

SOMMARIO

- Pag. 2 *Nuovi Lea: pesantissime discriminazioni a danno dei malati non autosufficienti*
- Pag. 5 *Ex Ipab: per i Comuni un'enorme opportunità di acquisire risorse. La proposta di legge regionale la vuole cancellare*
- Pag. 8 *Emergenza Pronto soccorso: smontata la favola dell'influenza, l'intasamento è frutto della negazione delle prestazioni territoriali*
- Pag. 10 *Basta! con gli espedienti delle Case di cura per dimettere gli anziani malati cronici non autosufficienti*
- Pag. 12 *Giornata del malato, appello ai partecipanti: la Regione Piemonte garantisce il diritto alle cure sanitarie domiciliari e residenziali (Lea) ai non autosufficienti*
- Pag. 14 *Importi da fame di indennità di accompagnamento e pensione di invalidità: interpellato il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella*
- Pag. 16 *Inps, pensioni da fame per i poveri ma contributi anche per i ricchi*
- Pag. 18 *Una Comunità alloggio a Collegno/Grugliasco per le persone con disabilità intellettiva grave/autismo e limitata o nulla autonomia*
- Pag. 20 *UtimInforma*

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 a:
Associazione promozione sociale, Via Artisti 36, 10124 Torino
€ **20,00** (quota ordinaria), € **25,00** (quota sostenitore).

NUOVI LEA: PESANTISSIME DISCRIMINAZIONI PER I MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Un arretramento culturale e di tutele nei confronti di tutti i cittadini (ed in special modo di quelli malati non autosufficienti). Ecco cosa contiene il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Lea del 12 gennaio 2017, pubblicato in Gazzetta ufficiale il 18 marzo.

Il nuovo documento regola e definisce le prestazioni essenziali, quelle che la sanità pubblica è obbligata a garantire a tutti i cittadini. Assicura la continuità della presa in carico per i malati, anche se il riferimento alla «valutazione multidimensionale» del paziente, lascia ampi spazi di criticità se non vere e proprie illegittimità nel momento in cui in tale valutazione dovesse entrare una componente sociale/patrimoniale come sbarramento all'accesso alle cure.

Ma il giudizio così critico in apertura sul provvedimento è motivato dal fatto che in tema di prestazioni socio-sanitarie (Capo IV del decreto) si prevede **un'estensione della sanità pubblica a pagamento** (per importi ben oltre il ticket sanitario, che vanno fino al 60% della retta di degenza) a **tutti i malati non autosufficienti, non solo agli over 65**. Si tratta di oltre due milioni di persone nel nostro Paese, colpite da patologie invalidanti gravi come (si citano qui ad esempio, non certo esaustivo) Sla, malattie neurodegenerative, malattie cardiovascolari con esiti di non autosufficienza, malattie reumatiche o dell'apparato respiratorio con esiti simili, ma anche esiti di incidenti e tumori che comportano limitazione dell'autonomia della persona. Sì, **anche i malati di cancro** che affronteranno lunghe degenze e rimarranno in condizioni di non autosufficienza comparteciperanno, in base ai nuovi Lea, al costo delle prestazioni di lungodegenza (cosiddette socio-sanitarie).

Ancora più nel dettaglio: fino all'approvazione dei nuovi Lea un quarantenne che, a causa di un incidente stradale, riportava lesioni gravi e rimaneva non autosufficiente doveva essere curato a carico della sanità per l'intero percorso di cure, senza limiti di durata. Questo era quanto stabilivano (e ancora stabiliscono, creando terreno per contenziosi) le leggi e che l'utente o un suo rappresentante poteva, in caso di negazione, rivendicare.

Con l'approvazione dei nuovi Livelli essenziali, invece, il malato sarà chiamato a sostenere, dopo i primi 30 giorni di degenza a carico del Servizio sanitario nazionale, parte del costo delle prestazioni (per un ricovero la percentuale è del 50%). Per effetto del decreto di introduzione del nuovo Isee (anch'esso diventato Livello essenziale delle prestazioni e quindi strumento che le amministrazioni devono applicare per valutare la situazione economica dell'utente) **la condizione reddituale e di patrimonio dell'assistito non verrà calcolata solo sulla base delle sue risorse, ma anche su quelle del coniuge e dei figli conviventi, con l'aggiunta di un quota calcolata su redditi e beni dei figli non conviventi.**

Si tratta del più **ampio cambio di regole** in materia di sanità avvenuto in Italia dal 1978 (cioè dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge 833, ancora in vigore). A fronte di questi **nefasti cambiamenti radicali** – che devono essere discussi e approvati (o, si spera, cancellati) da una legge e non da un semplice decreto –, le associazioni del Coordinamento sanità e assistenza di Torino e realtà di tutela dei diritti delle persone non autosufficienti di altre Regioni, stanno valutando concretamente la via del ricorso all'Autorità giudiziaria.

Indifferibilità delle prestazioni. È sconcertante che i nuovi Lea vincolino l'accesso alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali delle persone non autosufficienti alla valutazione multidimensionale dei bisogni (cfr. il comma 2 dell'articolo 21), nonostante che tutte le persone con limitatissima o nulla autonomia abbiano l'esigenza di indifferibili prestazioni sanitarie. Infatti tutti questi infermi sono destinati a morire nel giro di 5- 6 giorni se non ricevono le occorrenti 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). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (sovente 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. Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, 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, comprese le persone con patologie invalidanti e non autosufficienti, compiti attribuiti dalla legge al Servizio sanitario.

Unitarietà delle prestazioni sanitarie. Come dovrebbe essere ovvio per tutti coloro che svolgono attività sanitarie, base imprescindibile per la corretta cura delle patologie delle persone non autosufficienti dovrebbero essere:

a) l'evidente indifferibilità e indispensabilità delle prestazioni sanitarie, che dovrebbero essere fornite da tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc.) tenendo conto della fondamentale importanza del rispetto delle valenze sociali e relazionali che contribuiscono in misura rilevante all'efficacia delle prestazioni terapeutiche;

b) lo stretto e continuo collegamento degli interventi rivolti alle persone con patologie siano esse acute o croniche, soprattutto nei frequenti casi di riacutizzazioni di condizioni croniche. Al riguardo ricordiamo che nell'allegato documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015 è 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»*, situazione che riguarda tutti gli infermi non autosufficienti di qualsiasi età.

Pertanto sulla base dei basilari principi individuati nel sopra citato documento, c'è l'urgentissima necessità che i nuovi Lea non vengano attuati e che venga reintrodotta l'unitarietà delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale eliminando, in primissimo luogo la prevista differenziazione fra prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Necessità di una legge. Poiché i nuovi Lea modificano sostanzialmente la legge 833/1978 ed i Lea (articolo 54 della legge 289/2002) è certamente illegittimo il decreto in oggetto, avente esclusivamente natura amministrativa, che abroga il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (avente forza di legge in base all'articolo 54 della non citata legge 289/2002).

Reale pericolo dell'estensione degli oneri economici a carico degli utenti e delle loro famiglie. Come accennato più sopra, il decreto di definizione dei nuovi Lea dispone l'estensione del settore socio-sanitario dagli anziani malati cronici non autosufficienti a tutti gli infermi e a tutti i soggetti con disabilità grave adulti (anche ai minori?) con limitatissima o nulla autonomia pone la preoccupante questione degli oneri economici a carico di detti utenti. Al riguardo occorre tener conto che l'articolo 30 del decreto in oggetto stabilisce che i trattamenti di lungoassistenza (una volta erano correttamente denominati di lungodegenza) di cui al comma 1, lettera b) ¹ riguardanti tutte le persone non autosufficienti (e non solo più gli anziani non autosufficienti) sono a carico del Servizio sanitario nella misura del 50%, per cui è evidente che il restante 50% deve essere versato dal malato sulla base delle sue risorse (redditi e patrimoni mobiliari e immobiliari). In base al vigente Isee, nei casi in cui gli utenti non coprano la quota a loro carico può essere chiesto l'intervento economico dei coniugi e dei figli conviventi e non conviventi. Le prestazioni residenziali delle persone con disturbi mentali di cui al comma 2, lettera c), dell'articolo 33, sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40%.² I trattamenti residenziali delle persone con disabilità di cui al comma 1, lettera c), punto 1 dell'articolo 34 sono a carico del Servizio sanitario per una quota del 70% della tariffa giornaliera, mentre per le attività di cui al comma 1, lettera c) punto 2 dello stesso articolo 34 la quota di competenza del Servizio sanitario è del 40%.³ I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) del citato articolo 34 sono a carico della Sanità nella misura del 70%.⁴

¹ Il comma 1, lettera b) dell'articolo 30 riguarda i «trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione».

