

## NON AUTOSUFFICIENZA, LA LEGGE NEGA LE CURE DI LUNGA DURATA



*L'alt dei giuristi e dei medici: «Malati non autosufficienti sempre più gravi. Non abbandoniamo il terreno sicuro dei Lea e del Servizio sanitario». Tutte le false notizie della legge 33 e come replicare ai suoi sostenitori.*

Isee Piemonte,  
vittoria su  
indennità e  
pensione

Intervista: «Come  
abbiamo ottenuto  
la convenzione  
in Rsa»

Asl assenti nei  
progetti educativi  
degli studenti  
con disabilità

## SOMMARIO

# MARZO GIUGNO 2023

## NUMERO DOPPIO

- 2** Anziani non autosufficienti, non sono 'scarti' ma malati da curare
- 8** Cosa rispondere a chi difende la legge sulla non autosufficienza
- 16** «Scrivere e resistere: così ho difeso mia madre malata con la Fondazione promozione sociale»
- 22** Il Comune di Torino ricorre in appello contro una malata non autosufficiente
- 24** **UTIM INFORMA**  
Isee, vittoria del Csa: dietrofront della Regione Piemonte sulle linee guida
- 41** **COMITATO INTEGRAZIONE SCOLASTICA**  
Aziende sanitarie grandi assenti nei progetti educativi degli allievi con disabilità

## CONTROCITTÀ

Registrazione n. 2639  
Tribunale di Torino  
del 25.11.1976

### Editore

Unione per la promozione sociale OdV

### Redazione

Andrea Ciattaglia  
(Direttore ai sensi di legge), V. Bozza, M.G. Breda, G. D'Angelo

via Artisti, 36 - Torino  
Tel. 011.8124469

### Abbonamento annuo

ordinario € 20  
sostenitore € 50  
(decorrenza 1° gennaio – 31 dicembre)

- C.c.p. n. 25454109  
intestato a: Unione per la promozione sociale,  
via Artisti, 36 – 10124

- Bonifico Bancario Iban:  
IT39Y0200801058  
000002228088  
intestato a: Unione per la promozione sociale

Singola copia € 5.  
Recensioni e riproduzioni sono autorizzate citando la fonte.

## EDITORIALE

# Le buone notizie che dobbiamo ricordare

La promozione dei diritti dei malati e delle persone con grave disabilità non autosufficienti e la difesa dei casi personali sono attività dispendiose, senza celebrazioni e riconoscimenti, a contatto con storie di sofferenza e difficoltà, oltre che di ingiustizia perpetrata dalle istituzioni. Anche per questo è necessario raccontare le storie positive, le buone notizie che tendiamo a dimenticare, impegnati nella giusta causa di indicare «ciò che non va», lavorando per porvi rimedio con l'azione sui diritti. È una lezione del decano del volontariato dei diritti e fondatore di *ControCittà*, Francesco Santanera, di cui proprio questa estate ricorre il primo anniversario della scomparsa. Partire dalle cose positive, per far vedere che l'attività sui diritti paga.

In questo numero il figlio di una donna non autosufficiente racconta come è arrivato al riconoscimento delle cure per sua mamma, partendo dalla sconvolgente, e diffusissima, situazione di minaccia di dimissione dall'ospedale, senza attivazione di nessun servizio territoriale o a casa. Scriviamo anche del successo delle associazioni Utim e Ulces, che hanno ottenuto la revisione, a favore degli utenti, dei servizi socio-sanitari delle linee guida sull'Isee della Regione Piemonte.

## Anziani non autosufficienti: «Non sono ‘scarti’, ma malati da curare»

*Convegno nazionale promosso dal Cdsa, giuristi, medici e associazioni di tutela dei malati avvisano: «La legge sulla non autosufficienza riduce gli anziani malati a casi sociali». Si è aperta la partita dei decreti attuativi: le organizzazioni di tutela del diritto alla salute scrivono al Governo*



Non arretrare di un passo dalla tutela sanitaria di tutti i malati, compresi quelli non autosufficienti, e intervenire con azioni di pressione sul governo perché i decreti attuativi della legge sulla non autosufficienza (la famigerata 33 del 2023, approvata il 23 marzo dopo un solo mese di contingentata «discussione» parlamentare) riconoscano la primaria competenza sanitaria sulla tutela della salute per gli anziani malati cronici che

per la gravità delle loro malattie hanno perso la loro autonomia. È questo, in estrema sintesi, l'esito del convegno «La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute» che si è tenuto a Roma – Biblioteca della Camera dei deputati, lo scorso 17 maggio. Un appuntamento organizzato dal Cdsa, il Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti che comprende una ventina di realtà che lavorano per il riconoscimento del diritto universalistico alle cure. Tra esse Medicina Democratica, Fondazione promozio-

ne sociale e le associazioni Di.A.N.A. (Verona), A.Di.N.A. (Firenze) e Umana (Perugia), impegnate anche nella tutela dei casi personali di malati non autosufficienti e loro famiglie.

Unanime il giudizio dei rappresentanti delle organizzazioni in merito alla norma: «Una 'riforma' che si traduce in una brutale quanto incisiva sottrazione di diritti per una parte rilevante della popolazione, in particolare del diritto universalistico alle cure sanitarie di lunga durata. Deliberatamente, il testo omette sempre la causa della condizione di non autosufficienza, cioè la grave carenza di salute determinata da gravi malattie, sottraendo ai destinatari della norma il diritto alla tutela della salute».

**Critiche al testo di legge: «Mette in pericolo le cure di lungo periodo per i non autosufficienti. Così è violato il diritto alla tutela della loro salute»**

«Il confronto tra giuristi, medici e organizzazioni sociali di difesa dei diritti degli anziani malati non autosufficienti ha chiarito – così gli organizzatori nel commento dell'iniziativa – la necessità forte di mantenere la competenza

della presa in carico degli anziani malati non autosufficienti in ambito sanitario, governato dalla legge 833 del 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, e dai Lea. Una presa in carico che risponda ai loro bisogni di tutela della salute in tutte le fasi della malattia, anche in quelle della cronicità e degli interventi tutelari nelle funzioni elementari della vita: alimentazione, idratazione, igiene, mobilitazione, monitoraggio delle cure e delle terapie... L'auspicio del Cdsa è duplice: nei confronti del Governo, per una scrittura dei decreti attuativi della legge 33 che riconosca la piena competenza del Servizio Sanitario Nazionale sui malati non autosufficienti; nei confronti dei Parlamentari, perché non 'abbassino la guardia' sul tema fondamentale della tutela della salute dei malati non autosufficienti, anche con interventi puntuali di sollecito e indirizzo sulla scrittura dei decreti».

**Non abbandonare i Lea.** Al presidente emerito della Corte costituzionale, Giovanni Maria Flick, il Cdsa ha affidato l'inquadramento costituzionale della nuova legge: «La legge 33 – ha osservato il giurista – dà l'impressione di voler trascinare tutto ciò che può

essere trascinato verso l'articolo 38 della Costituzione e i Lep (i Livelli essenziali di tutte le generiche prestazioni sociali), sottraendo ambiti di competenza ai Lea e all'articolo 32 della Carta che impone alla Repubblica di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività».

