

ANNO 34°

DICEMBRE 2017 – GENNAIO-FEBBRAIO 2018

SOMMARIO

- Pag. 2 *Regione Piemonte: il pericolo del fondo per le non autosufficienze*
- Pag. 6 *Disabilità intellettiva grave o autismo: dal ricovero di sollievo alla comunità alloggio a tempo indeterminato*
- Pag. 9 *“Durante e dopo di noi”: i diritti esigibili, se hai un congiunto con autismo e/o disabilità intellettiva con limitata o nulla autonomia*
- Pag. 11 *Torino: approvata la richiesta di un Consiglio comunale straordinario sulle illegittime liste di attesa per malati non autosufficienti*
- Pag. 12 *Consorzio socio-assistenziale di Nichelino, None, Vinovo, Candiolo: utile comunicazione anti-disinformazione sui diritti dei malati non autosufficienti*
- Pag. 14 *Botta e risposta sulle case di cura. (Confuso) rinvio dell'assessore alla sanità della Regione Piemonte al nefasto piano della cronicità*
- Pag. 17 *Indicatore della situazione economica (Isee). Il Piemonte sospende «sine die» la norma nazionale. Ricorsi contro i regolamenti comunali?*
- Pag. 18 *Ipab inattive: milioni di euro a portata di mano del Comune di Torino, che invece discrimina i malati che chiedono integrazione economica*
- Pag. 20 *Non solo minori. Un albo tutori anche per i malati non autosufficienti*
- Pag. 21 *UTIMINFORMA - Torino, «Il Comune riprenda in mano le politiche sulla disabilità»: liste d'attesa, Isee, cure domiciliari i capitoli da riaprire*



FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE ONLUS

C.F. 97638290011

(vedi l'ultima pagina)

REGIONE PIEMONTE: IL PERICOLO DEL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

Il 2018 si annuncia in Regione Piemonte come un anno, preelettorale, decisivo sulle questioni del riconoscimento concreto del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le persone non autosufficienti. Quali le possibilità concrete di affermazione dei diritti e le insidie che si profilano lungo il percorso? Controcittà presenta uno sguardo di prospettiva sui prossimi mesi.

Il pericolo del Fondo. Paventato da più parti e «ufficializzato» negli incontri promossi dall'assessorato alle politiche sociali della Regione Piemonte, il progetto di istituzione di un **Fondo regionale per le prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti** sarebbe – nonostante il titolo, che sembra indicare una misura di protezione – un arretramento dannoso rispetto ai diritti stabiliti dalla legge per gli anziani malati/persone con disabilità intellettiva e/o autismo non autosufficienti. Tutti questi utenti hanno infatti pieno ed esigibile diritto alle prestazioni domiciliari, residenziali e semi-residenziali previste dai Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Sono prestazioni di titolarità primariamente sanitaria – che non possono essere negate per ragioni di bilancio, né erogate in base alla valutazione economica degli utenti – e attività di cura che devono essere pagate dal Servizio sanitario nazionale per una quota dal 70 al 40%. Solo per quanto riguarda la restante quota di pagamento, a carico dell'utente, è legittima la valutazione socio-economica dell'assistito da parte dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali (Comuni o Consorzi) deputati ad integrare quanto l'utente non riesce a corrispondere per coprire la retta.

Nessuna di queste tutele sarebbe garantita – lo insegnano altre esperienze regionali – da un eventuale Fondo **sotto la regia del settore politiche sociali regionale** che avrebbe tre elementi di illegittimità basilari: 1) negherebbe di fatto la condizione di malati/persone con rilevantissima esigenza di tutela della salute degli anziani e delle persone con disabilità/autismo non autosufficienti¹; 2) vincolerebbe l'accesso all'intera prestazione ad una valutazione economica dell'assistito e del suo nucleo familiare; 3) avrà una dote di risorse discrezionale e limitata, che non consentirà di erogare – come dev'essere in base alla legge – prestazioni universalistiche che risponderrebbero ai bisogni dei malati, ma la cui quantità e qualità sarebbe invece vincolata alle risorse che la Regione stessa sceglierà eventualmente di farvi confluire.

La bufala del caregiver. La stessa logica del Fondo è stata applicata al recente provvedimento nazionale, inserito nella legge di Bilancio 2018 per l'istituzione presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali «*del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019*

¹ L'Ordine dei Medici di Torino ha specificato nei documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016 che si tratta di esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili, cioè mai legittimamente rinviabili.

e 2020. Il Fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare». Il provvedimento non contiene i necessari riferimenti al diritto esigibile, sopra illustrato, alle cure sanitarie e socio-sanitarie e quindi si configura come una (minima) destinazione di risorse sul capitolo socio-assistenziale, quindi discrezionale, senza alcun riferimento alle competenze della sanità nelle prestazioni necessarie ad una persona non autosufficiente. Di più, il provvedimento che pure apre al concetto di «cura non professionale» contiene a nostro avviso anche uno spostamento di prospettiva pericoloso per l'utente malato o con disabilità intellettiva grave/autismo: riferimento del provvedimento è il caregiver (che noi preferiamo chiamare «accuditore»), mentre il titolare del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è la persona non autosufficiente. Non è possibile pensare di affrontare la situazione della sua presa in carico domiciliare se non garantendo l'intervento della sanità per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a lui dovute.

Applicare la legge. L'aspetto paradossale della vicenda è che nel settore delle prestazioni domiciliari non si deve inventare nulla. Quindi non ha senso parlare di «riforma» o «intervento strutturale» per definire qualche provvedimento da progettare. È sufficiente (nella condizione attuale sarebbe una rivoluzione rispetto a quanto non fatto dalla Regione Piemonte in questi anni) dare piena applicazione alla legge 10/2010 della Regione Piemonte sulle prestazioni domiciliari per le persone non autosufficienti. È un provvedimento mai pienamente applicato, nonostante da anni il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base invii proposte di regolamento attuativo alla Giunta e al Consiglio regionale. Stabilisce che «*le prestazioni domiciliari (...) sono assicurate attraverso: a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati; b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare; c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto; d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari*».

La legge, quindi, c'è già. La richiesta di sua applicazione è stata una delle fondamentali richieste dei presidi animati dalla Fondazione promozione sociale onlus negli ultimi tre mesi del 2017 con manifestazioni di fronte alla sede della Giunta regionale in piazza Castello. Obiettivo: rendere visibile la condizione di decine di migliaia di malati e persone con disabilità non autosufficienti che vengono esclusi dalle cure sanitarie e socio-sanitarie.

Perché non si può rinunciare alla sanità. La cronica latitanza di funzionari e rappresentanti dell'assessorato alla Sanità alle discussioni pubbliche sul tema (non ultima la convocazione per la definizione del piano dell'integrazione socio-sanitaria della Regione Piemonte, non a caso gestita esclusivamente dall'assessorato alle politiche sociali) dice più di cento proclami: la

sanità piemontese vuole abbandonare questi utenti contro una ragionevole valutazione delle loro esigenze (che sono in massima parte di cura delle patologie o di tutela della salute e quindi sanitarie) e delle competenze istituzionali. È un atteggiamento assolutamente illegittimo: le persone non autosufficienti (malati/persone con disabilità o autismo) sono utenti del Servizio sanitario nazionale allo stesso modo di tutti i malati. Anche in questo caso, l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino nel suo documento del 21 marzo 2016 ha precisato la questione in modo lapidario chiedendo alla Regione «*che siano le Asl a coprire i costi, come previsto dai Livelli essenziali delle attività socio-sanitarie (Lea), delle suddette prestazioni socio-sanitarie domiciliari, che rappresentano anche un'opportunità di risparmio di spesa rispetto ai ricoveri ospedalieri e/o alle prestazioni residenziali. Ed in particolare che il Servizio Sanitario Nazionale copra il 100% delle prestazioni di "medicina generale e specialistica, infermieristiche, riabilitative e di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa" e il 50% di quelle di "assistenza tutelare", con il restante importo a carico dell'utente o del Comune in caso di risorse economiche insufficienti*».