² Il comma 2, lettera c) dell'articolo 33 è così redatto: «c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi e' definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata».

³ I punti 1 e 2 del comma 1, lettera c) dell'articolo 34 concernono i «trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare; 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare».

⁴ Il comma 3, lettera b) dell'articolo 34 si riferisce ai «trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali».

EX-IPAB: PER I COMUNI UN'ENORME OPPORTUNITÀ DI ACQUISIRE RISORSE. LA PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE LA VUOLE CANCELLARE

La proposta di legge n. 193/2016 della Giunta regionale del Piemonte sulla trasformazione delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) in fondazioni private o in aziende pubbliche di servizi alla persona, anch'esse facilmente privatizzabili, continua a suscitare radicale contrarietà tra le associazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base. La bozza di provvedimento, in discussione alla Commissione sanità e politiche sociali del Consiglio regionale del Piemonte annulla del tutto l'opportunità per gli enti pubblici (i Comuni) di acquisire i beni delle Ipab che non svolgono più attività per i poveri, in sostanza tutte quelle presenti in Piemonte. Il valore del loro patrimonio, che insieme con le rendite dev'essere destinato agli interventi socio-assistenziali per gli indigenti, può essere stimato in 4-6 **miliardi di euro**.

A fronte di tale consistenza economica, è chiaro che il processo di alienazione delle proprietà Ipab dichiarate estinte rappresenta per i Comuni una enorme possibilità di reperimento di risorse. Per controbattere la falsa "narrazione" che presenta le amministrazioni comunali come terrorizzate e riluttanti al vedersi planare sul territorio tanta ricchezza utilizzabile, indichiamo qui di seguito esempi già ampiamente comprovati dall'esperienza torinese di far fruttare le Ipab estinte e destinare le risorse ai poveri.

L'accreditamento e la concessione di pubblici servizi

Con l'estinzione delle Ipab inattive e il trasferimento dei loro beni ai Comuni è possibile far rendere le Ipab estinte, evitare spese ai Comuni stessi e consentire loro di costruire strutture, per esempio per prestazioni socio-sanitarie (Rsa, Centri diurni, Comunità alloggio...) incamerando risorse liquide o in proprietà immobiliari non gravate da spese di gestione. Al termine della concessione (20-30 anni) i beni di cui alla stessa ritornano in piena proprietà del Comune.

Tale pratica è già stata proficuamente utilizzata a Torino per le Rsa Casa Serena di corso Lombardia, la cui convenzione per la gestione ha fruttato al Comune 10,8 milioni e per la Rsa Buon Riposo di via San Marino, la cui convenzione per la gestione ha fruttato al Comune indicativamente 7 milioni.

Ecco come avviene nel dettaglio la procedura. L'istituto dell'accreditamento, inteso come concessione amministrativa, consente di coniugare efficacemente il principio di sussidiarietà – che prevede il coinvolgimento del terzo settore nella programmazione e nella gestione dei servizi – con la necessità di affermare che la titolarità – e quindi la responsabilità – dei servizi preposti ad erogare prestazioni di livello essenziale deve rimanere pubblica¹.

La concessione è infatti uno strumento che garantisce, all'amministrazione locale, penetranti poteri di intervento, specie in merito ai criteri gestionali generali, nei confronti dei soggetti privati chiamati ad espletare i servizi non gestiti direttamente dalla struttura pubblica.

¹ Il dettato dell'articolo 113 del decreto legislativo 267/2000 – prevedendo la concessione tra le varie forme di gestione dei servizi pubblici locali – dà facoltà ai Comuni, attraverso il rilascio della concessione, di trasferire ad un soggetto privato non la titolarità del servizio, che rimane comunque all'ente pubblico, ma il suo esercizio doveroso.

Nella concessione di pubblico servizio il concessionario – al quale vengono trasferite potestà pubbliche – sostituisce la pubblica amministrazione nell'erogazione del servizio, ossia nello svolgimento dell'attività diretta al soddisfacimento dell'interesse collettivo².

Altro elemento importante che caratterizza la concessione è che il concessionario assume su di sé il rischio della gestione dell'opera o del servizio, in quanto si remunera, almeno per una parte significativa, presso gli utenti, mediante la riscossione di un prezzo. Prezzo che viene determinato secondo criteri fissati, dall'amministrazione concedente, in sede di espletamento delle procedure di selezione ad evidenza pubblica per l'affidamento della concessione dei servizi.

È utile inoltre sottolineare una ulteriore prerogativa dell'istituto: la possibilità di collegare gestione dei servizi ed esecuzione di lavori. Nel senso che laddove la gestione di un'opera sia strumentale alla sua costruzione – in quanto consente il reperimento dei mezzi finanziari per realizzarla – è configurabile la fattispecie della “concessione di costruzione ed esercizio”, mentre nel caso in cui l'espletamento di lavori pubblici sia strumentale – sotto il profilo della manutenzione e dell'implementazione – alla gestione di un servizio pubblico, il cui funzionamento è già assicurato da un'opera esistente, è configurabile la “concessione di servizi”.

In entrambi i casi lo strumento della concessione rappresenta una opportunità per le amministrazioni locali che intendano promuovere l'insediamento, sul proprio territorio, di servizi – semi residenziali e residenziali – che richiedono l'edificazione o la ristrutturazione di locali. Non sempre, infatti, sono presenti in ambito territoriale dei servizi già “accreditabili” ed è nota la difficoltà, per i Comuni, di reperire le risorse necessarie alla costruzione, ristrutturazione e manutenzione delle strutture.

È ancora il caso di osservare che, attraverso l'esercizio dell'opzione di collegare gestione dei servizi ed esecuzione di lavori da parte dei Comuni, è possibile concretizzare il disposto dall'articolo 17, comma 9, della legge 1/2004 che prevede che all'accordo di programma che definisce il piano di zona «*stipulato per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano*» tra gli altri «*i soggetti del terzo settore che concorrono investendo direttamente proprie risorse umane, finanziarie o patrimoniali nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*».

Gli investimenti finanziari effettuati dai concessionari danno poi modo di prevedere contratti di concessione decisamente più lunghi rispetto agli appalti tradizionali e ciò rappresenta un ulteriore vantaggio per le imprese – che possono programmare meglio il proprio radicamento sul territorio – e, soprattutto, per gli operatori addetti ai servizi ai quali è potenzialmente assicurata una continuità di impiego.

La vendita/locazione/messa a reddito delle proprietà

I beni delle Ipab estinte possono inoltre essere venduti, affittati, messi a reddito, in modo che le risorse incamerate servano per la realizzazione di interventi destinati ai poveri. Per

² Angelo Massari, “*Appalti e contratti*”, Maggioli, Bologna, 2005. Non è così nel caso dell'appaltatore che svolge un'attività economica a beneficio del committente pubblico o nel caso del soggetto “autorizzato” che - pur svolgendo la sua attività economica a beneficio degli utenti - non è individuabile come organo indiretto dell'amministrazione.

esempio, l'opera Pia Munifica Istruzione (una di quelle insieme alla Ambrosio Cerruti, all'Educatario della Provvidenza, alla Pro Infanzia e alla Ipab Benefica per cui il Csa chiede lo scioglimento immediato da parte della Regione, ma dev'essere sollecitato dal Comune di Torino perché l'iter sia avviato), è proprietaria di numerosi locali, residenziali e commerciali, come da elenco allegato, i cui redditi devono essere utilizzati per interventi per i poveri. Tale schema di azione può essere proficuamente utilizzato in molti altri casi di beni di Ipab inattive che andrebbero immediatamente estinte.