L'argomento a supporto di questo "slittamento" è la prevalenza della funzione sociale su quella sanitaria nell'ambito della non autosufficienza. «Tuttavia – ha precisato Flick – si tratta di un argomento che contraddice la tutela costituzionale della salute, così come la ricordata definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità. Bisogna, invece, tenere ben ferma la definizione della salute come benessere complessivo dell'individuo, strettamente legato alla sua autosufficienza, e insieme ad essa la nozione di Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, comprensiva anche di tutte le tematiche di assistenza socio-sanitaria per persone in situazioni di grave malattia e di incapacità».

Di qui, l'allarme al Governo in vista dei decreti attuativi della norma, con-

diviso con le organizzazioni di tutela dei malati non autosufficienti: «In un momento in cui i Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per quanto in modo confuso, travagliato e spesso non completo, sono ragionevolmente garantiti – bisognerebbe certo applicare meglio le leggi che li prevedono – è estremamente pericoloso decolorare e disperdere questa tutela in un ambito molto più tempestoso, non ancora definito e gravido di problemi, come quello dei Lep. Il rischio è che i malati inguaribili vengano via via considerati non più malati, quindi sotto la tutela dell'articolo 32 della Costituzione, ma vengano considerati come un 'problema sociale' da affidare al settore dell'assistenza sociale che discende dall'articolo 38 della Costituzione, molto meno tutelante per gli utenti».

La condizione di estrema malattia di tutti gli anziani non autosufficienti è stata ribadita – con esempi pratici e

documentate esperienze – dal geriatra Piero Secreto, componente del direttivo della Sigot – Società italiana di geriatria ospedale e territorio: «I pazienti ricoverati nelle strutture geriatriche sono sempre più gravi, sia

dal punto di vista cognitivo, sia dal punto di vista funzionale. Però, in parallelo, constatiamo un progressivo prevalere dei parametri socio-economici, come selezione per poter afferire ai servizi sanitari». È proprio

questo uno dei rischi della nuova norma: la condizione economica dei malati e dei loro famigliari come pregiudiziale per l'accesso ai servizi sanitari.

**Indennità.** Una delle disposizioni più nefaste della legge è la previsione per le persone non autosufficienti, in ambito assistenziale quindi con valutazione della condizione socio-economica dei richiedenti, di una «prestazione universale» (legge 33/2023, articolo 5, comma 2, a), 1.) preferibilmente in servizi, sostitutiva

**L'errore di fondo della legge: considerare gli anziani malati non autosufficienti come "problema sociale" e non come utenti legittimi del Servizio sanitario, anche per le cure di lungo periodo**

dell'indennità di accompagnamento. È una netta sottrazione di diritti per i malati non autosufficienti rispetto ad oggi. L'indennità è infatti un diritto esigibile nell'ambito della previdenza, non condizionato da valutazioni socio-economiche sui beneficiari.

I decreti attuativi potrebbero precisare la natura universalistica e non selettiva dell'indennità, scongiurando il paventato trasferimento della competenza in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali. L'accompagnamento (527 euro al mese, 0,73 centesimi all'ora secondo gli importi attuali) deve aggiungersi al contributo economico dell'Asl ed eventualmente alle integrazioni comunali. Non essere un sostituto, al ribasso, dei vigenti diritti.

**Risorse.** Secondo il testo della legge 33, il «diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure al proprio domicilio» può essere condizionato «entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione socio-assistenziale laddove le prestazioni rientrano nei Leps». Ciò produce l'effetto di un diritto/non diritto, in quanto vincolato alla disponibilità



economica che le istituzioni vorranno mettere sul relativo capitolo di bilancio e non sull'obbligo delle istituzioni stesse di rispondere a tutti coloro che sono malati e richiedono prestazioni di cura. Nei decreti attuativi va quindi esplicitato - questa l'istanza del Cdsa - che non devono essere previsti limiti al finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea e dirette agli anziani malati cronici non autosufficienti.

Anche in questo caso, il convegno ha fornito un argomento concreto, proponendo al Governo l'adozione di contromisure nei decreti rispetto al testo di legge. In materia di risorse economiche, una forte base di

appoggio giuridica dei testi dei decreti potrebbe essere il riferimento alla sentenza 62/2020 della Corte costituzionale, che ha precisato che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la

dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

**L'istanza del Cdsa: i decreti attuativi devono confermare la titolarità sanitaria delle cure di lunga durata e i Lea per i malati non autosufficienti**

Rimanere nei Lea e in sanità, quindi, non è solo legittimo in base alle leggi, coerente con lo stato di compromessa salute dei malati non autosufficienti, ma anche conveniente sul fronte delle risorse attivabili per le cure.

# Cosa rispondere a chi difende la legge sulla non autosufficienza

Andrea Ciattaglia

*Smontiamo una serie di luoghi comuni e frasi fatte che dipingono la norma molto meglio di com'è. Anziani malati, indennità, cure domiciliari, risorse... i nodi della legge 33 e le sue conseguenze discriminanti*

Alcuni argomenti a sostegno della legge 33, che chiamiamo «legge sulla non autosufficienza» perché il succo della norma sta lì, anche se il titolo la dissimula sotto il riferimento alla «popolazione anziana», sono ricorrenti nelle prese di posizione dei favorevoli alla legge e di coloro che, spesso avendola promossa, ne esaltano i presunti pregi. Ci sembra utile selezionare alcune di queste motivazioni ricorrenti e «smontarle» leggendo quello che davvero è scritto nel testo: infatti, il tratto comune delle motivazioni è che dipingono la

realtà molto meglio di com'è.

Chi lo fa in buona fede, ma ingenuamente, non ha letto o compreso pienamente la norma e si fida di cosa gli è stato riportato, oppure non colloca le disposizioni della legge nel concreto quadro giuridico e dei servizi, elemento imprescindibile dell'analisi dei provvedimenti legislativi. Ci pare che le pagine che seguono possano essere utili per una riflessione sul tema e, questo è il nostro auspicio, per chiarire le questioni illustrate e dimostrare gli aspetti negativi della legge 33.

Per chi la «vende» come un prowe-

dimento positivo, ma lo fa in cattiva fede, cioè ben sapendo che non è così e che essa prevede negazione dei diritti e discriminazione per gli anziani malati, questo articolo non ha la pretesa di stravolgere le loro strumentali posizioni, viziate da altre motivazioni, che non sono quelle dell'agire per il meglio e per la tutela dei malati non autosufficienti. Piuttosto, quanto segue è l'avviso che «nessuno è fesso» e che chi

procede con il sostegno al provvedimento e, in più, lavora per la sua radicalizzazione con i decreti attuativi, è a buon diritto definibile «emarginatore dei più deboli».

Ecco quindi, come anticipato in apertura, le principali false notizie in tema di legge sulla non autosufficienza.