La «lezione» del Fondo per le non autosufficienze. Ci pare utile in conclusione riportare la nota sul Fondo per le non autosufficienze che il Csa inviò due anni fa, il 28 gennaio 2015, nella comunicazione/newsletter "Informazioni 1/2015" e pubblicata sul primo numero di quell'anno di Controcittà. S'intitolava: "Fondo per le non autosufficienze, questo sconosciuto". L'animata discussione sulle risorse previste dalla legge 296 del 2006 (articolo 1, commi 1264 e 1265) torna alla ribalta ogni anno in occasione dell'approvazione della legge finanziaria (quest'anno i 400 milioni di euro del Fondo sono stati prima annunciati, poi ridotti, infine confermati). Ma spesso, sia tra gli utenti sia tra le associazioni, c'è confusione sul corretto utilizzo di questi fondi e sulle prestazioni coperte da queste risorse. Facciamo chiarezza, spiegando nel dettaglio come il Fondo per le non autosufficienze – erogato dallo Stato e destinato esclusivamente ai Comuni – non costituisca affatto il solo canale di finanziamento delle prestazioni riservate alle persone non autosufficienti, e nemmeno il più consistente, che dovrebbe essere il Fondo sanitario nazionale, in base a quanto previsto dalle leggi, ma in larga parte disatteso.

Partiamo dai Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (i Lea, definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, le cui norme hanno forza di legge in base all'articolo 54 della legge 289/2002).

Essi stabiliscono che sono a carico del Fondo sanitario nazionale le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali (centro diurno) e residenziali (per esempio ricovero in Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) per anziani malati cronici non autosufficienti). Per queste prestazioni è fissata una quota del costo totale che viene coperta dalla sanità: nel caso delle cure domiciliari, per esempio, è coperto dall'Asl il 100% delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative, più il 50% del costo dell'assistenza programmata a domicilio per le «*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*»; nel caso di ricovero in Rsa di pazienti anziani malati cronici non autosufficienti la sanità è tenuta a coprire almeno il 50% della retta. Tutte prestazioni – diritti esigibili – che non possono essere negate con il pretesto della scarsità di risorse.

Per la parte non coperta dal Fondo sanitario nazionale gli utenti devono contribuire sulla base delle loro personali risorse economiche (redditi e beni) dedotti gli eventuali oneri relativi agli obblighi di legge (ad esempio per il mantenimento del coniuge o di altre persone a carico).

E il “nostro” Fondo per le non autosufficienze? Solo per la parte non coperta né dal Servizio sanitario nazionale, né dagli utenti, intervengono i Comuni con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze. Lo specifica il decreto di riparto del Fondo tra le varie Regioni italiane: gli interventi finanziati «*non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari*». In violazione della legge, però – ha segnalato ancora recentemente il Csa – Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base con sede a Torino – «*ci sono Regioni (a titolo d'esempio Lazio, Lombardia, Umbria e parte del Piemonte) che erogano alle persone non autosufficienti solo le risorse del Fondo per le non autosufficienze, senza traccia di quelle sanitarie*». Ecco una stima del Csa: «*A fronte di un costo giornaliero delle prestazioni domiciliari di “aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona” di 60 euro (importo approssimativo), le Asl devono versarne 30. Dei rimanenti 30 se, in base ai propri redditi, l'utente può contribuire nella misura di 20 euro, i Comuni devono intervenire con i restanti 10. Analoga è la ripartizione dei costi per le prestazioni residenziali*», seppur colpevolmente omesse dal decreto di riparto. Pertanto, il Fondo sanitario nazionale deve erogare finanziamenti per un importo tre volte più consistente delle somme erogate dai Comuni.

A fronte dei 400 milioni del Fondo per le non autosufficienze 2015, le Asl devono corrispondere una somma di 1 miliardo e 200 milioni. La situazione in Piemonte, dove 32mila persone non autosufficienti sono in illegittima lista di attesa, è analoga: a fronte di un riparto del Fondo per le non autosufficienze di 27 milioni, le Asl ne dovrebbero corrispondere un'ottantina (!). Dove sono questi soldi?

ABBONATEVI A PROSPETTIVE ASSISTENZIALI

Dal 1968 *Prospettive assistenziali* fornisce le informazioni indispensabili per ottenere l'attuazione dei diritti esigibili stabiliti dalla legge a favore dei soggetti con handicap intellettuale grave, degli anziani malati cronici non autosufficienti, delle persone colpite dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Il costo dell'abbonamento annuale ordinario è di **50 euro** (sostenitore 70 euro, Soci delle Organizzazioni aderenti al Csa 40 euro). *Gli abbonamenti possono essere effettuati versando le relative quote: - sul c.c.p. n. 25454109 intestato a: Associazione promozione sociale, via Artisti 36, 10124 Torino (tel. 011.8124469 - fax 011.8122595); oppure tramite bonifico bancario, all'Associazione promozione sociale, codice Iban: IT39 Y 02008 01058 000002228088 (Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).*

Gli abbonamenti decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre.



DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE O AUTISMO: DAL RICOVERO DI SOLLIEVO ALLA COMUNITÀ ALLOGGIO A TEMPO INDETERMINATO

di MARIA GRAZIA BREDA ²

Capita sovente che il ricovero di sollievo (un periodo determinato, di norma 30 giorni, di inserimento della persona con disabilità e/o autismo in Comunità alloggio) sia utilizzato dalle Asl come «soluzione tampone» per non garantire il ricovero definitivo dell'utente, che ne ha pieno diritto e che magari l'ha richiesto da tempo. In queste situazioni l'Asl scarica di fatto sulle famiglie l'incombenza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per la persona con disabilità grave, mentre ha l'obbligo di assicurarle. È quindi percorribile ed efficace la strada per ottenere, in continuità con un ricovero di sollievo, la permanenza definitiva dell'utente presso una struttura residenziale, meglio se una comunità alloggio di 8 posti più 2 per sollievo/emergenza. Riportiamo qui indicazioni e strumenti per affrontare la situazione, tratte da un caso seguito nelle scorse settimane dalla Fondazione promozione sociale onlus.

Come rifiutare il rientro al domicilio, dopo il ricovero di sollievo. Serena si rivolge alla nostra Fondazione, perché è da mesi che «gira come una trottola» tra i vari servizi sanitari e socio-sanitari del territorio in cui abita, per discutere la situazione di suo fratello Antonio G., 32 anni, persona con disabilità intellettiva e limitata autonomia.

Già nel febbraio 2016 il fratello Giovanni, che è anche il tutore di Antonio, ha presentato la domanda all'Asl di residenza e al Consorzio socio-assistenziale per un ricovero definitivo in comunità alloggio di Antonio, che vive con Serena da quando la mamma è morta.

Dopo numerosi solleciti scritti e verbali, hanno ottenuto a ottobre 2017 (più di un anno e mezzo dopo la prima richiesta!) un ricovero di sollievo della durata di 30 giorni, che adesso sta per concludersi. Serena è disperata, perché la loro situazione familiare nel frattempo è mutata e i fratelli non sono più in grado di far fronte ai bisogni di Antonio. È impossibile accettare il suo rientro a casa perché Serena a breve deve trasferirsi per lavoro e il fratello/tutore ha un'attività in proprio che gestisce con la moglie, nonché due gemelli ancora piccolissimi.

Ai colloqui con i servizi sanitari e socio-sanitari presentarsi con un testimone. Quando Serena ci telefona è per sapere come comportarsi all'incontro, che avrà il giorno seguente con i servizi socio-sanitari: finalmente si sono decisi ad affrontare la situazione, anche se l'assistente sociale al telefono ha già anticipato che si stanno adoperando per trovare una soluzione definitiva, ma nel frattempo Antonio deve rientrare a casa, anche perché la comunità in cui si trova attualmente ha in programma alcuni lavori di ristrutturazione.

Serena è intenzionata ad andare all'incontro, perché lo ha più volte sollecitato. Le consigliamo a questo punto di andare accompagnata da una persona che possa fungere in seguito da

² Presidente della Fondazione promozione sociale onlus

testimone [*è necessario che sia un maggiorenne, non parente o affine. Un vicino di casa, un'amica, un collega di lavoro...*, NdR]. Spieghiamo che, in ogni caso, sarà necessario far seguire un pro-memoria scritto da inviare al Direttore generale dell'Asl e al Direttore del Consorzio socio-assistenziale. In base alla legge 833/1978 di riforma del Servizio sanitario nazionale non è l'assistente sociale, ma il Direttore generale dell'Asl che ha l'obbligo di garantire il ricovero in comunità alloggio di Antonio, una prestazione socio-sanitaria che rientra nei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

Non è un aspetto di poco conto, perché in caso di rifiuto scritto dell'Asl di garantire l'inserimento definitivo nella comunità alloggio, c'è la possibilità di ricorrere in sede di giudizio. I Lea rappresentano il nucleo irriducibile del diritto alla salute e devono essere garantiti; non possono essere condizionati dalla disponibilità delle risorse. Numerose sentenze confermano poi l'esigibilità del diritto alle prestazioni Lea³.