Per quanto riguarda i beni ex Ipab che dovessero essere occupati da servizi pubblici (una scuola municipale, uffici comunali...) occorre che il canone di affitto figurato che il Comune sosterebbe in un edificio provato e che no sostiene grazie al fatto di occupare un bene ex Ipab, venga definito e destinato tramite apposito capitolo (a quanto ci risulta già esistente) del bilancio comunale agli interventi socio-assistenziali.

ABBONAMENTO A PROSPETTIVE ASSISTENZIALI

“Prospettive assistenziali” – rivista trimestrale dell'Associazione promozione sociale – è impegnata dal 1968, ininterrottamente, contro l'esclusione sociale di minori, di persone con disabilità e/o autismo e di anziani. Pubblica i documenti più significativi sui servizi sociali e sanitari e sulla formazione del relativo personale. Riferisce sulle iniziative delle organizzazioni dell'utenza, del volontariato, del sindacato e degli operatori.

La condizione di **non autosufficienza** può colpire chiunque di noi, anche gli operatori dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Per questo **conoscere le leggi**, essere **informati sui percorsi di cura**, sugli **importi da pagare**, sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che **devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale**, su **come rappresentare un proprio parente non autosufficiente** o come **premunirsi per nominare un amministratore di sostegno** di fiducia è indispensabile, prima di tutto per autotutelarsi.

L'unico modo di **difendere ed affermare le esigenze** delle persone non autosufficienti, oltre un milione di nostri concittadini, è rivendicare i **diritti** che esse hanno e promuovere **iniziative per ottenere prestazioni concrete**.

“PROSPETTIVE ASSISTENZIALI” è lo strumento per farlo.

Per l'abbonamento a “Prospettive assistenziali”: euro 50,00 ordinario, 70,00 sostenitore, 100,00 promozionale, 100,00 estero. per i Soci di Organizzazioni del Csa: euro 40,00. 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

EMERGENZA PRONTO SOCCORSO: SMONTATA LA FAVOLA DELL'INFLUENZA, L'INTASAMENTO È FRUTTO DELLA NEGAZIONE DELLE PRESTAZIONI TERRITORIALI

La cosiddetta emergenza dovuta all'intasamento dei Pronti soccorso (in realtà una situazione ampiamente prevista, data la costante negazione di cure sanitarie e socio-sanitarie territoriali che sono diritti esigibili per le persone anziane malate croniche non autosufficienti) non può essere ridotta a condizione legata ai picchi di influenza stagionali. Ne è ben cosciente l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino che l'8 marzo ha diramato il comunicato stampa che riportiamo qui di seguito per intero. Sullo stesso tema il Presidente dell'Ordine dei Medici, Guido Giustetto, è così intervenuto su La Stampa del 9 marzo: «*I problemi sono due. Il primo rimanda all'organizzazione generale in assenza di una rete di lungodegenza e soprattutto di assistenza domiciliare strutturata tale da permettere ai pazienti di lasciare gli ospedali in tempi brevi e di poter essere seguiti a casa propria in condizioni di sicurezza, è impossibile liberare i reparti facendo spazio a chi si rivolge al pronto soccorso*'. Ecco perché sarebbe improprio fare appelli perché la gente non si rivolga più al pronto: *'In queste condizioni è più che legittimo'*».

Il giorno successivo, sulle forti criticità dei medici al piano regionale di riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, *La Stampa*, nelle pagine della cronaca torinese, dava inoltre conto della mobilitazione delle associazioni dei medici: «*Monitorare e ridurre i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche non ha senso se contestualmente non si interviene anche su quelli dei ricoveri ospedalieri e degli inserimenti (nella Rsa e nelle cure domiciliari) Ormai è noto come il sovraffollamento dei pronto soccorso e dei reparti ospedalieri è determinato proprio dall'eccessiva lunghezza degli inserimenti nei due canali che rappresentano il perno dell'assistenza territoriale*».

COMUNICATO STAMPA DELL'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO E PROVINCIA (8 marzo 2017)

La situazione dei Pronto Soccorso dei due ospedali torinesi, come descritta nel servizio di "Nemo-Nessuno escluso" di giovedì 2 marzo, ha messo in luce un grave contrasto tra diritti dei cittadini e organizzazione delle aziende sanitarie.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino (OMCeO) ribadisce -come riportato nell'art.4 del Codice di deontologia medica- che "l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura" che possano incidere sulla salute dei cittadini.

Per queste ragioni l'Omceo di Torino con l'obiettivo primario di tutelare la salute pubblica vuole far luce sulla situazione e ha chiesto alle direzioni dei due ospedali di sapere:

- **se la condizione descritta nel servizio televisivo era conosciuta dalle Direzioni e quali sono stati i provvedimenti adottati per porvi rimedio e fronteggiare i carichi di lavoro;**
- **quante risorse risultano impiegate nei Pronto Soccorso;**
- **se in questi mesi è stato accertato un incremento dei carichi di lavoro dei Pronto Soccorso ed in particolare quale è stato l'afflusso medio;**

- quali sono i tempi d'attesa per la prima visita (per codice triage) e per il ricovero in reparto dei pazienti;

- quale è il tasso di occupazione posto letto nelle strutture complesse dell'area medica;

con quale frequenza sono state deviate le ambulanze su altri Pronto Soccorso;

- se il numero dei posti letto distinti per area medica e chirurgica a disposizione per il ricovero è quello previsto dal Piano Sanitario Regionale;

- se sono stati attivati ricoveri "in appoggio" fuori reparto.

L'Omceo proprio a fronte delle difficoltà dei Pronto Soccorso, con cronico sovraffollamento, con poche risorse umane, con aumento del rischio per la sicurezza del paziente, con peggioramento delle condizioni di lavoro del personale sanitario, richiede trasparenza su una situazione che deve essere chiarita e spiegata nell'interesse e nella tutela della salute pubblica.

COME SEGNALARE LA PRESENZA DI UN ANZIANO SOLO, MALATO CRONICO NON AUTOSUFFICIENTE AL DIRETTORE GENERALE DELL'ASL

In riferimento ad una lettera apparsa su Specchio dei Tempi – La Stampa del 15 febbraio 2017 redatta da vicini di casa di un'anziana malata cronica non autosufficiente, colpita da demenza senile, di 87 anni sola in casa, la Fondazione promozione sociale onlus ha scritto al quotidiano torinese pregando di riportare le istruzioni, che qui riportiamo, da seguire in questi casi. «Segnalo – ha scritto al presidente Maria Grazia Breda al giornale nella lettera mai pubblicata – come la questione può essere rapidamente risolta per il pieno benessere della persona malata. Poiché in base alle leggi in vigore è il Servizio sanitario nazionale il soggetto tenuto a prendere in carico le persone malate (chi lo è più di una persona con demenza!), occorre interpellarlo formalmente (quindi in modo dimostrabile e tracciabile). È sufficiente quindi che la signora invii lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al Direttore generale dell'Asl di competenza in base alla residenza della malata segnalando la situazione e richiedendo di valutare un intervento urgente a tutela della salute della persona, la cui condizione potrebbe mettere, ad avviso della scrivente stessa, in pericolo l'incolumità della malata e/o di terzi. La comunicazione andrebbe chiusa con la frase: *«Ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990 si chiede una risposta scritta. Data e Firma»*. È opportuno inviare copia della lettera anche al Difensore civico regionale e, se si ritiene, alla nostra Fondazione.

<p>CSA - Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base</p> <p>10124 TORINO - Via Artisti, 36 Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95 e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it <i>Funziona ininterrottamente dal 1970</i></p>	 <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 info@fondazionepromozionesociale.it www.fondazionepromozionesociale.it</p>
--	--

(Volantino distribuito al mercato del Comune di Pianezza giovedì 2 marzo 2017)

BASTA!

CON GLI ESPEDIENTI DELLE CASE DI CURA PER DIMETTERE GLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI RICOVERATI DAL SERVIZIO SANITARIO E SCARICARE LA LORO CURA SUI PARENTI

LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA È UN DIRITTO ESIGIBILE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI: DEVE ESSERE GARANTITA DALL'ASL DI RESIDENZA DEL MALATO.