**«Manca una legge sulla non autosufficienza. Gli altri paesi europei l'hanno fatta venti o trent'anni fa».**

Comparare sistemi complessi come

quelli sanitari, assistenziali e previdenziali di Paesi diversi è un'operazione molto complicata. Per esempio, il sistema tedesco si regge su un sistema previdenzial-bismarckiano (le prestazioni sanitarie e previden-

ziali «viaggiano» insieme al lavoro, se esci dal mercato del lavoro, te le paga l'assistenza), quello italiano – pur con tutte le «batoste» cui è stato soggetto – è di derivazione Beveridgeana (il Servizio sanitario

nazionale è universalistico, cioè dà a tutti indipendentemente da lavoro o condizione sociale, secondo gli articoli 3 e 32 della Costituzione; quello previdenziale funziona sui contributi versati e sull'impegno a liquidazioni future, prevedendo dei meccanismi di perequazione per chi non può versare, per esempio disabili gravissimi; quello assistenziale interviene per gli inabili al lavoro e gli sprovvisti dei mezzi per vivere, dopo che tutti gli altri settori hanno fatto il loro (articolo 38 della Costituzione). Quindi,

**Mancava una legge sulla non autosufficienza? No, le cure per tutti in malati – compresi i non autosufficienti – sono garantite dalla legge 833 del 1978 anche per le cure di lunga durata**

è vero che a noi manca una legge sulla non autosufficienza? Certo che no. Le cure per tutti in malati – compresi i non autosufficienti, che sono tali a causa della gravità delle loro patologie – sono garantite dalla legge 833 del 1978 e successive modifiche, che non hanno tolto quel nucleo fondamentale del diritto per cui il Servizio sanitario è tenuto a fornire «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause», malattie acute o croniche, «la fenomenologia», qualsiasi tipo di sintomo e di esito, «e la durata», per tutto il tempo in cui il malato ha ancora bisogni di tutela della salute (articolo 2 della legge 833 del 1978). L'assistenza sociale è residuale. Deve intervenire per coloro che, avute le prestazioni sanitarie e quelle degli altri settori istituzionali, hanno ancora bisogni, prevalentemente di tipo socio-economico.

**«Ci sono state decine di proposte di riforma per la non autosufficienza, tutte finite nel nulla. È la volta buona»**

L'iter di inconcludenti “riforme” pluridecennali citato spesso dai difensori della legge 33 riguarda l'ambito

socio-assistenziale (politiche sociali, non sanitarie), che è residuale perché meno del 5% del totale degli utenti hanno le caratteristiche socio-economiche per accedervi. Non è vero che tutte le riforme proposte, e in certi casi anche approvate, in questo settore sono «finite nel nulla». Certamente, non hanno avuto effetto di rispondere ai bisogni di persone malate, ma proprio perché non erano studiate per persone malate, ma per indefiniti «casi sociali».

È il caso, per esempio, del Fondo per la non autosufficienza, attivo dal 2007. Un provvedimento selettivo (viene dato in base alla situazione economica del richiedente), senza diritti esigibili (salvo quelli collegati ai Lea sanitari) e prestazioni codificate (ancora oggi, pur con i Leps), vincolato a fondi limitati. In sanità, invece è prevalente il fabbisogno sugli stanziamenti di risorse.

Inoltre, quando le vengono “scaricate” persone non autosufficienti, l'assistenza tratta come “casi sociali” le persone malate, favorendo il loro slittamento dal settore garantito e di loro pertinenza della sanità ad uno non tutelato. Accanto al settore assistenziale, selettivo, va sempre ricordato

che dal 1978 esiste un comparto “universalistico” (cioè, che interviene al manifestarsi del bisogno, senza altre condizioni all'accesso, tipicamente vincoli socio-economici) che è il Servizio sanitario nazionale pubblico, la nostra più valida assicurazione per la tutela della salute, che non a caso la legge 33 punta a far crollare per le prestazioni di lungo termine per i malati (per ora solo anziani) non autosufficienti.

**«Oggi i passaggi per il riconoscimento dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento sono ripetitivi, un'odissea tra sportelli e commissioni. Con la legge non sarà più così».**

Chi lavora nel campo delle istituzioni, della comunicazione e della politica ben conosce l'effetto “bacchetta magica” che si esprime secondo lo schema: «stato dell'arte pessimo» – «provvedimento risolutivo». A questi due momenti segue immancabilmente la «delusione per il mancato

avveramento delle aspettative» e il ritorno al punto di partenza.

Facciamo un po' di chiarezza. Intanto, la ricostruzione dell'iter di richiesta dell'accertamento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento,

527 euro al mese dati in ragione della sola condizione clinica dell'utente (e non di valutazioni sociali o economiche). Alla richiesta al medico di base e alla conseguente redazione del certificato Inps di accertamento

dell'invalidità (da parte del medico stesso, per via telematica trasmessa immediatamente all'Inps), segue di norma l'affidamento della pratica ad un patronato. L'utente attende la convocazione nella commissione Asl-Inps che, in un'unica seduta, valuta l'invalidità (e le eventuali condizioni di esenzione della legge 104, per le quali non serve una domanda diversa) e se sussistono le condizioni per l'indennità di accompagnamento. L'utente riceve l'esito e, se positivo, percepisce l'indennità di accompagnamento.

Oggi il diritto all'indennità di accompagnamento è soggettivo ed esigibile, senza valutazione socio-economica. La nuova legge introduce valutazioni sociali che rischiano di negarla

Al netto degli ampi temi della qualità del lavoro delle commissioni di valutazione Inps-Asl, che spesso non riconoscono le situazioni di demenza grave come invalidanti e condizioni per l'erogazione dell'indennità, oppure del riorientamento di una consistente parte della spesa Inps per le indennità dagli ultra 65enni ai minori e ai giovani adulti, specialmente con sindromi dello spettro autistico, va sottolineato che il diritto all'indennità di accompagnamento com'è ora è soggettivo, universalistico ed esigibile. Nell'iter, infatti, non c'è una singola valutazione socio-economica: né lsee, né valutazioni delle condizioni famigliari... D'altronde, è la stessa legge istitutiva dell'indennità di accompagnamento (la numero 18 del 1980, che la legge 33 vuole "superare", cioè abolire) a precisarlo: l'indennità di accompagnamento è data «al solo titolo della minorazione», senza alcun altro criterio di esclusione, di ritardo nell'erogazione, di «lista d'attesa» sulla base di altri parametri.

**«Con la riforma sulla non autosufficienza una sola valutazione garantirà l'accesso alle prestazioni di Inps, Asl e Comuni»**

La legge 33, incardinata nel comparto delle politiche sociali e quindi dell'assistenza, che strutturalmente filtra i richiedenti in base a criteri socio-economici, prevede (articolo 4, punto 2., lettera l) «una valutazione multidimensionale unificata (...) finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del Terzo settore erogatori dei servizi».

Altro che snellimento e accesso diretto alle prestazioni! I bisogni bio-psico-sociali e assistenziali (non quelli sanitari) spaziano su una gamma talmente ampia e generica che risulteranno, com'è nella pratica odierna per le commissioni di valutazione geriatrica (Uvg o Uvm), ridotti a semplici parametri socio-economici in base ai quali determinare «livelli di priorità» nell'accesso a tutte le prestazioni. Con il pretesto dell'unificazione delle valutazioni (di per sé non un valore, per esempio, non chiedo al carrozziere di valutarci lo stato del motore,

anche se l'auto è una sola), la valutazione selezionerà gli utenti per le prestazioni previdenziali (l'ex indennità di accompagnamento, ricompresa nel "misto indistinto" delle erogazioni), quelle assistenziali (dei Comuni, politiche sociali) e – gravissimo – quelle sanitarie, che perdono così – solo per i malati non autosufficienti – il loro carattere di universalità: non più garantite a tutti, ma solo a chi soddisfa i criteri delle altre "selezioni".