Serena comprende perfettamente qual è il comportamento da assumere e si presenta al colloquio con i servizi socio-sanitari accompagnata dall'amica. Il fratello/tutore purtroppo non può essere presente. La presenza di una testimone è già un elemento che influisce positivamente. Infatti, quando ribadisce i motivi del rifiuto al rientro in famiglia di Antonio e la richiesta di prosecuzione dell'inserimento nella stessa comunità alloggio, dove peraltro si trova molto bene, la risposta dei servizi è più collaborativa.

Dopo gli incontri (o le telefonate) confermare sempre per iscritto. Serena viene a sapere che si può comunque trovare una sistemazione per Antonio, nella stessa comunità, nonostante i lavori di ristrutturazione. Inoltre si anticipa di avere già individuato un'altra comunità alloggio, con l'invito ai fratelli di prenderla in considerazione e di programmare una visita di persona per una migliore valutazione. Infine la responsabile dei servizi socio-assistenziali anticipa che, considerate le difficoltà esposte da Serena, verrà presentata la richiesta di proroga del ricovero all'Asl di competenza.

³ Cfr. le sentenze e i riferimenti pubblicati su www.fondazionepromozionesociale.it. Per tutte ricordiamo la sentenza 509/2000 della Corte costituzionale: «*il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è 'garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti'* (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel 'nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana'** (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), **il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto**».

Serena è soddisfatta perché Antonio per adesso rimane in comunità; non esclude di prendere in considerazione la possibilità di un trasferimento nella comunità proposta, perché è comunque situata in una località vicina.

Tuttavia ci tiene a ribadire che Antonio ha creato già dei legami positivi sia con il personale, sia con gli altri utenti. Ricorda che già prima dell'ultimo ricovero, Antonio aveva nell'ultimo anno e mezzo usufruito di altri brevi periodi di sollievo, che gli hanno permesso di prendere confidenza gradualmente con la vita della comunità e i suoi abitanti. Per la sua disabilità intellettiva, potrebbe invece avere reazioni negative se venisse trasferito in un altro ambiente.

All'uscita dal colloquio Serena prepara, come concordato con la Fondazione, un pro-memoria dell'incontro, che ci invia per un parere e per sapere a chi esattamente deve spedirlo.

La Fondazione predispone il fac-simile delle lettere raccomandate a/r sulla base delle informazioni contenute nel pro-memoria scritto da Serena. Nella lettera raccomandata a/r il fratello/tutore precisa quanto anticipato a voce da Serena durante l'incontro con i servizi e cioè:

- la richiesta di ricovero definitivo con la garanzia di prosecuzione nella Comunità alloggio nella quale si trova attualmente Antonio; viene richiamata la corrispondenza scritta precedente e le tre successive valutazioni della commissione Asl;
- la preferenza per il mantenimento della continuità terapeutica socio-sanitaria nella comunità alloggio nella quale è attualmente inserito per le motivazioni anticipate da Serena nell'incontro suddetto;
- l'impossibilità per i familiari di accettare il rientro al termine del ricovero di sollievo, anche per un breve periodo, per le motivazioni anticipate da Serena.

Le lettere raccomandate con ricevuta di ritorno sono indirizzate al Direttore generale dell'Asl e al Direttore del Consorzio socio-assistenziale e sono firmate in primo luogo dal fratello tutore, dalla sorella e dall'amica come persone presenti all'incontro e terminano con la richiesta di una risposta scritta ai sensi della legge 241/1990. In base alla legge l'Asl è obbligata ad assicurare tale risposta formale, anche se possono trascorrere fino a 90 giorni.

Nel frattempo, l'utente continua la permanenza, del tutto legittima, presso la comunità alloggio.

L'Asl può prorogare il ricovero di sollievo. Serena, intanto, ha ricevuto una telefonata della responsabile dei servizi socio-assistenziali. Conferma che Antonio prosegue la permanenza nella stessa comunità alloggio in attesa di rivedere e confermare il progetto di inserimento definitivo con una nuova valutazione dell'Asl.



“DURANTE E DOPO DI NOI”: I DIRITTI ESIGIBILI, SE HAI UN CONGIUNTO CON AUTISMO E/O DISABILITÀ INTELLETTIVA CON LIMITATA O NULLA AUTONOMIA

Prestazioni sanitarie

In base alla legge 833/1978, il Servizio sanitario nazionale è obbligato ai sensi dell'articolo 1 a fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» sanitario nazionale e, ai sensi dell'articolo 2, stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata».

In Piemonte ai sensi della delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 2/2016 le Asl devono assicurare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che riguardano la diagnosi e la presa in carico per il progetto educativo abilitativo e il monitoraggio farmacologico.

Prestazioni socio-sanitarie

Le persone affette da disturbo pervasivo dello sviluppo e/o autismo con limitata o nulla autonomia hanno altresì il diritto a prestazioni socio-sanitarie definite dai Lea e resi cogenti dall'articolo 54 della legge 289/2002: cure domiciliari, centri diurni e ricoveri residenziali

Come ottenere l'attuazione dei diritti sanciti dai Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria

Per ottenere le prestazioni alle quali si ha il diritto esigibile occorre che la richiesta sia presentata in forma scritta con lettera raccomandata A/R al Direttore generale dell'Asl e al Sindaco di residenza dell'interessato, precisando le prestazioni richieste.

Su www.fondazionepromozionesociale.it sono reperibili facsimili da utilizzare (per es. per la richiesta di prestazioni domiciliari abilitative/educative, la frequenza di un centro diurno o per un ricovero in comunità alloggio).

In base ai Lea il Servizio sanitario nazionale deve garantire:

- il 50% del costo della prestazione domiciliare;
- dal 50 al 70% del costo del centro diurno
- dal 40 al 70% del costo del ricovero in una struttura residenziale socio-sanitaria (comunità alloggio, gruppo appartamento) in base alle autonomie e alle esigenze della persona.

I Comuni e/o i Consorzi socio-assistenziali integrano obbligatoriamente la quota alberghiera dell'utente se quest'ultimo non dispone di risorse sufficienti in base alla normativa dell'Isee. Le persone adulte con disabilità intellettiva e/o autismo in situazione di gravità, prive di coniuge e figli, fanno nucleo a sé e, pertanto, l'Isee è calcolato solo sulla base della loro situazione economica personale (decreto legislativo 159/2013 e Circolare Inps 137, 25 luglio 2016).

Il progetto individualizzato

Il Pai (Piano assistenziale individualizzato) viene definito in sede di Commissione di valutazione dell'Asl/Ente gestore (Umvd) e dovrà essere adeguato di volta in volta al mutare delle esigenze della persona (cfr. le delibere della Giunta della Regione Piemonte n. 51/2003, allegato B, recepimento della normativa regionale sui Lea; la n. 47/2017 in attuazione della legge 112/2016 e del decreto del 23 novembre 2016 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali "Disposizioni in materia di assistenza alle persone con disabilità grave ("dopo di noi"). Ai sensi della Dgr. 51/2003 il genitore/tutore o amministratore di sostegno può essere presente al momento della valutazione e della definizione del progetto; può altresì chiedere la presenza di un esperto di sua fiducia.

Amministratore di sostegno / tutore

Per poter rappresentare e agire in sostituzione della persona adulta con autismo e/o con disabilità intellettiva e limitata o nulla autonomia, è indispensabile la nomina di un tutore o un Amministratore di sostegno, ruolo che può essere assunto anche da un congiunto. Per informazioni al riguardo consultare il sito www.tutori.it

Cosa possono fare le associazioni

Il primo dovere delle associazioni dei familiari delle persone con handicap intellettivo dovrebbe essere quello di fornire informazioni corrette ai loro soci e aderenti ed impegnarsi "durante noi" perché:

- siano fornite prioritariamente le cure socio-sanitarie domiciliari;
- vengano realizzate strutture diurne e residenziali in numero adeguato al fabbisogno;
- le comunità alloggio siano collocate nel normale contesto abitativo; non siano autorizzati più di 10 posti letto (di cui due per il pronto intervento); non siano accorpate con altre nel medesimo edificio;
- non siano autorizzate e/o accreditate dagli enti locali strutture con caratteristiche diverse dalle comunità alloggio come sopra descritte. Il "dopo di noi" sarà meno preoccupante se "durante noi" sapremo contrastare anche questa nuova tendenza al ritorno strisciante verso i mai abbastanza vituperati "istituti", quali sono attualmente le Raf (Residenze assistenziali flessibili) da 12 posti in su. Non dobbiamo accettare passivamente che tutto ciò che le famiglie e le loro associazioni hanno conquistato venga rimesso in discussione.

