non si è imposto con fermezza dovuta verso la direttrice del distretto dell'Asl To3 per richiamarla ai suoi impegni e doveri.

Il mio auspicio è che il nuovo direttore affronti questi problemi sempre nel rispetto delle leggi vigenti. Spero vivamente di avere con la nuova direzione un confronto leale costruttivo per la nostra Associazione ed evitare situazioni incresciose per poter vedere riconosciuti i nostri diritti. Avrei voluto accomiatarmi con l'attuale direttrice in modo diverso ma penso che se lo avessi fatto non sarei stato onesto con me stesso e sarei venuto meno ai miei doveri nei confronti dell'Associazione che ho l'onore di rappresentare.

Luigi Dosio, Presidente Agafh

UTIM - Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva

ISCRITTA NEL REGISTRO DEL VOLONTARIATO DELLA REGIONE PIEMONTE CON D.P.G.R. 30 MARZO 1994 N. 1223/94

E NEL REGISTRO DELLE ASSOCIAZIONI DEL COMUNE DI TORINO CON DELIBERAZIONE DI GIUNTA 23 GENNAIO 1997 N. 97 261/01

Via Artisti 36, 10124 Torino, tel. 011/88.94.84, fax 011/81.51.189

www.utimdirittihandicap.it e-mail: utim@utimdirittihandicap.it – Ccp 21980107 - C.F. 97549820013

PROVIDENZE ECONOMICHE PER INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDI: IMPORTI E LIMITI REDDITUALI PER IL 2017

L'Inps con Circolare del 17 gennaio 2017 n. 8, ha adeguato le perequazioni automatiche da attribuire alle pensioni civili ed alle indennità in base alle indicazioni del Decreto, emanato dal Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il 17 novembre 2016.

Queste risultano dunque fissate nella misura dello 0,0 per cento per l'aumento delle pensioni, in via definitiva, per l'anno 2016.

Per l'anno 2017 l'aumento da attribuire alle pensioni ed ai limiti di reddito, in via previsionale, è stato indicato nella misura dello 0,0 per cento, mentre l'aumento delle indennità è stato fissato all'1,37 per cento.

Nella tabella che segue riportiamo gli importi previsionali per il 2017 mensili, in euro, comparati con quelli definitivi dell'anno 2016.

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
	2017	2016	2017	2016
Pensione ciechi civili assoluti	302,23	302,23	16.532,10	16.532,10
Pensioni ciechi civili assoluti (se ricoverati)	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Pensione ciechi civili parziali	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Pensione invalidi civili totali	279,47*	279,47*	16.532,10	16.532,10
Pensione sordi	279,47	279,47	16.532,10	16.532,10
Assegno mensile invalidi civili parziali	279,47	279,47	4.800,38	4.800,38
Indennità mensile frequenza minori	279,47	279,47	4.800,38	4.800,38
Indennità accompagnamento ciechi civili assoluti	911,53	899,38	Nessuno	Nessuno
Indennità accompagnamento invalidi civili totali	515,43	512,34	Nessuno	Nessuno
Indennità comunicazione sordi	255,79	254,39	Nessuno	Nessuno
Indennità speciale ciechi ventesimisti	208,83	206,59	Nessuno	Nessuno
Lavoratori con drepanocitosi o talassemia major	501,89	501,89	Nessuno	Nessuno

(*) Se spettanti si aggiungono 10,33 euro relativi alla maggiorazione introdotta dalla legge 388/2000.

AVVISI

RINNOVO O ISCRIZIONE ALL'UTIM PER IL 2017 - La quota associativa è di euro 35,00 e comprende l'abbonamento al notiziario Controcittà, che informa sulle tematiche assistenziali e sanitarie.

È importante il rinnovo o l'iscrizione all'associazione perché è un modo concreto per sostenere moralmente ed economicamente l'impegno per l'attuazione dei diritti delle persone con handicap intellettuale e di tutte quelle non autosufficienti.

- Chi intende iscriversi tramite conto corrente può usufruire dei moduli c/c già allegati a Controcittà, oppure richiedere all'Ufficio postale un modulo c/c in bianco che va così compilato: c/c n. 21980107 intestato a: Utim - Via Artisti 36 - 10124 Torino (To).

- Chi preferisce fare l'iscrizione di persona può farlo alla sede di Via Artisti 36, il martedì, giovedì o venerdì, ore 10-12 (oppure può anche venire il 2° e 4° lunedì del mese alle ore 18 quando si riunisce il Direttivo).

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'INSERIMENTO SCOLASTICO – Rivolgersi al Comitato per l'integrazione scolastica tutti i giovedì dalle ore 15 alle ore 17 tel. 011.88.94.84 oppure tramite e-mail: handicapscuola@libero.it

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'INSERIMENTO LAVORATIVO – Rivolgersi al Ggl (Gruppo genitori per il diritto al lavoro delle persone con handicap intellettuale) telefonando alla signora Emanuela Buffa al n. 011.43.60.752, oppure tramite e-mail: emanuela.buffa@tiscali.it

I SOCI CHE CAMBIANO L'INDIRIZZO O CHE IN SEGUITO ALL'ISCRIZIONE NON RICEVONO LA TESSERA O IL NOTIZIARIO "CONTROCITTÀ" SONO PREGATI DI COMUNICARLO ALL'ASSOCIAZIONE

ABBONATEVI A CONTROCITTÀ

Controcittà è un bimestrale di informazione su sanità e assistenza, portavoce dal 1976 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 (minori in situazione di abbandono o con famiglie in gravi difficoltà, handicappati intellettivi con autonomia limitata o nulla, anziani malati cronici non autosufficienti).

Per **avere** le notizie che altri media ignorano o travisano.

Per **dare** un aiuto vero al riconoscimento dei diritti dei più deboli.

Abbonamento 2017 a Controcittà: c.c.p. 25454109 intestato ad *Associazione promozione sociale*, Via Artisti 36, 10124 Torino – € 20,00 (quota ordinaria), € 25,00 (quota sostenitore).