A QUESTI MALATI, TUTTI CON ESIGENZE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI (COME CONFERMATO DALL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI TORINO), LA SANITÀ DEVE GARANTIRE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE IMMEDIATE, SENZA LISTE DI ATTESA E RINVII DELLA PRESA IN CARICO.

PERCHÉ INVECE SPESSO LE CASE DI CURA, ANZICHÉ INFORMARE I DEGENTI E LE LORO FAMIGLIE, MINACCIAANO DI FAR PAGARE I DANNI (INSESISTENTI) AI PARENTI PER SUPPOSTI RICOVERI IMPROPRI?

Molto spesso le Case di cura attive nella Regione Piemonte pretendono dai parenti dei malati anziani cronici non autosufficienti che, dopo un periodo di ricovero, siano loro ad assicurare a questi malati le prestazioni di cui hanno bisogno, ricoverando privatamente i congiunti presso una Rsa – Residenza sanitaria assistenziale (3.000-3.500 euro al mese) oppure portandoli a casa (dove la spesa per il gravoso compito di accudire questi malati comporta spese di oltre 2.000 euro al mese). Sono richieste e pressioni del tutto illegittime, in contrasto con le leggi vigenti che invece prevedono che il Servizio sanitario nazionale è **tenuto a fornire le cure a tutti i cittadini malati senza discriminazione e senza limiti di durata** (legge 833/1978 e Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie Lea,

decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 – articolo 54 della legge 289/2002).

A fronte di tali pressioni, infatti, con il semplice invio di alcune lettere raccomandate di **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI E RICHIESTA DELLA CONTINUITÁ TERAPEUTICA** i parenti del malato fermano la dimissione (tutti i dettagli e il facsimile della lettera utilizzata con piena efficacia da oltre 30 anni sul sito www.fondazionepromozionesociale.it).

Nel testo della lettera raccomandata i parenti si danno disponibili ad accettare il ricovero convenzionato con l'Asl, segnalano di assicurare al loro congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale, dichiarano di non volersi sostituire alle funzioni delle Asl. Infatti, **nessun familiare ha il compito e il dovere di provvedere alla cura delle persone malate croniche non autosufficienti mentre invece è il Servizio sanitario nazionale che ha il dovere stabilito dalle leggi di provvedere a fornire a questi malati tutte le necessarie prestazioni (anche il trasporto nella nuova struttura di cura)**. L'articolo 23 della Costituzione della Repubblica italiana recita così: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Nella circolare del 4 marzo 2014 il Direttore della sanità della Regione Piemonte, evidenziava la necessità che **«il compito di governare il percorso di continuità assistenziale sia in capo all'Asl competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso»**.

A fronte delle istanze inviate dai parenti, succede di frequente che **le case di cura rispondano con comunicazioni che non tenendo in conto le condizioni di salute dei malati e la loro esigenza in ogni caso di prestazioni indifferibili, prefigurano la possibilità della richiesta dei danni** (cioè il pagamento della degenza) per la prosecuzione del ricovero, che è stato disposto dall'Asl e non dai suoi famigliari. Si tratta, alla luce delle leggi vigenti, di **comunicazioni infondate, inviate perfino alla Procura della Repubblica, che nella maggior parte dei casi creano preoccupazione nelle famiglie**.

PER TUTTO QUANTO ESPOSTO SOPRA CHIEDIAMO:

- ✓ **AI DIRETTORI GENERALI DELLE ASL DEL PIEMONTE DI ASSICURARE LA CONTINUITÁ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PER TUTTI I MALATI, COMPRESI OVVIAMENTE GLI ANZIANI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON LA MALATTIA DI ALZHEIMER O CON ALTRE FORME DI DEMENZA**
- ✓ **AI SINDACI DEI COMUNI DEL PIEMONTE, IN QUANTO MASSIME AUTORITÁ SANITARIE SUL TERRITORIO, E RAPPRESENTANTI DELLE ISTANZE DEI CITTADINI, DI INTERVENIRE PER IL RISPETTO DELLE NORME VIGENTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE**
- ✓ **ALLE CASE DI CURA DI RISPETTARE LE LEGGI VIGENTI CHE ASSICURANO IL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE SENZA LIMITI DI DURATA A TUTTE LE PERSONE MALATE.**

GIORNATA DEL MALATO, APPELLO AI PARTECIPANTI: LA REGIONE PIEMONTE GARANTISCA IL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE, DOMICILIARI E RESIDENZIALI (LEA) AI NON AUTOSUFFICIENTI

Gli anziani malati non autosufficienti non sono malati a perdere. Il compianto Cardinale Martini aveva denunciato la morte per abbandono terapeutico degli anziani non autosufficienti.

Papa Francesco ha lanciato l'allarme contro gli anziani considerati "scarti", perché non più funzionali al sistema. L'enciclopedia Treccani ci ricorda che il prevalere della finanza sui diritti dei malati non autosufficienti non può che farci pensare ad una eugenetica moderna, ovvero all'eliminazione sistematica, programmata di esseri umani, nella maggior parte dei casi motivata da ragioni e pressioni di origine economica.

Sono persone colpite da una o più malattie, magari dalla malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza, che dipendono in tutto e per tutto dall'aiuto di altre persone per le funzioni fondamentali della vita. In sostanza i loro bisogni di cure sono indifferibili e gli interventi nei loro confronti non possono essere ritardati: la loro salute (o la stessa sopravvivenza) dipendono dalle terapie che assumono se qualcuno vi provvede, ma anche, allo stesso modo, dall'essere imboccati, o idratati, lavati e cambiati se incontinenti per evitare il formarsi di piaghe da decubito. È quanto ha dichiarato l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino con due documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016.

Malati così gravi dovrebbero contare sul sostegno dei Servizi sanitari, così come oggi è previsto dalle leggi in vigore, per continuare ad essere presi in carico dal Sanità a cura della loro malattia e tutela della loro salute, non per forza in ospedale, se non ne hanno necessità, tuttavia non fuori dal Servizio sanitario. Il percorso di **continuità terapeutica** deve essere assicurato in primo luogo **a casa propria** con il sostegno del medico di famiglia e degli altri operatori sanitari e socio-sanitari per tutte le altre prestazioni di cui la persona malata ha bisogno, compreso **un contributo forfettario** (almeno 600-800 euro al mese) per far fronte ai maggiori oneri sostenuti dal familiare che volontariamente assiste 24 ore su 24 il proprio congiunto malato e non autosufficiente direttamente o con l'aiuto di una persona privata. Si tratta di prestazioni che devono essere obbligatoriamente e concretamente assicurate dalle Aziende sanitarie locali. **È nel solco della piena legalità e del rispetto della dignità umana:** il diritto alle cure sanitarie è previsto dalla legge 833/1978 e le prestazioni domiciliari, i centri diurni e i ricoveri in Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, rientrano nei Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Tutti noi versiamo contributi e paghiamo tasse per avere diritto alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale nel momento in cui viene meno la nostra salute. **Eppure il Servizio sanitario, se siamo anziani e malati che hanno perso la loro autonomia, oggi cerca molto spesso di "scaricarci" interamente sulle spalle dei nostri familiari** che possono certo volerci bene, ma non essere in grado di far fronte – da soli e senza avere conseguenze di salute anche per sé stessi – ai bisogni di un malato che in ospedale o in una Rsa è curato e assistito da più personale durante il giorno e la notte. **Nella Regione Piemonte sono oltre 32mila le persone malate anziane e/o con disabilità e non autosufficienza in lista d'attesa** per ottenere prestazioni che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitari.

Perché accade? Succede che **i familiari**, spesso non informati sui propri diritti – anche se **non vi sono leggi che li obblighino alla cura dei propri congiunti malati cronici non autosufficienti** – sovente finiscano per soccombere sotto il peso di pressioni, a volte vere e proprie vessazioni, da parte di operatori sanitari, socio-sanitari e sociali che fanno di tutto ad esempio per dimettere dall'ospedale o dalla casa di cura convenzionata, o dal posto di deospedalizzazione protetta (Cavs) anche se non ci sono le tutele necessarie a casa per l'anziano malato e non più autosufficiente.