Per essere sempre aggiornati

È consigliato l'abbonamento alla rivista "**Prospettive assistenziali**": il costo è di 50 euro per il 2018. Versamento sul conto corrente postale n. 25454109 intestato a: Associazione promozione sociale - via Artisti, 36 - 10124 Torino, oppure tramite bonifico bancario sempre all'Associazione promozione sociale, Iban: IT39Y0200801058000002228088 - Unicredit banca.

I principali temi trattati dalla rivista nel 2017: - *"Dopo di noi", attuazione del Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e della legge 112/2016;* - *Ricorso contro l'importo da fame dell'indennità di accompagnamento, uno strumento di difesa dei propri familiari con disabilità grave;* - *Quando il giudice tutelare agisce a beneficio dell'utente: un caso di tutela del diritto alla presa in carico socio-sanitaria;* - *Disabilità: una comunità alloggio per Collegno, Grugliasco e Rivoli;* - *La Commissione europea riceve la Petizione sulle cure domiciliari: ora è fondamentale sostenerla.*

Per informazioni su come richiedere cure sanitarie e/o prestazioni socio-sanitarie (cure domiciliari, centri diurni, comunità alloggio) rivolgersi a: "Sportello autismo" Via Artisti 36 - 10124 Torino (presso la Fondazione Promozione sociale onlus) Luceperlautismo@gmail.com Cell. 349.5496518 info@autismoesocieta.org cell. 3497158035; oppure a: UTIM, Unione tutela persone con disabilità intellettiva, tel. 011.889484 utim@utimdirittihandicap.it. Si riceve su appuntamento.

TORINO: APPROVATA LA RICHIESTA DI UN CONSIGLIO COMUNALE STRAORDINARIO SULLE ILLEGITTIME LISTE DI ATTESA PER MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

La Consigliera del Comune di Torino Eleonora Artesio, dopo la presentazione a fine 2017 di una ufficiale richiesta di Consiglio comunale aperto straordinario sulle liste di attesa per malati non autosufficienti, scrive al Csa: *Il Consiglio comunale di Torino ha raggiunto il numero sufficiente per ottenere la convocazione del Consiglio comunale aperto su liste d'attesa in residenza sanitaria assistenziale in cure domiciliari per i malati cronici non autosufficienti. Non hanno sottoscritto il consigliere Morano, assente nei giorni di raccolta firme, e il Pd. Ora definizione di date e di modalità compete al Presidente del Consiglio comunale; è improbabile si riesca entro l'anno visto che si rientra nella sessione di bilancio, ritengo plausibile una delle prime sedute di gennaio.* Mentre andiamo in stampa, nella seconda metà di febbraio 2018, il Consiglio aperto non è ancora stato convocato.

Gentili colleghi, sottopongo alla vostra attenzione l'opportunità di una adunanza straordinaria ai sensi dell'articolo 98 del Consiglio comunale su una materia di urgenza e di ampia estensione. Si tratta degli anziani non autosufficienti, per i quali dovrebbero essere previsti, a seguito della valutazione clinico sociale, inserimenti in residenza sanitaria assistenziale o, ove ne ricorrano le condizioni, in cure domiciliari di lungo assistenza. Entrambe le prese in carico comporterebbero, ai sensi dei Lea, una compartecipazione o alle rette residenziali o all'assegno di cura domiciliare del Servizio sanitario.

Purtroppo, prima per il Piano di rientro regionale, poi in ossequio al pareggio di bilancio, la sanità si è sottratta ai propri obblighi, producendo gravi distorsioni del sistema. Sui quotidiani del 17 novembre veniva riferito del sovraffollamento dei Pronto soccorso e della impossibilità di dimettere anziani cronici, con la conseguente occupazione di posti letto che dovrebbero essere destinati agli acuti. Questa situazione deriva dall'«opposizione alle dimissioni», adottata come Extrema Ratio dai familiari impossibilitati a fare fronte alle tariffe in residenza sanitaria assistenziale o agli stipendi di una o più assistente domiciliare. Oneri che sarebbero alleggeriti con il concorso economico dell'Asl.

Le conseguenze riguardano drammaticamente gli interessati, ma anche il Comune di Torino in quanto la sanità definisce tali malati quali «anziani fragili» o «casi sociali», riconducendo l'obbligo di assistenza ai Comuni. In più non conosciamo, al di là delle cronache [riportate sui mezzi di comunicazione diffusi in Piemonte, NdR], la dimensione del problema visto che la sanità non ha divulgato dal 2014 l'andamento delle liste d'attesa [degli anziani malati cronici non autosufficienti, NdR]. Allora in tutto il Piemonte erano 30.000 persone. Due terzi a Torino.

Propongo pertanto di convocare un Consiglio tematico con invito alle Autorità sanitarie, alle Associazioni tutela dei malati, alle Organizzazioni sindacali doppiamente interessate per le rappresentanze Generali e per quelle di categoria della funzione pubblica e Sanità.

Ai sensi del regolamento occorre la sottoscrizione dei due terzi dei Consiglieri comunali quindi mi permetto di segnalarvi tale necessità.

CONSORZIO SOCIO-ASSISTENZIALE DI NICHELINO: UTILE COMUNICAZIONE ANTI-DISINFORMAZIONE SUI DIRITTI DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Riportiamo il testo dell'importante «Informativa sui diritti sanitari e socio sanitari degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza senile» approvata dal Cisa 12, il Consorzio socio-assistenziale dei Comuni di Nichelino, None, Vinovo e Candiolo (To). Analoga iniziativa era stata assunta poche settimane prima dal Cisap, Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali dei Comuni di Collegno e Grugliasco (To). L'iniziativa, già di per sé importante, sarà decisiva come strumento anti-disinformazione e per la conoscenza dei diritti esigibili e delle conseguenti prestazioni socio-sanitarie, se l'informativa verrà diffusa dall'Ente stesso, ma anche da organizzazioni/associazioni e cittadini.

TESTO DELL'INFORMATIVA

La presa in carico per l'accesso agli interventi socio-sanitari degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza senile è garantito dall'Unità di Valutazione Geriatrica che si occupa di valutare la non autosufficienza della persona anziana e di elaborare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) tenuto conto della volontà della persona assistita ed in collaborazione con i familiari. Per accedere alla valutazione è necessario rivolgersi allo Sportello Unico Socio Sanitario ubicato alla Asl To5 Distretto di Nichelino in via Debouchè 8 che garantisce l'accesso senza appuntamento il Lun-mer-ven con orario 10,00 - 12,00.

Gli interventi socio-sanitari sono le prestazioni che permettono alla persona di poter vivere al domicilio (ad esempio l'assistenza familiare a cura di una badante, l'accesso a Centri diurni, l'assistenza domiciliare da parte di un Operatore socio-sanitario (Oss) o la partecipazione ad attività geragogiche) o di poter essere inserita in una struttura residenziale (Rsa).

Rivolgendosi allo Sportello Unico Socio Sanitario è possibile avere maggiori informazioni sui servizi esistenti, un supporto nella valutazione della scelta di progetto assistenziale da predisporre con il proprio congiunto per poter svolgere la funzione assistenziale spettante al caregiver e sulle modalità di eventuale partecipazione al costo.

Riguardo alle cure sanitarie

L'accesso alle cure sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti - quando necessario anche in via d'urgenza tramite accesso al Pronto Soccorso - è un diritto esigibile ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978 in base al quale il Servizio sanitario deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata».

In ogni caso l'erogazione di prestazioni sanitarie e di interventi socio-sanitari domiciliari di cura non può costituire un obbligo per i congiunti dei malati, in quanto l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e le leggi vigenti demandano tali compiti al Sistema sanitario.

Gli utenti inseriti in strutture sanitarie di riabilitazione o di lungodegenza o nelle Case di Cura private accreditate dopo un periodo di degenza ospedaliera, così come coloro che li rappresentano,

non sono tenuti a sottoscrivere alcun impegno a non prolungare la degenza oltre i 30 giorni dal ricovero inoltre non sono tenuti a versare somme per le eventuali giornate di ricovero che superano i 30 giorni. L'ingresso e la durata dell'inserimento sono valutate dal medico e indicate nel Percorso Riabilitativo Individuale (PRI).

Riguardo agli inserimenti nelle Residenze Socio Sanitarie (Rsa)

Le Rsa accreditate con il Servizio sanitario possono ospitare persone in regime privato (il costo dell'inserimento è a totale carico della persona inserita) o in convenzione (il costo dell'inserimento è a carico del Servizio Sanitario per la quota sanitaria e a carico della persona inserita e/o del Cisa 12 come meglio specificato in seguito, per la quota alberghiera).