L'accesso all'indennità di accompagnamento riformata, cioè alla nuova misura universale per la non autosufficienza, e persino alle prestazioni sanitarie (articolo 4, punto 2, lettera l), 3)) che oggi non è vincolato ad altri parametri che a quelli di bisogno clinici della persona, sarà disposto solo in presenza di adeguate condizioni bio-psico-sociali e assistenziali, cioè socio-economiche.

**«Dobbiamo riformare l'assistenza domiciliare. La legge serve**

**per intercettare i fondi Pnrr».**

Com'è stato autorevolmente argomentato da Maurizio Motta sullo scorso numero di *ControCittà* ("Non autosufficienza cosa non c'è nella legge per le cure domiciliari", genna-

io-febbraio 2023), la legge 33 non interviene sulle cure domiciliari con risposte adeguate ai bisogni dei malati non autosufficienti. Questo non deve stupire, essendo parte coerente del disegno di emarginazione

**I fondi del Pnrr per le cure domiciliari prevedono solo un allargamento della platea dell'Adi - 18 ore all'anno di medico o infermiere. Nessuna garanzia è prevista per le cure sanitarie di lungo periodo a domicilio**

che la norma rappresenta. I fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza - Pnrr sulle cure domiciliari prevedono esclusivamente un allargamento della platea dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata), non una sua riforma. L'Adi oggi – dati Ministero della Salute – garantisce una copertura di 18 ore all'anno in media per ogni paziente preso in carico con personale medico e infermieristico. Nulla.

Per fare in modo che le esigenze cliniche e tutte quelle legate alla tutela della salute del malato non au-



tosufficiente trovino risposte, l'Adi va potenziata con un riconoscimento sanitario – non soggetto a lsee – dell'attività dell'assistente personale o dell'accuditore familiare. Ma la legge 33 non prevede questo.

Per farlo basterebbe un'integrazione dell'articolo 22 dei Lea "Prestazioni e servizi sanitari domiciliari" di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Un intervento puntuale, chirurgico (per il quale non serviva una "legge sulla non autosufficienza") che riconosca come di rilievo sanitario, e quindi compartecipate dall'Asl, le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, tra cui vanno comprese idratazione, alimentazione, mobilitazione, controllo nella somministrazione e nell'assunzione della terapia, monitoraggio delle condizioni di salute generali e dei parametri vitali fondamentali, comunicazione con gli operatori domiciliari professionali.

Dal punto di vista finanziario, il piano di presa in carico dell'utente dovrebbe prevedere un «budget di cura e assistenza», graduato per

crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell'utente o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti. Tale budget dovrebbe inoltre poter essere trasformato a totale scelta dell'utente o di chi lo rappresenta nella retta per l'inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di cura e assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana. Solo così si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle Residenze sanitarie assistenziali - Rsa, dove questo budget di cura è appunto la quota sanitaria della retta. È da evitare, invece, ogni prospettato slittamento delle Rsa nel settore assistenziale.

#### **«Non ci sono risorse».**

Abbiamo già spiegato che proprio per la sua collocazione giuridica nell'ambito dei provvedimenti del

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (e non di quello della Salute), il fatto che non ci siano le risorse sufficienti è strutturale della legge 33, non contingente. È tipico del settore socio-assistenziale il finanziamento con fondi limitati, soggetti a continue revisioni e ad estenuanti trattative per la loro conferma e consistenza. Ne sono esempi il Fondo dopo di noi, il Fondo per la non autosufficienza, il Fondo caregivers... ogni anno si ripete il balletto delle cifre, dei tagli annunciati e poi in parte recuperati, dell'esclusione dei richiedenti perché strutturalmente i fondi non coprono tutti... È chiaro che la politica clientelare vive esattamente di questo modo di finanziare gli interventi: togliendoli dall'universalità del diritto, e quindi dall'obbligatorietà delle istituzioni di erogare la prestazione, e ponendoli nella categoria della discrezionalità dell'azione politica. In questo modo l'erogazione di prestazioni viene proposta

come «favore» della politica verso alcuni e non come diritto esigibile per tutti, cui le istituzioni devono semplicemente rispondere con l'ordinaria amministrazione e con prestazioni concrete a tutte le domande di servizio.

L'unico serbatoio di risorse al quale punta ad attingere la nuova legge è quello dell'indennità di accompagnamento riformata. Non sono risorse nuove, ma sono fondi che la legge punta a orientare

diversamente: dalle tasche delle famiglie a quelle dei gestori privati. La legge intende confondere le risorse dell'indennità di accompagnamento riformata nel calderone della «misura universale per la non autosufficienza», favorendo la concessione di servizi ai privati (profit o no-profit), che oggi – e per qualcuno è «un problema» – non vengono scelti dalle famiglie, che preferiscono ricevere i soldi direttamente e gestirli per tutelare davvero la salute della persona non autosufficiente.

**La scarsità di risorse è strutturale nella legge 33: il settore socio-assistenziale è finanziato con fondi limitati, soggetti a revisioni e trattative annuali per la loro conferma e consistenza**

# «Scrivere e resistere: così ho difeso mia madre malata con la Fondazione promozione sociale»

Maria Teresa Martinengo

*Racconto di un figlio messo alle strette da medici e assistenti sociali: «Porti via sua madre – malata non autosufficiente – o paghi il ricovero privato». Storia di una resistenza che ha fatto leva sulle leggi vigenti e ha ottenuto le cure definitive in convenzione per la mamma.*

La condizione di non autosufficienza dell'anziano, come esito delle gravi malattie di cui soffre, è un percorso non lineare. Lo sanno bene le migliaia di famiglie che si prendono cura in casa di un malato che ha perso la sua autonomia: il processo può essere lento per molto tempo, con conseguenti adattamenti della famiglia, ma subire d'improvviso un'accelerata: una caduta, un incidente, una nuova malattia dagli esiti ancora più invalidanti... Per i figli o i nipoti – che molto spesso arrivano a questo punto senza aiuti dell'Azienda sanitaria locale, cui

pure avrebbero diritto – è il momento in cui ci si accorge di “non farcela più”, quando la mamma o il papà mostrano di avere bisogno di una tutela della loro residua salute che in casa non si può più garantire.

È un iter comune a tanti, lo stesso toccato a Sandro Pinchi e sua mamma, amorevolmente seguita e curata in casa fino al marzo 2022 dopo la rottura del femore, avvenuta nel 2018 cui segue l'intervento chirurgico, un periodo di riabilitazione e l'aggravarsi delle condizioni intellettive, con la perdita progressiva dell'autonomia. Ver-

so la fine del 2021 la signora non risulta più in grado di fare niente da sola e il signor Sandro adegua il bagno alle nuove necessità.

**Ma anche questo non basta più, da marzo 2022.**

**Cosa accade?**

Il 19, come ogni sera, metto a letto la mamma, ma più tardi, accompagnandola in bagno, mi rendo conto che muove a stento i passi. La mattina dopo, quando vado a svegliarla, non è più in grado di muoversi, ha dolori da tutte le parti. Chiamo un'ambulanza e andiamo all'ospedale San Luigi (Orbassano, Torino) dove resta sei giorni in pronto soccorso.