È importante capire che anche noi potremmo essere in futuro “un anziano non autosufficiente” perché malato cronico, e viene suggerito perciò che è meglio prepararsi per tempo per capire quali sono i nostri diritti oggi, come fare per ottenere il loro rispetto per i nostri familiari se diventano malati e non autosufficienti, come attivarci per renderli sempre più efficaci ed esigibili con facilità pensando al nostro futuro.

È anche interesse di chi lavora nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere, residenziali, diurne e domiciliari promuovere il diritto ai servizi territoriali; vuole dire promuovere lo sviluppo delle figure professionali che lavorano in questi ambiti e delle strutture pubbliche e private. Viceversa, se mancano o sono deficitarie le prestazioni del Servizio sanitario a casa per le persone non autosufficienti o sono inadeguate ed inaccessibili le strutture Residenziali socio-sanitarie (Rsa, negate per esempio ai malati con l'illegittima pratica delle liste d'attesa) è evidente che **il malato non autosufficiente ed i suoi parenti non trovando le risposte nel territorio, si rivolgeranno sempre più spesso all'ospedale, con un aumento anche dei costi sanitari.**

Quando viene dimesso dall'ospedale un anziano malato non autosufficiente o quando, con la valutazione dell'Asl, lo si mette in lista d'attesa senza tempi di risposta, perché tanto si dà per scontato che comunque la famiglia se ne occuperà, **non si pensa alle conseguenze** ed agli scenari che si possono aprire: ricovero della persona in strutture inadeguate, in particolare in quelle abusive con rette più accessibili (nella sola estate 2015 i Nas hanno ispezionato 899 case di cura e strutture per anziani, rilevando 455 violazioni penali e amministrative); cure domiciliari carenti per il malato (non tutte le famiglie sono idonee); impoverimento dei nuclei familiari e delle generazioni future. **È ormai palese che una delle principali cause d'impoverimento è la negazione del diritto alle cure sanitarie,** in particolare. Un malato non autosufficiente in lista d'attesa per 5 anni, ricoverato dai suoi familiari in Rsa a 3.000 euro al mese verserà direttamente o con l'intervento dei parenti – oltre a quello che aveva già pagato con i contributi – circa 200mila euro!

Le comunità ecclesiali impegnate con i malati non autosufficienti e le loro famiglie possono fare molto: fornire informazioni sul diritto alle cure; adoperarsi perché il personale sanitario e socio-sanitario e le strutture sanitarie e socio-sanitarie religiose siano per prime rispettose del loro diritto alle cure e accompagnino il malato e la sua famiglia nel percorso di continuità terapeutica senza interruzione delle cure; chiedere alla Regione Piemonte – adesso che il piano di rientro è finito – che le risorse del Servizio sanitario siano utilizzate per garantire un contributo ai familiari che assistono al domicilio e i necessari posti letto convenzionati in strutture accreditate.

Non possiamo accettare che in nome dell'equilibrio di bilancio siano negate le cure a chi è gravemente malato e neppure in grado di difendersi.

IMPORTI DA FAME DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E PENSIONE DI INVALIDITÀ: INTERPELLATO IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA MATTARELLA

Il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e le associazioni Autismo e società e Luce per l'Autismo hanno scritto al Presidente della Repubblica on. Sergio Mattarella.

Egr. Presidente,

Le scriventi associazioni non gestiscono servizi; hanno scelto di impegnarsi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone con disabilità intellettiva e/o con autismo e limitata o nulla autonomia, in particolare per chi non è autosufficiente e quindi con la necessità di essere curato, assistito e sorvegliato da terze persone 24 ore su 24. Alcune associazioni hanno iniziato alla fine degli Anni '60 e possono contare su un'esperienza di volontariato per i diritti lunga quasi cinquant'anni. Si adoperano per promuovere ogni azione per ottenere provvedimenti in grado di assicurare migliori risposte ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva e, nel contempo, aiutano le famiglie ad ottenere le prestazioni a cui hanno diritto in base alle norme vigenti. Sono molti i risultati ottenuti documentabili, ma nella giornata per la disabilità intellettiva vorremmo porre alla Sua attenzione a quella dei rappresentanti delle Associazioni presenti la necessità di interventi non più rinviabili a difesa dei diritti e della dignità delle persone con disabilità intellettiva e/o con autismo e limitata o nulla autonomia la cui sintetica elencazione alleghiamo alla presente. Si tratta di misure necessarie nel nostro Paese per la concreta garanzia del fondamentale diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione e delle altre prestazioni indispensabili per la vita, e non solo per la sopravvivenza.

ALLEGATO

Interventi non più rinviabili a tutela delle esigenze indifferibili e dei diritti esigibili delle persone con disabilità e/o autismo e limitata o nulla autonomia.

Si elencano brevemente qui di seguito una serie di interventi assolutamente urgentissimi che le Istituzioni tutte dovrebbero, a nostro avviso, prendere in considerazione e predisporre:

. Aumento dell'importo del tutto inadeguato (o iniquo?) dell'assegno mensile di 279 euro (o pensione di invalidità), che viene erogato dallo Stato per 13 mensilità, alle persone con disabilità intellettiva e/o autismo con limitata o nulla autonomia. Con tale somma questi nostri concittadini dovrebbero pagare l'affitto e/o le spese domestiche, alimentarsi, vestirsi e provvedere alle loro altre esigenze elementari e indifferibili. Com'è evidente tale sussidio è ben al di sotto della soglia di povertà.

. Aumento dell'importo dell'indennità di accompagnamento Inps attualmente erogata nella misura di 515,34 euro al mese per 12 mesi, corrispondenti al misero importo di 70 centesimi di euro all'ora, per le persone non autosufficienti. Attraverso tale indennità, che dovrebbe coprire le maggiori spese sostenute dalle persone con disabilità gravissima rispetto a coloro che sono privi di menomazioni, dovrebbero essere garantiti a questi nostri concittadini – oltre un milione – le prestazioni domiciliari continuative e indifferibili per il soddisfacimento delle loro esigenze fondamentali di vita. Si tratta di un'azione evidentemente impossibile a fronte del misero importo e considerando che si tratta di persone con limitata o nulla autonomia che molto spesso non sono nemmeno in grado di segnalare le loro esigenze vitali.

. Assicurazione come diritto esigibile per le persone non autosufficienti, nelle prestazioni a domicilio rientranti nei Lea – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, di un assegno di cura o contributo forfettario a carico del Servizio sanitario nazionale per i maggiori oneri sostenuti dai familiari che, volontariamente, direttamente o tramite terzi, assicurano prestazioni indispensabili e indifferibili di assistenza tutelare (che sono sempre attività di rilievo sanitario) 24 ore su 24, ad un loro congiunto malato/con disabilità non autosufficiente. Attualmente i maggiori costi derivanti da questa attività sono coperti solo dall'importo dell'indennità di accompagnamento (v. sopra).

. Riconoscimento concreto del già vigente diritto soggettivo della persona con disabilità intellettiva e/o autismo all'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie del Servizio sanitario nazionale (Asl), diritto che non può essere condizionato all'Isee.

Inoltre risulta altresì urgente l'approvazione di una norma nazionale che fissi come standard obbligatorio per la realizzazione di comunità alloggio una capienza massima di 8 posti letto e due per le emergenze o i sollievi, inserite in un contesto abitativo e non accorpate ad altre strutture analoghe. Si segnala peraltro che con limitata spesa è possibile destinare a piccole comunità alloggio le normali abitazioni dell'edilizia pubblica convenzionata, preferibilmente localizzate al piano terra o rialzato per problemi di una più agevole accessibilità, per sicurezza in caso di emergenza, per diretto rapporto con l'esterno. In merito ricordiamo che in base alla legge 179/1992 le Regioni «*possono*», ma sarebbe opportuno per l'efficacia dell'azione in tale senso che questa possibilità venga trasformata in obbligo da una legge, riservare fino al 15 per cento dei fondi di edilizia agevolata e sovvenzionata per la realizzare interventi da destinare alla soluzione di problemi abitativi di particolari categorie sociali.