L'istituzione competente a disporre il ricovero in convenzione in una Rsa accreditata dei cittadini che risiedono nell'ambito territoriale dei Comuni di Nichelino, Vinovo, None e Candiolo è l'Azienda Sanitaria To5 attraverso l'Unità di Valutazione Geriatrica del Distretto di Nichelino. La Convenzione è attribuita al cittadino che potrà utilizzarla per l'inserimento nella struttura di sua scelta.

Gli importi delle rette sono stabiliti dalla Regione e autorizzati dall'Asl To5 sulla base della normativa regionale che regola l'accreditamento delle strutture. Gli aumenti tariffari, compresi quelli Istat, sono autorizzati dall'Asl e comunicati per iscritto all'assistito. Le strutture possono avere servizi aggiuntivi a pagamento, approvati dalla Commissione di Vigilanza dell'Asl, e l'utente può usufruirne, se lo desidera, alla tariffa stabilita.

Stante la piena titolarità dell'Azienda sanitaria in materia di prestazioni sanitarie e socio sanitarie di livello essenziale, al Consorzio socio assistenziale compete, su richiesta degli assistiti o di chi li rappresenta, il sostegno economico nei confronti dei ricoverati in Rsa dall'Asl To5 che – a causa del livello di reddito – non possono assumere a proprio carico gli oneri delle rette alberghiere il cui importo è del 50% rispetto alla retta totale, salvo che l'inserimento sia in un nucleo Alzheimer Temporaneo nel qual caso la quota della retta a carico dell'Asl To5 è del 70%.

Per la determinazione della quota di compartecipazione da porre a carico dell'assistito, il Consorzio socio assistenziale si attiene a quanto previsto dalle norme nazionali e regionali vigenti in merito. L'integrazione della retta, per la quota che il Consorzio Socio Assistenziale assume a proprio carico, avviene esclusivamente mediante pagamento diretto alla Rsa delle fatture emesse e non attraverso l'erogazione di contributi al ricoverato.

L'utente inserito in struttura dall'Asl To5, o la persona che lo rappresenta, non è tenuto a sottoscrivere contratti di ospitalità per tutte le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali comprese nella retta di ricovero ed elencate nel Regolamento della struttura approvato dalla Asl To5.

Agli assistiti ai quali viene integrata la retta da parte del Consorzio socio assistenziale, non deve essere richiesta alcuna cauzione da parte del gestore della Rsa.

Gli eventuali trasferimenti in altra Rsa accreditata devono essere comunicati alla Asl. Il Gestore privato non può disporre l'allontanamento o la dimissione dell'utente inserito in Convenzione con il Servizio sanitario regionale.

BOTTA E RISPOSTA SULLE CASE DI CURA. (CONFUSO) RINVIO DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE PIEMONTE AL NEFASTO PIANO DELLA CRONICITÀ

Con due interrogazioni a risposta immediata del 22 gennaio 2018, le Consigliere regionali Silvana Accossato e Daniela Ruffino sono tornate sul tema, assai preoccupante, della mancata assicurazione da parte delle Case di cura della Regione Piemonte della necessaria continuità terapeutica per gli anziani malati cronici non autosufficienti.

Nella risposta, il rimando da parte dell'Assessore alla sanità al Piano per le cronicità della Regione Piemonte, preoccupa ulteriormente, poiché tale programma risponde alle logiche di mancato riconoscimento del diritto alla cura ai malati cronici non autosufficienti, evidenziato nell'articolo d'apertura (pagina 2) di questo numero di ControCittà.

TESTO DELLE INTERROGAZIONI

➤ **Oggetto: lettere di opposizione alle dimissioni di pazienti anziani malati cronici in condizioni di non autosufficienza da strutture sanitarie o socio-sanitarie.**

PREMESSO che nei giorni scorsi ci è stato segnalato che una casa di cura convenzionata con il Servizio sanitario nazionale abbia ad uso l'emissione di fatture con rette totali a carico di pazienti anziani malati cronici non autosufficienti;

si tratta di cittadini che sono stati ricoverati da strutture sanitarie, che in tutti i casi non hanno sottoscritto contratti privati;

tali pazienti presentano esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e hanno richiesto la continuità terapeutica prevista dalla normativa vigente al termine del ricovero in posti Cavs, e sono in attesa della presa in carico dell'Asl di residenza per l'inserimento in un posto letto convenzionato;

a riprova di quanto denunciato, esistono lettere A/R con le quali l'Avvocato della Casa di cura in questione si riserva di richiedere il pagamento della quota alberghiera di euro 35 nel caso in cui il ricovero prosegua oltre il periodo prestabilito;

l'aula ha già affrontato questa situazione in risposta al Question-time n.1766 della Consigliera Ruffino, nella cui risposta si legge che «la direzione sanità ha sottoposto un quesito al servizio legislativo per appurare la possibilità di riconoscere un compenso pari alle spese alberghiere alle case di cura che ricoverano un soggetto che fa opposizione alle dimissioni»;

ad oggi non risulta che l'ufficio legislativo abbia espresso il parere e che la Giunta abbia approvato il necessario provvedimento;

CONSIDERATO che il Difensore Civico della Regione Piemonte, nella sua relazione al Consiglio regionale su questioni inerente lettere di "opposizione alle dimissioni" di pazienti anziani malati cronici in condizioni di non autosufficienza da strutture sanitarie o socio-sanitarie, del 16 maggio 2017, segnalava «l'ingravescente fenomeno delle lettere di opposizione formulate avverso provvedimenti di dimissione da case di cura ed ospedali riguardante, nella quasi totalità, pazienti anziani affetti da patologie croniche»;

nella stessa nota, il difensore civico riteneva «non ulteriormente rinviabile un intervento prescrittivo ma anche organizzativo che metta i Direttori Generali delle Asl del Piemonte in condizione di adempiere all'obbligo di assumere puntuali determinazioni a riscontro delle lettere di "opposizioni alle dimissioni"»;

SOTTOLINEATO che la delibera di Giunta regionale 72/2004, prescrive la presa in carico del paziente malato non autosufficiente al termine del percorso a carico del Servizio sanitario, con l'erogazione della prestazione socio sanitaria richiesta dall'utente o da chi lo rappresenta in base alla legge 833/1978 e all'articolo 54 della legge 289/2002 (Lea).; la casa di cura non può imporre alcun costo a carico del ricoverato che è inserito dal Servizio sanitario ed è nel percorso di continuità terapeutica.

RILEVATO che esistono documenti (il regolamento di una casa di cura, in particolare) che certificano la che "in caso di ricovero improprio, a seguito del termine indicato per le dimissioni, il paziente è tenuto a corrispondere alla struttura 35 euro al giorno a titolo di retta alberghiera, fino alla sua effettiva dimissione"; appare evidente che tale situazione derivi direttamente dalla scarsità dei posti letto accreditati in relazione al fabbisogno e pertanto sarebbe necessaria rivedere al rialzo gli obiettivi dei Direttori generali;

INTERROGA l'Assessore su quali misure ritenga di mettere in atto affinché venga tutelato il diritto alla continuità assistenziale dei pazienti piemontesi.

➤ **Oggetto: Case di cura convenzionate e continuità terapeutica dei malati Cronici non autosufficienti**

PREMESSO che con l'interrogazione n. 1766. di cui si richiama integralmente il contenuto, si chiedeva alla Giunta regionale di sapere se le case di cura convenzionate fossero state richiamate al rispetto delle norme vigenti in materia in base alle quali l'obbligo di garantire la continuità terapeutica, di malati cronici non autosufficienti. è in capo all'Asl di residenza del paziente e non ai suoi famigliari;

CONSIDERATO che l'Assessore competente. in risposta a detta interrogazione, riferiva: -la Direzione Sanità ha sottoposto un quesito al Servizio legislativo per appurare la possibilità di riconoscere un compenso pari alle spese alberghiere alle case di cura che ricoverano un soggetto che fa opposizione alle dimissioni";

RILEVATO che a oggi non risulterebbe reso alcun parere degli uffici legislativi, tantomeno la Giunta regionale ha adottato un provvedimento che consenta alle case di cura di imporre un costo a carico del paziente inserito dal servizio sanitario in un percorso di continuità terapeutica;

APPRESO che, tuttavia, alcune case di cura convenzionate emettono fatture con rette a totale carico dei pazienti, altre invece si riservano di richiedere il pagamento di una quota alberghiera, pari a 35 euro, nel caso di proseguimento del ricovero oltre il periodo stabilito;

TENUTO CONTO che tale comportamento è adottato nei confronti di malati che si avvalgono del diritto, previsto dalla legge, di opposizione alle dimissioni con richiesta della continuità terapeutica, confermata anche dal Difensore civico.