**Non l'hanno ricoverata?**

L'assistente sociale mi spiega che non possono tenerla più di tanto, che devo trovare una soluzione. Con il sorriso sulle labbra mi spalanca le porte dell'inferno. Ricordo che mi ha indotto a pensare che dovevo portare via

la mamma dall'ospedale, ma siccome per l'ospedale noi non saremmo stati in grado di curarla, se io avessi firmato l'avrebbero trasferita loro in una Residenza sanitaria assistenziale, una Rsa. In tempi normali avrei fatto

qualche telefonata a Orbassano, dove viviamo, ma siccome era ancora periodo Covid era tutto molto complicato, così ho accettato che ci pensassero loro.

*«I sanitari mi hanno indotto a pensare che era mio dovere curare mia madre, malata non autosufficiente; mi hanno spinto ad accettare le cure 'a scadenza', poi ho capito che non era legittimo»*

**Che cosa succede a quel punto?**

Dopo tre giorni, ci comunicano che il posto l'hanno trovato a Lanzo, a 45 km di distanza: «Le garantiamo un mese completamente gratuito, così lei può orientarsi, cercare. Potrebbe avere ancora un altro mese con la retta al 50% pagata dall'Asl, dopo di che deve trovare una soluzione, passando al regime privato». Così hanno detto.

**L'assistente sociale le ha parlato in questo modo?**

Mi ha detto che mi avrebbe preparato un dossier, che doveva farmi del-

le domande. Mi ha chiesto se mia mamma aveva l'accompagnamento, se aveva fatto la visita all'Uvg, l'Unità di valutazione geriatrica, di cui io non avevo mai sentito parlare: «Il vostro medico non le ha mai detto niente? Non ve l'ha fatta fare? Adesso siamo nei guai, ma le do io le istruzioni per avviare la pratica. Lei presenta i documenti, entro tre mesi si faranno sentire, poi, per esperienza, passerà ancora qualche mese, anche un anno per la convenzione, cioè l'intervento dell'Asl. Poi non è detto, bisogna vedere i punteggi...». E ancora: «Ha un appartamento sua madre? Lo venda. Quanto ha in banca? Novemila euro? La mamma ha un amministratore di sostegno? Non ha pensato nemmeno a quello? La Regione le viene già incontro con un mese e mezzo». Tutto con un tono come se io fossi responsabile, colpevole.

### **Sua mamma è stata inserita nella Rsa di Lanzo e lei ha fatto le pratiche. È andato tutto bene?**

All'Uvg dell'Asl To3, distretto di Orbassano, non riuscivo nemmeno a parlare, a spiegare; per farmi nominare amministratore di sostegno c'è voluto un mese prima che il giudice mi

chiamasse. Alla Rsa volevano farmi firmare un contratto, mi avrebbero fatto uno sconto sul costo totale di oltre 3mila euro al mese perché avevano posti liberi. Ero disperato. Ho chiamato la Rsa San Giuseppe di Orbassano, anche lì c'era posto, tempo due-tre giorni. Ma nessuno mi aveva detto che se avessi portato via la mamma da Lanzo avrei firmato una cambiale con il diavolo: avrei escluso senza appello la possibilità di attivare la presa in carico dell'Azienda sanitaria, che vuol dire la convenzione con l'Asl e il 50% della quota Rsa pagata da Servizio sanitario qualsiasi sia l'Isce. Se firmi le dimissioni, diventi un privato che cura privatamente il tuo caro e ti assumi la responsabilità della persona malata.

### **Lei però non ha firmato, si è fermato prima. Che cosa è successo?**

In quei giorni di confusione ho parlato con mia cugina, Miranda, che vive in Umbria. Le ho raccontato cosa stavo passando. È la presidente dell'Angescas, un'associazione che si occupa di salute degli anziani. È stata lei, da laggiù, ad indirizzarmi alla Fondazione promozione sociale, che ha sede a Torino: un lungo giro per arrivare a

chi mi poteva aiutare, sotto casa. Ho chiamato, mi ha risposto una persona gentile che mi ha detto «Signor Sandro, fermi tutto, ha già firmato contratti?» Ho risposto che avevo firmato i documenti del San Luigi, il regolamento della Rsa di Lanzo e pagato la cauzione di 1400 euro, non altro. «Le spiegheremo tutto per bene, le prepariamo le raccomandate da inviare con ricevuta di ritorno al direttore generale dell'Asl di Torino, a Lanzo, ai sindacati, al Difensore civico, all'Assessore regionale alla Sanità. Lei compila le parti mancanti... Vedrà, saranno duri nel parlarle, avrà tutti contro, ma noi saremo al suo fianco e avremo ragione».

### **E lei ha accettato, si è fidato?**

Ho spedito la raccomandata a tutti e da quel momento è cominciata la salvezza. Per prima ha risposto l'Asl To3, con una lettera protocollata. In sostanza, era un «ci lasci lavorare». A loro avevo inviato l'opposizione

alle dimissioni. Spiegavo tutto con i documenti dei medici: mia madre ha bisogno di cure 24 ore su 24, non è logico che sia gestita da me come privato. Alla Fondazione Promozione Sociale mi avevano spiegato che

**Sollecitata dalle istanze scritte, l'Asl ha valutato le condizioni sanitarie e non economiche: «La richiesta del rispetto dei diritti ha avuto esito positivo, con il riconoscimento della convenzione»**

la legge dello Stato tutela i malati non autosufficienti, prevede che il Servizio sanitario debba intervenire per la cura senza limiti di durata e che le norme nazionali siano "più forti" delle deliberazioni regionali, che

tentano di negare le cure.

### **Così con l'appoggio della Fondazione promozione sociale è iniziata la sua resistenza alle pressioni...**

Con la Posta elettronica certificata (Pec) ho disdetto tutte le firme fatte fin lì. Ho comunicato che da quel momento avrei messo tutto per scritto. Con quella raccomandata è iniziato tutto. A Lanzo hanno capito che da me avrebbero avuto soltanto la quota alberghiera per il ricovero in Rsa. Ho mandato comunicazioni - inviate

anche alle associazioni di categoria – contro le quali nessuno avrebbe potuto appellarsi.

### **Nel frattempo, la salute di sua madre come stava procedendo?**

Il direttore della Rsa di Lanzo ha deciso il ricovero all'ospedale di Ciriè perché sembrava avesse un decesso non normale. In pratica l'ha dimessa e l'ha presa in carico il Pronto soccorso. Una volta curata, è tornata a Lanzo, di nuovo un mese a totale carico del Servizio sanitario, come se fossimo ripartiti da capo. Finito quel regime, ogni mese mi facevano fatture come privato – 3.300, 3.800 euro –, io le mandavo in Fondazione. «Le prepariamo una lettera con cui restituisce la fattura e si impegna a pagare il 50%, relativo alla sola quota alberghiera di degenza, come previsto dalle norme nazionali vigenti». Quindi Pec di nuovo a tutti. Ribadisco, per chi dovesse trovarsi nelle mie condizioni: mai firmare le dimissioni. Le Rsa sono la “longa manus” dell'Asl. Se vogliono assumere la responsabilità di negare le cure ai malati, devono dimettere loro. Ai figli non deve essere scaricata la responsabilità della presa in carico dei propri cari malati e tutte le conseguenze.