Tra le altre istanze aperte, che andrebbero a nostro avviso affrontate dal Parlamento e dal Governo vi sono: la modifica delle vigenti norme che prevedono la possibilità di accorpate in un unico edificio più nuclei di utenti (fino a 20 per nucleo) e, quindi, lascia intatta la possibilità di realizzare grandi istituti di ricovero, possibilità prevista anche dall'articolo 34 del testo sui nuovi Lea; intervenire perché i decreti attuativi della legge 112/2016 (sul

cosiddetto “dopo di noi”) dispongano il trasferimento delle risorse stanziare alle Regioni e, queste, attraverso la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, a loro volta le trasferiscano alle Asl per finanziare la costruzione e la gestione di nuove comunità alloggio e gruppi appartamento al fine di aumentare il patrimonio pubblico, ed evitare che gli interventi per le persone disabili diventino oggetto di speculazione da parte di enti privati.

Ovviamente non ci sono problemi per le gestioni affidate a privati dal settore pubblico, che rimane a garanzia dell'universalità ed esigibilità del diritto e delle conseguenti prestazioni. Particolare importanza riveste in questo ambito la rimozione (in conformità con la sentenza della Corte Costituzionale n. 509 del 2000) dei vincoli di bilancio o della previsione di prestazioni erogate «*in base alle risorse disponibili*», laddove le norme assicurano invece il diritto esigibile a tali prestazioni.

INPS, PENSIONI DA FAME PER I POVERI, MA CONTRIBUTI ANCHE PER I RICCHI

Miliardi di euro di integrazione al minimo delle pensioni e pensioni sociali vengono erogati dall'Inps ogni anno a chi ha anche ingenti patrimoni, ma non ha reddito. A fronte di ciò l'Inps stesso corrisponde pensioni da fame alle persone con disabilità intellettiva e/o autismo e limitata o nulla autonomia, incapaci di soddisfare le loro esigenze elementari. All'apertura della manifestazione Biennale democrazia a Torino, il 29 marzo, inaugurata dalla lezione di Tito Boeri presidente nazionale Inps, è stato distribuito pubblicamente il seguente messaggio.

L'INPS VERSA PENSIONI DA FAME (279,47 EURO AL MESE PER 13 MESI) A CHI HA NIENT'ALTRO tuttavia, l'Inps versa integrazioni al minimo e maggiorazione sociale e assegno o pensione sociale anche a coloro che hanno redditi bassi ma posseggono patrimoni mobiliari ed immobiliari anche rilevanti. Da oltre due anni chiediamo al presidente nazionale dell'Inps, Tito Boeri, di assumere iniziative per segnalare questi abusi alla popolazione e ottenere dal parlamento e dal governo provvedimenti idonei. **Perché il Presidente nazionale dell'Inps tace?**

Ogni anno lo Stato spende più di 50 miliardi di euro per l'integrazione al minimo delle pensioni, per la maggiorazione sociale e per le pensioni o assegni sociali.

Mentre è lodevole l'iniziativa dell'Inps di rivalsa dei costi sanitari su coloro (singoli o aziende) che sono stati accertati colpevoli di reato dall'autorità giudiziaria, chiediamo a Tito Boeri di agire con la massima determinazione e urgenza possibili per la cessazione delle erogazioni aggiuntive a chi ha proprietà mobiliari ed immobiliari. Ad esempio l'ex

lavoratore proprietario di un alloggio a Torino e di un altro in un altro comune, che utilizza come seconda casa, e che oggi percepisce una pensione di 300 euro mensili non deve ricevere un euro in più a titolo di integrazione. Per gli stessi motivi alla persona ultra-65enne che non ha redditi, ma possiede una villa ed ha in banca 100mila euro non deve essere concessa la pensione o assegno sociale. Le somme risparmiate devono essere utilizzate per aumentare l'importo delle pensioni di invalidità (ripetiamo 279,47 euro al mese) erogate a coloro che hanno invalidità totale e assoluta impossibilità di svolgere attività lavorative a causa della gravità delle loro disabilità.

Chiediamo inoltre che da subito l'Inps imponga la sottoscrizione, richiesta dal consorzio Cisa di Gassino torinese, a tutti coloro che richiedono contributi economici. Il testo è il seguente: *«Dichiara di autorizzare espressamente e senza alcuna limitazione ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003 il consorzio Cisa, e per esso il responsabile del trattamento dei dati personali ed i relativi incaricati, a richiedere i dati personali dell'assistito ad enti ivi inclusi istituti di credito e banche, al fine di eseguire le opportune verifiche sulle condizioni socio-economiche del medesimo»*. Basta dunque alle omissioni che finora non sono controllabili e al denaro sottratto illegalmente allo Stato.

Chiediamo inoltre che l'Inps non fornisca più dati fuorvianti: le somme delle pensioni inferiori al minimo in quanto i titolari posseggono altri redditi devono essere scorporate da quelle versate a coloro che non dispongono di altre risorse. Basta mettere insieme poveri e non poveri per dare informazioni sbagliate.

Occorre che il presidente nazionale dell'Inps sostenga le richieste dirette all'aumento delle indennità di accompagnamento degli invalidi totali che hanno necessità dell'aiuto permanente di una persona, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. La stragrande maggioranza di questi nostri concittadini, per l'estrema gravità delle proprie condizioni di salute, non è nemmeno in grado di segnalare le fondamentali esigenze vitali: fame, sete, caldo, freddo.

A queste persone bisognose di cure socio-sanitarie e spesso di essere imboccate, sovente con doppia incontinenza, alle quali va garantito un costante sostegno 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno, lo stato eroga 515,43 euro al mese, corrispondenti a 71 centesimi di euro all'ora.

UNA COMUNITA' ALLOGGIO A COLLEGNO/GRUGLIASCO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE /AUTISMO E LIMITATA O NULLA AUTONOMIA

Con una lettera aperta ai Sindaci di Collegno e Grugliasco, al Direttore generale dell'Asl To3 e al Direttore del Consorzio socio-assistenziale dei Comuni di Collegno e Grugliasco l'Associazione La Scintilla, componente del Csa, Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base ha richiesto la realizzazione di una nuova comunità alloggio per persone con disabilità grave per la quale si propone anche la localizzazione: i locali degli ex uffici di via Di Nanni 28 a Grugliasco, di proprietà comunale. La richiesta è motivata dal fatto che nel territorio dei Comuni Collegno e Grugliasco e del Distretto dell'Asl To3 sono presenti strutture diurne e residenziali socio-sanitarie, ma ormai sono sature. Qui di seguito il testo della lettera aperta.

NON VOGLIAMO CHE, COME GIÀ È ACCADUTO, COMINCINO I TRASFERIMENTI IN RSA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA/AUTISMO PER LIBERARE POSTI NELLE COMUNITÀ ALLOGGIO.

Non basta avere compiuto 60 anni! Se la persona non ha malattie croniche invalidanti e/o geriatriche, deve continuare a vivere con le persone che sono diventate negli anni la sua casa e i suoi affetti: educatori, operatori socio-sanitari, gli altri utenti della comunità.

L'Asl deve garantire nella comunità alloggio le eventuali prestazioni sanitarie domiciliari rientranti nell'Adi, Assistenza domiciliare integrata (che devono essere assicurate anche per le persone inserite per ricoveri di sollievo o per il fine settimana) quando sono necessarie.

È già stato più volte segnalato dalla nostra Associazione, attiva nel territorio dal 1987 la necessità di programmare almeno una nuova comunità alloggio socio-sanitaria da 8 posti letto e due per le emergenze, i ricoveri di sollievo o tregua.