SI INTERROGA l'Assessore in merito a come si ritenga intervenire affinché sia garantito il rispetto delle norme vigenti in materia, così bloccando ogni richiesta illegittima nei confronti dei malati cronici non autosufficienti e delle loro famiglie.

Risposta dell'Assessore alla sanità della Regione Piemonte, Antonio Saitta.

Il percorso di continuità assistenziale dall'ospedale al territorio è garantito dalla Regione Piemonte come presa in carico socio-sanitaria, anche in ipotesi di urgenza, in base a norme che hanno come obiettivo la persona e i suoi bisogni assistenziali, sempre in un sistema di equità. Attualmente le norme che regolano la presa in carico della persona non autosufficiente sono la DGR del 2013 *“Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”*, in ottemperanza all'ordinanza del TAR del 2013, la DGR del 2016 *“Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore di anziani non autosufficienti”*, una determinazione del 30 giugno 2016 ed una delibera di Giunta regionale del 2016 *“Modulazione dell'offerta degli interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'unità di valutazione geriatrica”*.

Ho citato queste deliberazioni per dare delle risposte, ma soprattutto per contestualizzare ed indicare quali sono le questioni che ancora necessitano di essere affrontate. Devo dire che, oltre a queste norme che risalgono al 2013 e riviste nel 2016, c'è anche una normativa nazionale. Quindi, ci troviamo di fronte ad un sistema complesso, perché quello che verificiamo in Piemonte per quanto riguarda le questioni denunciate è una questione che avviene in tutte le Regioni.

Tuttavia, essendo questo il quadro ed essendo dell'opinione che bisogna dare delle risposte per evitare i problemi che sono stati segnalati, mi pare che in una precedente riunione avevo dato comunicazione che c'è un'unità di approfondimento dal punto di vista giuridico; però ci siamo anche resi conto che il problema non è soltanto giuridico, perché dal punto di vista giuridico evidentemente ci sono delle questioni contrapposte da parte degli operatori e da parte delle esigenze.

Sono questioni anche complesse, perché hanno un riflesso sulle liste d'attesa, che può anche dire scavalcare... Insomma, c'è un problema di un riordino.

Noi abbiamo pensato, anche sulla base delle indicazioni date dal Difensore Civico nella sua ultima relazione presentata, in cui ha trattato questo tema, che più che indicazioni da dare ai direttori, man mano che c'è qualche segnalazione noi ci informiamo e cerchiamo di capire.

Tuttavia, resta un problema irrisolto nel tempo, che è quello della presa in carico, nella sua totalità, del paziente cronico.

Dal punto di vista dell'organizzazione, la risposta sarà data nel Piano della cronicità, che noi pensiamo, come Giunta, di approvare, non come delibera di Giunta perché è una delibera di Consiglio (quindi diciamo di licenziarlo) entro metà febbraio, per presentarlo poi in Consiglio.

Lì si è cercato di dare una risposta più sistemica, anziché soltanto giuridica, dove mettiamo insieme queste questioni (c'è poi anche il problema del reddito, della famiglia). C'è

una serie di questioni dov'è chiaro che noi dobbiamo adottare i principi di garantire la salute, la cura, ma anche l'equità, che è una condizione fondamentale per ampliare la base di quelli che necessitano di cure.

Oggi una risposta non sono in grado di darla, ma esclusivamente perché il Piano della cronicità è già stato oggetto di una serie di seminari con tutto il mondo interessato a questo settore, a partire dai medici di famiglia fino ai fisiatri, cioè tutti quelli che sono stati interessati per trovare una modalità diversa, che però non sta dando le soluzioni che noi - noi e chi ci ha preceduto - avevamo immaginato con l'attuale impianto normativo.

Il Piano della cronicità diventerà una delibera del Consiglio, evidentemente ha caratteristiche più importanti, e la sede della discussione sarà dopo le elezioni, quindi a marzo discuteremo di questo tema.

INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE). IL PIEMONTE SOSPENDE «SINE DIE» LA NORMA NAZIONALE. RICORSI CONTRO I REGOLAMENTI COMUNALI?

Il 26 gennaio 2018 la Giunta della Regione Piemonte ha prorogato ulteriormente, «*sine die*», l'applicazione della normativa Isee di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013, n. 159, comunemente noto come Nuovo Isee. Il provvedimento fa seguito ad una serie di delibere di Giunta regionale con le quali l'amministrazione aveva sospeso negli anni scorsi l'applicazione del nuovo Isee, «nelle more della definizione di un regolamento regionale relativo alla materia». Regolamento sempre rimandato e mai arrivato, fino a quest'ultima proroga senza data di scadenza. La situazione pone una seria questione di legittimità dell'atto regionale, in quanto, di fatto, sospende l'applicazione del conteggio dell'Isee così come previsto dalle disposizioni nazionali, che peraltro lo elevano a rango di Livello essenziale delle prestazioni, che le Istituzioni hanno il dovere di garantire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Ai fini del conteggio della situazione economica, le successive proroghe approvate dalla Giunta della Regione Piemonte, facevano valere, i conteggi vigenti prima dell'approvazione del Nuovo Isee, ovvero i regolamenti dei Comuni – o dei Consorzi socio-assistenziali – che in moltissimi casi sono illegittimi in quanto penalizzanti rispetto al Nuovo Isee (quando non addirittura già non conformi alla normativa precedente).

Agli utenti che, vedendosi respingere una integrazione economica alla prestazione socio-sanitaria, volessero opporsi alla decisione del Comune o del Consorzio socio-assistenziale territoriale, il Csa e la Fondazione promozione sociale onlus sono disponibili a dare consulenza sulle istanze da produrre e sulle eventuali azioni legali che è possibile intraprendere nei singoli casi.

IPAB INATTIVE: MILIONI DI EURO A PORTATA DI MANO DEL COMUNE DI TORINO, CHE INVECE DISCRIMINA I MALATI CHE CHIEDONO INTEGRAZIONE ECONOMICA

Il 2 febbraio il Csa e la Fondazione promozione sociale onlus hanno sollecitato i rappresentanti del Comune di Torino (Sindaco, Assessore al bilancio, alle politiche sociali, Presidente e Componenti della Commissione Bilancio e Programmazione, Presidente e Componenti della Commissione Sanità e assistenza) sui ricorrenti temi del recupero di risorse dall'estinzione delle Ipab inattive (che non comporterebbe alcun onere per la città di Torino) e della necessaria revisione del vessatorio regolamento comunale dell'11 giugno 2012

Oggetto: Iniziativa urgentissima volta ad ottenere dalla Giunta della Regione Piemonte l'estinzione delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza): Munifica istruzione, Educatorio della Provvidenza, Ambrosio Cerruti, Pro Infanzia e Benefica, ed il trasferimento gratuito al Comune di Torino dei relativi patrimoni, valutabili in oltre 200 milioni di euro, di cui si allega l'elenco dei beni immobiliari.

La Fondazione promozione sociale onlus e il Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) chiedono alle Autorità in indirizzo di richiedere con la massima urgenza alla Giunta della Regione Piemonte l'estinzione, ai sensi dell'articolo 27 del Codice civile, delle sopra citate Ipab, che da anni non svolgono prevalente attività a favore dei poveri, com'è obbligatoriamente stabilito dalla legge 6972/1890 e ancora previsto dal decreto legislativo 207/2001 e dalla legge 12/2017 della Regione Piemonte.

Anche se l'estinzione delle sopra citate Ipab comporta il trasferimento alla Città di Torino del relativo personale, a quanto ci risulta assai poco numeroso, il Comune acquisirebbe un notevole patrimonio da destinare, insieme ai relativi redditi, al settore socio-assistenziale che attualmente presenta numerose e gravi criticità.

In particolare le risorse acquisite potrebbero essere utilizzate per modificare la delibera del Consiglio comunale di Torino dell'11 giugno 2012, fortemente penalizzante per moltissimi cittadini non solo malati, ma anche indigenti della città di Torino.

Al riguardo si riporta di seguito, richiedendo Vostre urgentissime azioni in merito, la relativa nota ("Contribuzione degli utenti alle prestazioni socio-sanitarie: necessario un nuovo regolamento") contenuta nella "Piattaforma delle richieste e proposte del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base) al Comune di Torino per gli anni 2016-2017" pubblicata su "Controcittà", luglio-agosto 2016.