### **Quindi ha continuato a respingere le fatture intere?**

Grazie all'aiuto della Fondazione respingevo le fatture, pagando la sola parte relativa alla quota alberghiera, e nessuno si è opposto a niente. Perché la legge è quella. In precedenza, avevo fatto fare la valutazione dell'alloggio di mia madre: in tempi normali il suo valore sarebbe stato di 180mila euro, invece in quella fase ne avremmo ricavati 110mila. Con mio fratello avevamo deciso di mettere tutto per l'assistenza. Ma a forza di 3.500 euro al mese saremmo andati avanti due anni e mezzo, non di più.

### **La mamma ha fatto la visita all'Uvg, l'Unità di valutazione geriatrica?**

Sì, anche là la nostra battaglia è stata fatta passare per una novità, un'esuberanza che non era gradita. L'esito è, comunque, arrivato dopo due mesi: gravità totale, la mamma doveva essere inserita in una Rsa con la convenzione. Un dottore mi ha annunciato che avrebbero trasferito la mamma: se fosse stata ancora valida la mia preferenza per la Rsa San Giuseppe di Orbassano avrei potuto chiamare io e informare l'Asl di destinare là la convezione.

### **E il posto ad Orbassano era ancora libero?**

C'era ed è stata presa in carico. Ma come siamo arrivati mi hanno presentato un contratto da firmare. Io ho detto che non avrei firmato. «Allora rinunci al posto?».

Ho risposto che avrei garantito la retta residenziale tutti i mesi. Alla fine, è arrivato il direttore che mi ha fatto sottoscrivere solo il foglio per il pagamento della quota assistenziale. La Fondazione per questo mi ha dato il via libera.

### **La morale è che firmare può costare caro sotto ogni punto di vista?**

Mai firmare un contratto in questo tipo di situazioni. Mi hanno detto che ogni mese avrei dovuto pagare le medicine che ritenevano di doverle dare. Ho obiettato: mia mamma ha il suo medico di base che fa le ricette in base al fabbisogno; quindi, qualunque scelta di cura non può essere assunta solo dalla Rsa, ma anche dall'Asl e con l'accordo del medico curante.

Ho tenuto tutto sotto il mio controllo, sono andato a formalizzare e hanno accettato. Dei contratti che mi hanno sottoposto, ho barrato le parti che, su consiglio della Fondazione, non erano coerenti con la normativa.

Oggi riesco a fare fronte al pagamento della retta con la pensione di mia mamma e con l'indennità di accompagnamento riconosciuta dall'Inps.

«È importante stare sempre all'erta: contratti, medicine, rapporti con il medico di base. Sono tutti passaggi nei quali i parenti rischiano di essere raggirati». Fondamentale, nel caso, la consulenza della Fondazione

**Nell'insieme, potremmo dire che si è trattato di un'esperienza faticosa. Perché ha accettato di condividerla?**

La Fondazione promozione sociale mi ha aiutato, le mail scambiate e stampate una sull'altra fanno uno spessore di dieci centimetri. Purtroppo, le associazioni che tutelano i malati non sono tutte collegate tra loro e nella gente c'è molta ignoranza. Io sono grato dell'aiuto ricevuto con competenza e professionalità. Devo restituire qualcosa, cerco di farlo anche attraverso questa intervista.

## Il Comune di Torino ricorre in appello contro una malata non autosufficiente

*Dopo la positiva sentenza del tribunale, che restituiva 25mila euro ingiustamente pagati da una malata in Rsa, il Comune di Torino ha depositato il ricorso alla Corte di appello, per ribaltare il giudizio di primo grado. La quota alberghiera in Rsa doveva essere coperta dalla Città*

Nelle stesse ore in cui a Palazzo Civico veniva presentata la prima edizione del Disability Pride torinese, l'Amministrazione civica notificava il ricorso in appello agli eredi della malata non autosufficiente (disabile al 100% e titolare di indennità di accompagnamento per la sua condizione di totale mancanza di autonomia) costretta a pagare 25mila euro di retta alberghiera in Rsa, perché il Comune di Torino le aveva negato l'integrazione economica.

La malata in questione aveva presentato ai Servizi sociali della Città il suo Isee di 6mila euro annuali, chiedendo

l'integrazione della retta alberghiera del ricovero (1.500 euro al mese) che non riusciva a coprire. Il Comune di Torino rispondeva negando l'integrazione perché la richiedente era proprietaria di un bilocale in zona Valdocco dal valore di poco più di 70mila euro. Il valore dell'immobile era già conteggiato nell'Isee, ma il Comune lo riconsiderava come criterio di sbaramento, per "tagliare fuori" la malata dagli aiuti economici. Risultato: i due figli della malata non autosufficiente hanno dovuto pagare di tasca loro 1.000 euro al mese per le cure della mamma in Rsa.

Il 24 febbraio 2023, con la sentenza di primo grado, il Tribunale di Torino ha condannato la Città al rimborso di 25mila euro in favore degli eredi della malata (nel frattempo deceduta), dichiarando di fatto illegittimo e dannoso per gli utenti il regolamento della Città, in violazione delle regole nazionali di conteggio dell'Isee. Alla condanna hanno fatto seguito numerosi appelli delle organizzazioni del Coordinamento sanità e assistenza – Csa all'Assessore alle Politiche sociali, Jacopo Rosatelli, al Sindaco, Stefano Lo Russo, e a tutta la maggioranza in Consiglio comunale perché l'Amministrazione comunale torinese cambiasse il regolamento per le integrazioni economiche (deve farlo entro settembre 2023, per delibera della Regione Piemonte) e non ricorresse in appello nel caso specifico, senza insistere nella politica a danno degli utenti. Non è stato così. Il Comune ha notificato il ricorso e procederà sostenendo in Corte d'Appello la "correttezza" della sua politica: chiedere 25mila euro di retta ad un'anziana malata con Isee di 6mila.

Le organizzazioni del Csa, di cui *ControCittà* è voce, sosterranno gli eredi nella causa di appello e segnalano

inoltre che le illegittimità del regolamento comunale non si fermano al conteggio della casa per i malati non autosufficienti. Le violazioni della legge nazionale sull'Isee – che è Livello essenziale delle prestazioni e quindi deve essere applicato in modo uniforme in tutta Italia, senza possibilità di modifiche se non a vantaggio degli utenti – riguardano anche la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento delle persone con grave disabilità intellettiva. Le norme nazionali prescrivono di non conteggiarle come reddito; il regolamento del Comune di Torino, invece, le considera cifre disponibili, che la persona con disabilità è costretta a spendere per la copertura della retta alberghiera.

Un ulteriore conferma della bontà della posizione delle organizzazioni del Csa è venuta dalla vicenda delle delibere Isee regionale che illustriamo nelle pagine seguenti. Il Comune di Torino, come gli altri Enti gestori piemontesi delle funzioni socio-assistenziali, ha tempo fino al 15 settembre per scrivere il nuovo regolamento per la valutazione economica degli utenti. Lo farà, questa volta, rispettando la legge? Vigileremo e ne daremo conto.