La legge sul "Dopo di noi" e i nuovi Lea sono l'occasione per far emergere il fabbisogno e inserire una nuova comunità alloggio nella programmazione regionale

**IL "DOPO DI NOI" NON DEVE ESSERE UNA
PREOCCUPAZIONE DELLE FAMIGLIE.**

**LE TRAGEDIE FAMILIARI CHE LA CRONACA CI CONSEGNA
PERIODICAMENTE SI POSSONO/DEVONO IMPEDIRE
CON UNA CORRETTA INFORMAZIONE**

Il "dopo di noi" è un problema importante che aumenta con l'aumentare dell'età dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, ed è indubbiamente presente anche nel territorio del Consorzio socio-assistenziale Cisap e dell'Asl To3

Come affrontarlo?

1. Abbiamo già segnalato 19 persone tra i 40 e i 61 anni che hanno ovviamente genitori con età avanzata. Ben 12 di questi hanno solo un genitore e questa è una condizione di rischio

2. Prevenire l'emergenza si può consentendo e sollecitando ricoveri di sollievo nel fine settimana

3. Programmando per tempo una nuova comunità alloggio nel nostro territorio utilizzando i finanziamenti del Fondo sanitario nazionale e regionale del Fondo per le non autosufficienze, della legge regionale 1/2004, della legge 112/2016 “dopo di noi”

“DOPO DI NOI”: NON VOGLIAMO NUOVI ISTITUTI

- NO a inserimenti distanti dal luogo di vita e dai familiari o in località isolate lontane dalla vita cittadina;
- NO a ricoveri in istituti come le Raf da 10 e più posti letto accorpati tra loro, sovente con tipologie di persone con bisogni assai differenti (disabilità intellettiva, anziani malati cronici non autosufficienti, malati psichiatrici con limitata o nulla autonomia: come nei vecchi istituti emarginanti).

INFORMAZIONI PER I FAMILIARI

Per chiedere e ricevere i giusti servizi, bisogna essere informati. Se ci sono situazioni di negazione del diritto alla presa in carico delle persone con disabilità intellettiva grave e/o autismo con limitata o nulla autonomia occorre pretendere quanto è scritto nelle leggi e non abbandonarsi ai pretesti verbali: «non ci sono soldi», «l'utente è in lista di attesa», «non ci sono i servizi adatti», «la famiglia deve farsene carico».

Il diritto al ricovero in comunità alloggio di tipo familiare in caso di bisogno (malattia, vedovanza, impossibilità a garantire l'accoglienza per qualunque motivo del figlio con disabilità intellettiva/autismo) è esigibile.

**LE PRESTAZIONI INDIFFERIBILI SONO
OBBLIGATORIAMENTE GARANTITE DALL'ASL / COMUNE /
CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE
IN BASE ALLE LEGGI VIGENTI.**

Per informazioni: “LA SCINTILLA”: lascintilla@aliceposta.it,
tel. 333-8720033.

*Fondazione promozione sociale onlus, tel. 011.8124469, e-mail
info@fondazionepromozionesociale.it, www.fondazionepromozionesociale.it*

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**ASSEMBLEA ORDINARIA DEI SOCI (Torino, 18 marzo 2017)**

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Cari/e soci/e,

Il 2016 ha visto passare in Parlamento due provvedimenti legislativi che non ci sono piaciuti: 1) la Legge 112 meglio conosciuta come legge sul “*dopo di noi*”; 2) il Decreto sui nuovi Lea.

Riguardo alla **legge 112/2016** mi limito ad osservare l’assoluta inutilità della stessa per quanto riguarda le persone con disabilità intellettiva in situazione di gravità. Come avevo avuto modo di illustrare, insieme ad Andrea Ciattaglia, nell’audizione della commissione parlamentare del 30 settembre del 2015 il diritto alle prestazioni residenziali (comunità alloggio o strutture analoghe) e semiresidenziali (centri diurni) erano (e sono) tutelati dall’articolo 54 della legge 289/2002, meglio conosciuta come Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (Lea).

L’esigibilità delle prestazioni cui ho accennato è stata confermata anche dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 36/2013. Tra l’altro abbiamo già riscontrato di recente che mentre la nuova legge sul “*dopo di noi*” ha stanziato per il 2016 90 milioni di euro (6.480.000 per il Piemonte), la recente decisione assunta dalle Regioni e Ministero dell’Economia taglia il Fondo per la non autosufficienza che per il 2017 avrà consistenza di 450 milioni, perdendo 50 milioni promessi in sede di definizione dello stesso e ancora più pesantemente quello Nazionale per le Politiche Sociali, salvo ripensamenti, che passa nel 2017 da 313 a 99 milioni portandolo vicino al minimo storico. Altre considerazioni si potrebbero fare ancora ma rimando al Convegno che è stato organizzato per giovedì 23 marzo: “Il durante e dopo di noi e i nuovi Lea, dalle norme nazionali alle delibere regionali”.

Anche il **Decreto sui Lea, chiamato “nuovi Lea”** dimostra un arretramento culturale e di tutela nei confronti di tutti i cittadini ed in particolare di quelli malati.

Il decreto infatti prevede l’estensione delle prestazioni socio-sanitarie non più solo gli anziani malati o disabili non autosufficienti ma a tutti i malati in situazione di non autosufficienza e cronicità: un’estensione della sanità pubblica a pagamento che riguarda non solo l’utente ma anche, per stabilirne la sua situazione economica e quindi la capacità di contribuire alle prestazioni, del coniuge, dei figli conviventi e non conviventi.

Prima di questo decreto un quarantenne che per un incidente stradale avesse riportato lesioni gravi che portano alla non autosufficienza, doveva e veniva curato a carico della sanità per l’intero percorso delle cure senza limiti di durata.

Ora, con i nuovi Lea, quella persona sarà chiamata a sostenere, dopo i primi 30 giorni di degenza a carico del Servizio sanitario nazionale, parte del costo delle prestazioni (per un ricovero la percentuale è del 50%) e la situazione economica per stabilire le quote di riferimento comprenderà anche il reddito del coniuge e dei figli conviventi più una quota calcolata sui redditi dei figli non conviventi.

L'estensione alla sanità pubblica a pagamento riguarderà tutte le persone colpite da patologie invalidanti, ad esempio: malattie cardiovascolari con esiti di non autosufficienza, malattie reumatiche o dell'apparato respiratorio, ma anche tumori che comportano limitazioni dell'autonomia della persona.

Anche su questo tema non mi dilungo oltre e rinvio alla lettura dell'editoriale del n-196 di Prospettive Assistenziali dove l'argomento è trattato ampiamente.

. Il 4/3/2016 si è tenuto a Torino un convegno su "Persone con disabilità intellettiva e/o autismo – Il durante e dopo di noi è già un diritto esigibile" che ci ha visto fra i promotori ed i protagonisti. Il tema e la tempistica erano stati scelti anche per contrastare l'inutile e dannosa approvazione della legge 112/2016.

. Nel mese di febbraio 2016 abbiamo dato inizio ad una contestazione al Consorzio dei servizi di Moncalieri-La Loggia-Trofarello che voleva fatturare agli ospiti delle Comunità la quota non sanitaria. Abbiamo quindi coinvolto la Regione Piemonte ed il Difensore Civico Regionale. La vicenda si è conclusa con una circolare dell'Assessorato che riconosceva l'illegittimità delle pretese del Consorzio in quanto la fatturazione delle rette va fatta secondo la percentuale prevista: all'Asl per la parte sanitaria ed al Comune, o Consorzio dei Comuni, per la rimanente parte. Qualora l'utente debba contribuire in base all'ISE, verserà la sua quota secondo le indicazioni del Consorzio stesso.

. A proposito delle quote di compartecipazione ai costi delle rette secondo l'attestazione dell'ISEE dobbiamo dirci soddisfatti delle sentenze del Consiglio di Stato n. 838/2016 del 28/2/2016 recepita successivamente con legge di conversione n. 89 del 26/5/2016 con la quale si esclude dal reddito l'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità civile. La normativa sul nuovo ISEE però finora non è stata ancora recepita, se non parzialmente, dalla nostra Regione.

. Nel mese di febbraio siamo stati ascoltati nella IV Commissione della Regione Piemonte nella quale, insieme ad altre associazioni, abbiamo illustrato una piattaforma di richieste necessarie alla gestione dei servizi sociosanitari ed alla fruizione di questi da parte delle persone con disabilità intellettiva e/o autismo.