CONTRIBUZIONE DEGLI UTENTI ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE: NECESSARIO UN NUOVO REGOLAMENTO

L'11 giugno 2012 il Consiglio comunale di Torino ha approvato la delibera sulle contribuzioni economiche del Comune alle prestazioni socio-sanitarie: è stata una débâcle per gli utenti, che ha provocato tagli ingenti al settore dell'assistenza: il 15% degli utenti ricoverati ha perso il contributo del Comune (sono diventati ricchi!); i nuovi criteri di contribuzione hanno

provocato maggiori esborsi per gli utenti e le loro famiglie, nonostante queste ultime non avessero alcun obbligo di legge a partecipare alle spese, determinando situazioni di impoverimento. Vi sono utenti che non disponendo della liquidità sufficiente per il pagamento della quota alberghiera della retta (il cui importo è stato aumentato anche in misura notevole dalla sopra citata delibera) sono stati costretti a svendere la casa. La città – con appositi moduli – fa prestiti agli esclusi dai contributi chiedendo in garanzia la loro casa. Con la delibera dell'11 giugno 2012 (contro la quale alcune associazioni aderenti al Csa hanno presentato ricorso al Tar del Piemonte, purtroppo respinto) il Consiglio comunale ha adottato nuovi criteri per erogare la parte di competenza della copertura economica delle prestazioni socio-sanitarie. Sono disposizioni assai più restrittive di quelle nazionali (anche rispetto al nuovo Isee, entrato in vigore il 1° gennaio 2015, la cui attuazione è sospesa fino a gennaio 2017 dalla Giunta della Regione Piemonte).

Due esempi:

- il valore della casa di coloro che già ricevevano o che chiedevano le prestazioni a partire dal 2012 è stato conteggiato dal Comune secondo il valore Imu e non Ici (aumentandolo così del 60%). Per altre prestazioni, come la concessione della Social Card, è rimasto invece in vigore il parametro Ici, rispettando la legge; la stessa decisione è stata assunta in altri Comuni. Se, facendo riferimento all'Imu e non all'Ici, viene superata la soglia dei 51mila euro di valore catastale, per il Comune di Torino l'immobile costituisce condizione **ostativa assoluta** alla concessione del contributo.

- Stesso discorso per i beni mobili superiori al valore di 15mila euro. Le ulteriori risorse, in molti i casi i risparmi di una vita, vengono conteggiate come dovute per il pagamento della quota alberghiera o delle cure domiciliari e pregiudicano l'integrazione comunale.

Si tratta di condizioni molto peggiori di quelle del nuovo Isee (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013), che determinano **tagli dei servizi** e hanno come conseguenza diretta un maggior esborso di risorse da parte dei privati cittadini, spesso impoveriti da questo fenomeno.

Per quanto sopra chiediamo che il Comune – anche in assenza di indicazioni in merito da parte della Regione – approvi un nuovo regolamento per la valutazione della condizione economica del malato, che consideri esclusivamente la situazione economica del singolo utente che usufruisce della prestazione socio-sanitaria e non l'intero nucleo familiare della persona o addirittura, per quanto riguarda le prestazioni residenziali, anche i figli non conviventi (anche quelli residenti ovunque nel mondo) del ricoverato. Il riferimento all'intero nucleo familiare e ai figli conviventi o non conviventi è una norma vessatoria contenuta nel nuovo Isee, ma che il Comune di Torino può non recepire, tenuto conto che lo stesso Dpcm 159/2013 prevede che le Regioni e i Comuni possano adottare «criteri ulteriori di selezione volti a identificare specifiche platee di beneficiari», cioè criteri di maggior favore per gli utenti rispetto alla normativa nazionale. L'approvazione del nuovo regolamento in questo senso sarebbe una misura sia di legalità, sia di utilizzo sensato e legittimo delle risorse comunali, anche nell'ottica di non generare nuovi poveri. Tale regolamento potrebbe essere suggerito alla Regione Piemonte come norma da approvare e rendere operativo su tutto il territorio regionale da parte dei Comuni e degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. Per compensare i minori introiti del Comune, occorrerebbe che la nuova Amministrazione pretendesse – com'è stabilito dalla legge 296/2006 – che tutti i finanziamenti del Fondo per le non autosufficienze (che nulla ha a che fare con il Fondo sanitario nazionale) venissero assegnati ai Comuni.

NON SOLO MINORI. UN ALBO TUTORI ANCHE PER I MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Il 28 gennaio l'Associazione tutori volontari ha inoltrato all'Ufficio antidiscriminazioni della Regione Piemonte, la nota già inviata nell'ottobre scorso agli Assessori alle pari opportunità e diritti, alla sanità, alle politiche sociali della Regione Piemonte sulla presunta disparità di trattamento nella tutela dei minori stranieri non accompagnati e in quella degli adulti/anziani non autosufficienti interdetti. Per i primi, con grande battage mediatico, è stato istituito dalla Regione Piemonte un albo e vengono garantiti corsi di formazione. Per gli altri?

Siamo venuti a conoscenza dell'importante istituzione dell'Albo per tutori volontari a favore di minori stranieri non accompagnati, del relativo corso di formazione per i volontari aspiranti tutori, nonché dell'ampia e diffusa pubblicità fornita a questa iniziativa. Anche la nostra associazione condivide l'importanza della figura del tutore volontario, anziché l'affidamento di tale funzione ad una Istituzione, che il codice civile prevede purtroppo che possa essere l'ente di assistenza del Comune o la struttura in cui il minore/interdetto è ricoverato con conseguente negativo conflitto di interessi.

Sottolineiamo che la figura del tutore volontario, adeguatamente formato, è indiscutibilmente utile e necessaria, ma non solo nei riguardi dei minori stranieri non accompagnati, bensì anche degli adulti/anziani interdetti (soggetti non autosufficienti a seguito per es. di malattia cronica o di disabilità invalidante), che non hanno familiari disponibili, o capaci, ad esercitare il ruolo di tutore.

L'Associazione tutori volontari si è costituita nel 1997 con lo scopo prioritario di formare e sostenere i Soci nell'intento di assumere proprio quelle tutele assegnate alle istituzioni sopra indicate, di persone sole (e spesso indigenti).

Constatiamo che vi è una grande necessità di tutori volontari ("fisici") a favore di persone interdette dall'Autorità giudiziaria, in quanto le tutele affidate ai soggetti istituzionali - con deleteria situazione di conflitto di interessi controllore/controlato - è ad oggi dell'ordine di diverse migliaia nella sola area della provincia di Torino. Abbiamo dato impulso negli anni anche all'adozione di tutele da parte di soggetti istituzionali terzi (es. le province) rispetto al ruolo di gestore delle funzioni socio-assistenziali proprio del Comune/Consorzio, anche promuovendo adeguate modifiche normative (v. legge regionale 5/2001), pur tuttavia senza riuscire definitivamente nell'intento.

D'altro canto nel merito dell'iniziativa di cui all'oggetto, pare palesarsi una implicita disparità di trattamento (cfr. legge regionale 23 marzo 2016, n. 5) e di tutela tra i minori stranieri non accompagnati e gli interdetti (anziani malati cronici e persone con grave disabilità intellettiva non autosufficienti, per esempio), a vantaggio dei primi.

Per tali motivi chiediamo: a) di tenere in debito conto le nostre preoccupate osservazioni in relazione al diritto di una adeguata tutela giuridica anche delle persone interdette già menzionate; b) di assumere altrettante iniziative di promozione e formazione per affidare a volontari idonei anche la tutela di persone adulte e anziane interdette, al fine di superare le migliaia di tutele ancora oggi in carico ad istituzioni che hanno nello stesso tempo il compito di erogare la prestazione sanitaria, socio-sanitaria o socio-assistenziale e di vigilare sulla stessa.

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

INTERVISTA - TORINO, «IL COMUNE RIPRENDA IN MANO LE POLITICHE SULLA DISABILITÀ»: LISTE D'ATTESA, ISEE, CURE DOMICILIARI I CAPITOLI DA RIAPRIRE

Vincenzo Bozza, presidente dell'Utım, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, il 18 dicembre scorso avete volantinato sotto il Consiglio comunale di Torino. Non è la prima volta. In questi primi mesi del 2018 continuate a portare avanti iniziative pubbliche in difesa delle persone con disabilità. Quali sono le vostre istanze nei confronti del Comune di Torino?

«C'è una situazione di liste di attesa – illegittime e senza un tempo definito di risposta – per l'attivazione di prestazioni socio-sanitarie domiciliari e la frequenza ai centri diurni delle persone con disabilità grave e/o autismo e limitata o nulla autonomia. Chiediamo al Comune di Torino di non essere complice con i suoi operatori nella negazione di un diritto costituzionale garantito: quello alla tutela della salute, che deve essere assicurata dalle Aziende sanitarie locali».