# Isee, vittoria del Csa dietrofront della Regione Piemonte sulle linee guida

Si scrive «delibera in autotutela», com'è tecnicamente chiamato il provvedimento, si legge «marcia indietro per evitare una sconfitta in tribunale». Così va inquadrata la delibera approvata il 5 giugno dalla Giunta regionale del Piemonte, e pubblicata sul Bollettino ufficiale dell'8 giugno con il numero 10-6984, sull'«adozione (...) delle Linee guida per l'applicazione uniforme della normativa Isee». Si tratta, in sostanza, della riscrittura, dopo la delibera approvata il 29 dicembre 2022 e impugnata al Tar dalle associazioni Utim e Ulces, delle regole per l'utilizzo dell'Isee da parte dei Comuni e dei Consorzi di gestione delle funzioni socio-assistenziali. Sulla base della nuova delibera, gli enti locali devono ora scrivere i propri regolamenti per la valutazione economica e l'eventuale integrazione per gli utenti al domicilio, ai Centri diurni, nelle Comunità alloggio, nelle Rsa...

Nel testo della nuova delibera è ricostruito l'antefatto, che ha portato l'amministrazione regionale alla redazione e all'approvazione del provvedimento: «L'Utim - Unione per la Tutela delle persone con disabilità intellettiva e l'Ulces - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, hanno presentato ricorso al Tar Piemonte, notificato in data 24 febbraio 2023 ed ivi pendente; il suddetto ricorso osserva che 'il provvedimento impugnato (...) detta previsioni che contrastano con il Dpcm 159/2013', quello che ha definito l'Isee a livello nazionale, «e, nello specifico, (...) 'attribuisce agli enti gestori la competenza di definire la capacità contributiva dei richiedenti attraverso criteri di valutazione peggiorativi rispetto a quelli previsti dall'Isee nazionale, e quindi

contrastanti con esso, [e attribuisce] poteri valutativi autonomi rispetto all'Isee da esercitarsi attingendo direttamente alla documentazione patrimoniale del richiedente. Ciò costituisce anche una violazione delle normative in materia di privacy e discriminazione: i richiedenti delle prestazioni agevolate, nell'ambito della presa in carico socio-sanitaria, sarebbero obbligati a rinunciare al loro diritto alla riservatezza dei dati sensibili che concorrono alla formazione del valore dell'Isee'».

Il ricorso delle due associazioni del Csa deve essere risultato fondato all'avvocatura della Regione Piemonte, poiché si legge, ancora nel testo della nuova delibera, che «la formulazione alla lettera delle due sezioni» del provvedimento di dicembre 2022, relative al conteggio nell'Isee di indennità di accompagnamento e pensione di invalidità e del valore della prima casa, «si presta ad una interpretazione sbagliata, così da far apparire fondato l'incipit stesso del ricorso». Mentre andiamo in stampa non conosciamo l'esito del ricorso, ma è facile supporre che la Regione chieda al Tribunale di valutare di non procedere oltre nella causa, poiché sono venuti meno i motivi della stessa.

In definitiva, grazie all'azione delle associazioni del Csa, dalle regole regionali di applicazione dell'Isee è stata tolta la facoltà che veniva lasciata ad ogni singolo Comune/Consorzio di conteggiare nella condizione economica degli utenti l'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità, così come il valore dell'immobile di proprietà, al di là di quanto già considerato nel calcolo Isee. Ciò avrebbe causato una penalizzazione degli utenti, perché li avrebbe mostrati «più ricchi» di quanto in effetti sono. E avrebbe quindi escluso l'intervento dei Comuni in tante occasioni in cui, invece, devono legittimamente corrispondere agli utenti contributi economici. La Regione Piemonte ha confermato, ancora nel testo della delibera 10-6984, che «la volontà regionale non era quella di dare adito a interpretazioni in contrasto con le norme nazionali dettate dal Dpcm 159/2013, ma di limitarsi a dettare linee guida di carattere generale finalizzate ad assicurare un'omogenea applicazione nel territorio regionale degli indi-

catori della situazione economica equivalente. È pubblico interesse della Regione Piemonte fare chiarezza sui punti sovra esposti, eliminare ogni possibile equivoco ed evitare con certezza e da subito effetti presenti e futuri che dalla lettura della delibera possano derivare».

Che cosa «conta» dunque, ai fini del valore Isee dopo il provvedimento regionale? Quello che prevedono le norme nazionali: «Sono esclusi dal reddito disponibile – dispone la legge 89/2016 – i trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, comprese le carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche in ragione della condizione di disabilità, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini dell'Irpef» (è il caso di indennità e pensione di invalidità). Inoltre, il valore della casa di proprietà al netto del mutuo non rileva ai fini del patrimonio immobiliare se risulta inferiore a 52.500 euro, mentre viene considerato il 20% dei due terzi dell'eccedente. Importante: il possesso di uno o più immobili non può immediatamente negare l'accesso alla prestazione socio-sanitaria. Può, semmai, determinare che l'utente debba compartecipare con le sue risorse fino all'intero ammontare della retta alberghiera, ma mai essere criterio esclusivo per negare l'insieme della prestazione: l'ingresso in Rsa, in Centro diurno, in Comunità alloggio. Così come la condizione socio-economica non può negare l'attivazione sanitaria (compresa nei Lea) delle cure domiciliari, che è definita dall'articolo 22 dei Livelli essenziali delle prestazioni (Dpcm 12 gennaio 2017).

La nuova delibera regionale ha infine prorogato al 15 settembre 2023 il termine entro il quale i Comuni dovranno inviare alla Regione i regolamenti conformi al provvedimento rivisto alla Direzione regionale Sanità e Welfare – “Settore Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e di qualità”». Sarà possibile – e le associazioni Utim e Ulces hanno già comunicato che lo faranno – accedere agli atti della pubblica amministrazione per visionare tutti i documenti consegnati e verificare che i regolamenti comunali siano conformi alle leggi nazionali.

Pubblichiamo integralmente le linee guida regionali in materia di Isee per le prestazioni sociali agevolate (quote socio-assistenziali delle prestazioni socio-sanitarie).

Le linee guida costituiscono parte integrante della deliberazione della Giunta Regionale 5 giugno 2023, n. 10-6984

### **Annullamento parziale in autotutela della D.G.R. n. 23 - 6180 del 07/12/22**

#### **Allegato A**

### **LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE UNIFORME DELL'ISEE NELL'AMBITO DEL SISTEMA REGIONALE INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI**

#### **PREMESSA**

Le presenti linee guida sono rivolte agli Enti Gestori della Funzione Socio Assistenziale operanti sul territorio regionale quali soggetti istituzionali deputati alla progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed alla erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. Le linee guida contengono disposizioni volte a tutelare l'esigenza di uniformità di disciplina nell'applicazione della normativa sull'ISEE su tutto il territorio regionale salvaguardando comunque la possibilità per i singoli Enti Gestori nei loro regolamenti di garantire condizioni migliorative nei rispettivi ambiti territoriali. Le presenti linee guida intendono dare attuazione alla normativa nazionale sull'ISEE, così come definita dal Legislatore Nazionale quale livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, al fine di assicurare una omogenea applicazione nel territorio regionale degli indicatori della situazione economica equivalente. Nel caso di prestazioni socio-sanitarie le presenti disposizioni sono da riferire esclusivamente alla componente sociale della prestazione, essendo la componente sanitaria a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

Insieme alle linee guida vengono approvati due allegati (B e C) costituenti l'elenco delle prestazioni sociali e delle prestazioni sociali agevolate previste all'interno del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del Piemonte. Per quanto concerne i richiamati allegati, per scelta regolamentare dell'Ente Gestore, è possibile che una prestazione presente nell'elenco delle prestazioni sociali agevolate venga erogata a livello territoriale quale mera prestazione

---

sociale qualora conduca ad un risultato più favorevole al cittadino. Le peculiarità delle prestazioni socio-assistenziali erogate all'interno del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali evidenziano la necessità di lasciare, all'interno di un quadro generale di regole uniformi su tutto il territorio regionale, degli aspetti di definizione di modalità di erogazione e di meccanismi di calcolo che consentano di trovare una adeguata regolamentazione unicamente a livello locale o addirittura a livello di singolo progetto individualizzato.