. Abbiamo presentato inoltre un appello indirizzato al Capo del Governo sotto forma di cartolina, con la quale si chiedeva di intervenire con urgenza in merito alla pensione di invalidità ed alla negazione delle prestazioni domiciliari, da inviare da parte di singole persone. La cartolina è stata distribuita in tutte le occasioni che ci hanno visto protagonisti ed è stata proposta anche sui siti telematici a nostra disposizione.

. Nei mesi di aprile e maggio abbiamo volantinato ai mercati di Gassino Torinese e San Mauro per denunciare l'atteggiamento vessatorio del Consorzio dei servizi sociali locale e sostenere le famiglie che si oppongono, perché illegittimo, al conteggio che il Consorzio fa per stabilire le quote a carico degli utenti dei Centri diurni.

UTIMinforma UTIMinforma UTIMinforma UTIMinforma

. Il 29/9 , il 20/10, il 17/11, l'1/12/2016 sono stati approntati sit-n in P.zza Castello con volantinaggio e raccolta firme in calce ad un appello alla Regione Piemonte perché garantisse l'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti che vengono curate a casa. Su questo tema sono state presentate due mozioni di sostegno (dai consiglieri Laus e Bono). Entrambe passate con il voto unanime del Consiglio Regionale; sono state ignorate però dalla Giunta Chiamparino.

. È stata depositata presso il Tribunale di Torino la richiesta di parificare la pensione di invalidità con le pensioni minime in quanto si ritiene ingiustificata anche costituzionalmente la disparità economica fra i due trattamenti, l'Utim sosterrà, come deciso dal Consiglio Direttivo, anche economicamente la causa.

. Nel corso degli ultimi mesi dell'anno l'Utim, in collaborazione con il Csa, ha avuto una serie di incontri con il Direttore del distretto delle Asl2 per approntare un protocollo d'intesa per risolvere il problema riguardante interventi di tipo infermieristico (insulina, iniezioni) quando nel servizio sociosanitario non c'è personale adeguatamente preparato per tali interventi. Purtroppo però nonostante il lavoro fosse ormai terminato l'accorpamento in una unica Asl della sanità torinese ha bloccato l'iter. Speriamo di riuscire a ripartire nuovamente.

. Il 5 ottobre l'Utim ed il Csa hanno incontrato la nuova assessora ai servizi sociali Sonia Schellino del Comune di Torino alla quale abbiamo segnalato la necessità che il Comune di Torino faccia una analisi seria sui servizi socio-sanitari residenziali perché a nostro avviso presto la richiesta di inserimento in Comunità alloggio supererà i posti disponibili. Nell'occasione abbiamo anche sottolineato la necessità di provvedere per tempo alla organizzazione dei soggiorni estivi.

. Anche quest'anno abbiamo partecipato come relatori ai laboratori sulla disabilità organizzati dall'Arcivescovado di Torino in preparazione del Convegno del 3 dicembre organizzato dalla Curia.

Le attività descritte, i volantinaggi, le visite di verifica nei servizi socio-sanitari, la presenza costante, anche fisica, per denunciare le mancanze e presentare proposte di soluzioni alle istituzioni a tutela delle persone non autosufficienti sono rese possibili anche grazie ai nostri soci che svolgono tali attività con pazienza, dedizione e partecipazione, a loro un ringraziamento particolare. In ultimo, ma non ultima, va ricordata l'attività di accompagnamento e di supporto che svolgiamo per avviare istanze relative all'amministrazione di sostegno e/o all'interdizione. A tutti loro il mio ringraziamento personale.

Il 2016 ha visto un introito dalla ripartizione del 5 per mille significativamente superiore all'anno precedente. Continuiamo così!. Cerchiamo sempre nuove adesioni. L'indipendenza economica è, come sapete, garanzia di libertà d'azione.

Grazie per l'attenzione.

Il presidente, *Vincenzo Bozza*

UTIM Nichelino**IL “DOPO DI NOI” NEL TERRITORIO DEL CISA12 (COMUNI DI CANDIOLO, NICHELINO, NONE E VINOVO)**

Il “dopo di noi” è una preoccupazione importante per le famiglie che hanno un figlio con disabilità intellettiva e/o autismo non autosufficiente.

Essa aumenta con l'aumentare dell'età dei soggetti interessati e delle loro famiglie, ed è indubbiamente presente anche nel nostro territorio.

Nei Comuni del Cisa12 (Nichelino, None, Vinovo e Candiolo) afferenti all'AslTo5, sono presenti un paio di piccole strutture residenziali socio-sanitarie (comunità alloggio) per persone con disabilità intellettiva grave. Ma sono al limite della saturazione, anche in considerazione dell'età avanzata di diversi familiari delle persone disabili che frequentano i centri diurni.

In ogni modo le eventuali urgenze devono essere obbligatoriamente garantite - in base alle leggi vigenti - dall'Aslto5 / Cisa12: non c'è lista d'attesa che tenga! Stiamo parlando di diritti pienamente e immediatamente esigibili.

Questa informazione è fondamentale e in tal senso sono positive le iniziative - che vanno comunque potenziate - assunte nel corso degli ultimi anni (su sollecitazione Utim) dai Comuni di Nichelino, None Vinovo e Candiolo con la stampa e diffusione nel territorio del pieghevole informativo “Tutti hanno diritto alle cure socio-sanitarie” rivolto sia alle persone con disabilità intellettiva grave/autismo sia agli anziani malati non autosufficienti.

È chiaro però che nei casi di urgenza il ricovero seppur obbligatorio avviene dove in quel momento il posto risulta disponibile, e pertanto a volte anche lontano. E questo non va bene.

La recente legge sul “Dopo di noi” e i nuovi Lea sono l'occasione per far emergere il fabbisogno e inserire la realizzazione di una nuova comunità alloggio nella programmazione regionale. Comunità che sarà fruibile già per il “durante noi” con i ricoveri temporanei (fine settimana, periodi di sollievo,...) per alleviare il carico dei familiari, abituare la persona gradualmente al distacco, oppure per coprire le emergenze (un ricovero in ospedale del genitore, ecc.).

Per questo è bene prevedere in anticipo la realizzazione di piccole strutture nel territorio, tenuto conto che dalla richiesta all'entrata in funzione possono passare anche 10 anni!

È già stata più volte da noi segnalata la necessità di programmare nei Comuni del Cisa12 almeno un'altra piccola comunità alloggio socio-sanitaria da 8 posti letto e due per le emergenze, i ricoveri di sollievo o tregua.

A nostro avviso la nuova struttura potrebbe essere ricavata utilizzando alloggi dell'edilizia popolare -- sull'esempio di quella di Via Amendola a Nichelino -- che per legge

UTIMinforma UTIMinforma UTIMinforma UTIMinforma

devono essere destinati a cosiddetti “casi sociali”, quindi senza eccessivi costi di realizzazione.

No pertanto a strutture grosse, tipo istituti o, anche se piccole, accorpate tra loro.

E no anche alla prassi di trasferire in Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) per liberare posti nelle comunità alloggio, persone con disabilità intellettiva/autismo quando raggiungono i 60/65 anni: se la persona invecchia ma non ha serie malattie croniche invalidanti e/o geriatriche, deve continuare a vivere nella sua casa-comunità con le persone che sono diventate negli anni il suo ambiente e i suoi affetti, educatori, operatori socio-sanitari, gli altri utenti della comunità... Purtroppo è una pratica che si sta diffondendo per sole ragioni economiche.

Ricordiamo però che la Dgr 34 del 16 maggio 2016 prevede che *«Qualora una persona è in carico al Distretto di salute mentale o alle Dipendenze Patologiche o alla Unità di valutazione multidisciplinare della disabilità, il raggiungimento della fascia d'età dei 65 anni e/o una riduzione del livello di autosufficienza non deve comportare una richiesta automatica di Valutazione dell'UVG finalizzata alla presa in carico come anziano non autosufficiente, in quanto l'età anagrafica non determina il venir meno delle caratteristiche cliniche e patologiche della persona».*

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 intellettivo 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 intellettivo) 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