Di quante persone parliamo?

«I dati ufficiali sono fermi all'ultimo trimestre del 2013: 62 persone con disabilità valutate idonee ma non inseriti in servizi residenziali, 59 in attesa del centro diurno, 111 del servizio a domicilio con educatore personale. Secondo comunicazioni informali la situazione oggi rimane molto critica: dal 2013 non sono stati realizzati interventi di apertura di nuovi centri o comunità alloggio. È necessario un aggiornamento del monitoraggio e un'azione rapida per assorbire le liste di attesa».

Perché non vengono date queste prestazioni?

«Le motivazioni delle Unità multidimensionali di valutazione della disabilità – le commissioni tecniche che dovrebbero solo decidere il progetto di presa in carico degli utenti e che invece tengono fuori le persone dai servizi – sono di carattere economico: «non ci sono risorse». Sono pretesti comunicati solo verbalmente, in realtà non è così, e in ogni caso le prestazioni richieste sono all'interno dei Livelli essenziali di assistenza, pertanto, obbligatorie. Lo prova il fatto che se vengono richieste con i corretti riferimenti normativi, vengono erogate».

È difficile ottenerle?

«Quando vengono negate occorre impostare le richieste in modo formale per ottenere le prestazioni e bisogna fare molta informazione tra le famiglie perché spesso c'è disinformazione (purtroppo alimentata da tante associazioni e organizzazioni, anche di quelle che dicono di operare a favore delle persone con disabilità). Alla fine si ottiene quanto previsto dalla legge, ma certo il percorso parte da una porta sbattuta in faccia.

La questione è anche di sistema, non solo di iniziative dei singoli: il Comune è fermo, non sollecita l'Azienda sanitaria locale, non tiene conto delle segnalazioni. Al consiglio comunale di Torino chiediamo di aprire un confronto con le associazioni, l'Asl, l'assessore all'assistenza Schellino e quello al bilancio, Sergio Rolando».

Quali sono i primi argomenti che vorreste mettere sul tavolo?

«Della mancata attivazione di prestazioni si è già detto. Poi ci sono pratiche di "deportazione" che rimandano tristemente agli anni Settanta: ragazzi con disabilità inseriti in strutture residenziali a 120 chilometri di distanza dai genitori. Aberrante e inaccettabile: Genitori che hanno accudito per anni il loro figlio con disabilità intellettiva, adesso che non ce la fanno più, vengono "puniti" con l'allontanamento solo perché hanno richiesto le prestazioni previste dalla legge?».

Come suggerite di intervenire?

«Sollecitando l'Asl di Torino perché sia avviata la programmazione di nuove comunità alloggio (nelle quali l'Azienda sanitaria paga il 70% della retta degli ospiti, mentre all'utente, con l'eventuale integrazione comunale, è lasciato il 30% della spesa, ndr). Questo servirebbe per chi ha famiglia ed è ricoverato lontano da Torino, per chi è stato inserito in strutture con più di 1dieci posti letto e per ripristinare nelle Comunità alloggio i posti di sollievo».

L'Utim può avere accesso alle strutture residenziali della Città di Torino in base ad una delibera del 1983. Che tipo di situazioni trovano le commissioni?

«Ci sono casi di attività rispettate e belle realtà, nelle quali sono anche coinvolte le famiglie, senza che ci sia uno scaricamento su di loro degli oneri di cura. Molto, quasi tutto, è lasciato alla discrezionalità delle singole gestioni, mentre la vigilanza del Comune e delle Asl dovrebbe sorvegliare proprio sull'uniformità dei servizi e sul rispetto degli standard. In tante Comunità alloggio, nei Centri diurni vediamo le persone inattive, progetti bellissimi sulla carta, ma poi gli utenti stanno seduti gran parte della giornata sul divano o davanti ad un televisore».

Torniamo sulla questione su cui si «inciampa» sempre, quella dei soldi. Dove trovare le risorse per garantire gli interventi?

«Già, mancano i soldi! Non è vero. Ridurre gli sprechi e utilizzare meglio le risorse si può, come già segnalato a più riprese da questo notiziario. Ma occorre ricordare che per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza, l'Asl deve garantire le prestazioni esattamente come avviene con altri servizi pubblici obbligatori, come la scuola dell'obbligo. Non esiste nemmeno il concetto di mancata prestazione, per qualsiasi motivo, nemmeno quello economico.

Per quel che riguarda le cifre che deve versare il Comune, invece, che fine hanno fatto gli introiti delle Ipab Buon Pastore (4 milioni) e Carlo Alberto (14 milioni)? Sono risorse vincolate per legge all'assistenza alle persone inabili e sfornite dei mezzi necessari per vivere (1° comma dell'articolo 38 della Costituzione). Il Comune di Torino non può piangere miseria quando non rispetta i vincoli che la legge impone proprio per non lasciare senza risorse i capitoli di spesa dell'assistenza».

PROVIDENZE ECONOMICHE PER INVALIDI CIVILI, CIECHI CIVILI E SORDI: IMPORTI E LIMITI REDDITUALI PER IL 2018

Con la Circolare Inps n. 186 del 21 dicembre 2017 l'Istituto ha concluso le attività di rinnovo delle pensioni e delle prestazioni assistenziali propedeutiche al pagamento delle prestazioni previdenziali e assistenziali nell'anno 2018. Il decreto 20 novembre 2017, emanato dal Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 280 del 30 novembre 2017), ha confermato in via definitiva nella misura dello 0,0 per cento l'aumento di perequazione automatica già attribuito alle pensioni, in via provvisoria, per l'anno 2017.

Nessun conguaglio è quindi stato effettuato rispetto a quanto corrisposto nell'anno 2017. L'articolo 2 del medesimo decreto stabilisce che la percentuale di variazione per il calcolo della perequazione delle pensioni per l'anno 2018 è determinata in misura pari a 1,1 dal 1° gennaio 2018, salvo conguaglio da effettuarsi in sede di perequazione per l'anno successivo.

Nella tabella che segue riportiamo gli importi previsionali per il 2018 mensili, in euro, comparati con quelli definitivi dell'anno 2017.

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
	2018	2017	2018	2017
Pensione ciechi civili assoluti	305,56	302,23	16.664,36	16.532,10
Pensioni ciechi civili assoluti (se ricoverati)	282,55	279,47	16.664,36	16.532,10
Pensione ciechi civili parziali	282,55	279,47	16.664,36	16.532,10
Pensione invalidi civili totali	282,55 *	279,47 *	16.664,36	16.532,10
Pensione sordi	282,55	279,47	16.664,36	16.532,10
Assegno mensile invalidi civili parziali	282,55	279,47	4.853,29	4.800,38
Indennità mensile frequenza minorenni	279,47	279,47	4.853,29	4.800,38
Indennità accompagnamento ciechi civili assoluti	915,18	911,53	Nessuno	Nessuno
Indennità accompagnamento invalidi civili totali	516,35	515,43	Nessuno	Nessuno
Indennità comunicazione sordi	256,21	255,79	Nessuno	Nessuno
Indennità speciale ciechi ventesimalisti	209,51	208,83	Nessuno	Nessuno
Lavoratori con drepanocitosi o talassemia major	507,42	501,89	Nessuno	Nessuno

(*) Se spettanti si aggiungono 10,33 euro dovuti alla maggiorazione introdotta dall'art. 70, legge 388/2000.

AVVISI

RINNOVO O ISCRIZIONE ALL'UTIM PER IL 2018 - *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



FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE ONLUS

C.F. 97638290011

▶ Anche quest'anno puoi destinare alla Fondazione Promozione sociale onlus il 5x1000 dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi (relativa al 2017)

▶ Perché sostenerci:

La Fondazione promozione sociale onlus non riceve contributi da enti pubblici e il tuo 5x1000 contribuisce a permetterci di essere liberi di agire nei riguardi delle istituzioni (Regioni, Asl, Comuni) quando non rispettano i diritti delle persone non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente. I costi per la gestione della sede e per i dipendenti, assunti a tempo pieno proprio per garantire l'attività di consulenza che non può essere retta solo con volontari, ammontano a circa 12mila euro al mese, di cui solo una parte è assicurata dal patrimonio della Fondazione. È fondamentale garantire il nostro diritto alla salute perché ciascuno di noi può diventare non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

✓ **CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ...**

...**Per contributi** (deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi):

Fondazione promozione sociale onlus – Ccb. Iban: IT 66L 02008 01058 000020079613