## **TITOLO 1 DEFINIZIONI**

### **1.1 INTERVENTO SOCIALE**

Ai fini delle presenti linee guida con il termine intervento sociale si intende ogni tipo di prestazione ricompresa negli allegati B e C;

In base alle classificazioni contenute nel nomenclatore nazionale dei servizi sociali gli interventi sociali sopra individuati sono classificati nelle sottostanti categorie:

- a) contributi economici ovvero trasferimenti in denaro;
- b) interventi e servizi;
- c) servizi erogati attraverso le strutture.

Gli Enti Gestori della funzione socio-assistenziale, data la natura del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, possono realizzare, anche attraverso formule innovative, ulteriori tipologie di interventi o attività sociali la cui specifica disciplina è prerogativa esclusiva dell'Ente Erogatore. Il progetto personalizzato a favore del beneficiario può prevedere un mix di interventi appartenenti a differenti categorie tra quelle sopra richiamate.

### **1.2 PRESTAZIONI SOCIALI**

Per prestazioni sociali "si intendono, ai sensi dell'articolo 128, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché dell'articolo 1, comma 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti ed a pagamento o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia". Ai fini delle presenti linee guida è stato creato un elenco,

---

non tassativo per gli Enti Gestori, in cui le prestazioni sociali vengono individuate come da allegato C – Elenco prestazioni sociali non soggette ad ISEE.

### **1.3 PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE**

Le prestazioni sociali agevolate sono "le prestazioni sociali non destinate alla generalità dei soggetti, ma limitate a coloro in possesso di particolari requisiti di natura economica, ovvero prestazioni sociali non limitate dal possesso di tali requisiti, ma comunque collegate nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche, fermo restando il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi assicurati a tutti dalla Costituzione e dalle altre disposizioni vigenti";

Nell'ambito delle prestazioni sociali agevolate ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159 si distinguono:

- a) le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria (Articolo 1, lettera f, del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159);
- b) le prestazioni agevolate rivolte ai minorenni (Articolo 1, lettera g, del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159);

Ai fini delle presenti linee guida è stato creato un elenco, non tassativo per gli Enti Gestori, in cui le prestazioni sociali agevolate vengono individuate come da allegato B – Elenco prestazioni sociali agevolate soggette ad ISEE

### **1.4 PRESTAZIONI AGEVOLATE DI NATURA SOCIO-SANITARIA**

Sono prestazioni agevolate di natura sociosanitaria "le prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia, ovvero interventi in favore di tali soggetti:

- 1) di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio;
- 2) di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le prestazioni strumentali ed accessorie alla loro fruizione, rivolte a persone non assistibili a domicilio;
- 3) atti a favorire l'inserimento sociale, inclusi gli interventi di natura economica o di buoni spendibili per l'acquisto di servizi". Per le sopracitate prestazioni l'Ente Erogatore



---

stabilisce l'utilizzo dell'ISEE quale strumento di valutazione finalizzato ad individuare la priorità per la fruizione dell'intervento sociale o per la definizione della misura dell'intervento o del costo della compartecipazione dell'utente al servizio, in quanto si ritiene che l'intervento nella quantificazione della misura o nella definizione della quota di compartecipazione al costo del servizio sia collegato in maniera prioritaria alla situazione economica dell'assistito.

### **1.5 PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE RIVOLTE AI MINORENNI**

Sono prestazioni sociali agevolate rivolte ai minorenni "le prestazioni sociali agevolate rivolte a beneficiari minorenni, ovvero motivate dalla presenza nel nucleo familiare di componenti minorenni".

### **1.6 CAPACITÀ ALLA COMPARTICIPAZIONE AL COSTO DEL PROGETTO ASSISTENZIALE**

Ai fini delle presenti linee guida per capacità alla compartecipazione al costo del progetto assistenziale si intende la disponibilità effettiva di risorse a disposizione del beneficiario o del nucleo familiare al momento in cui viene erogata la prestazione socio-assistenziale.

## **TITOLO 2 PRINCIPI FONDAMENTALI**

### **2.1 INTERVENTI ESCLUSI DALLA PROVA DEI MEZZI**

Sul territorio regionale non sono considerate prestazioni sottoponibili alla prova dei mezzi, attraverso l'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), le seguenti prestazioni ed attività del sistema integrato degli interventi e servizi sociali:

- servizio sociale professionale;
- segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo ed ai nuclei familiari;
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- contributi economici legati ai Percorsi di Attivazione Sociale Sostenibile (P.A.S.S.) di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2015, n. 22-2521;
- i progetti personalizzati che prevedono l'uso di istituti non riferibili direttamente al

---

settore socioassistenziale (sono inquadrabili in questa categoria ad esempio i progetti di inserimento finalizzati all'inclusione sociale mediante i tirocini extracurricolari di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2017, n. 85-6277);

- le attività di prevenzione e le altre attività rivolte ad una platea allargata di beneficiari;
- le prestazioni indicate nell'allegato C alle presenti linee guida.

L'accesso alle suddette prestazioni viene garantito a tutti i cittadini a prescindere dalla condizione economica del richiedente o del nucleo familiare.

### **2.2 PRINCIPIO DI PROGRESSIVITÀ E DI GRADUALITÀ DELL'INTERVENTO**

Per principio di progressività, ai fini del presente atto, si intende il criterio per cui nel caso si debba quantificare il costo della compartecipazione alla prestazione è necessario far contribuire maggiormente chi possiede maggiori risorse economiche rispetto a chi ne possiede meno. Per principio di gradualità, ai fini del presente atto, si intende il criterio per cui nel caso in cui si debba quantificare la misura di determinati contributi economici è necessario favorire maggiormente chi possiede minori risorse economiche rispetto a chi ne possiede di più.

### **2.3 PRINCIPI APPLICABILI NEL CASO DI INTERVENTI DI NATURA SOCIO-SANITARIA E DI INTERVENTI DOMICILIARI**

Nel caso di interventi di natura socio-sanitaria le disposizioni del presente atto si applicano esclusivamente alla componente sociale della prestazione, essendo la componente sanitaria a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

Per questa tipologia di interventi i criteri di accesso sono quelli previsti dagli specifici strumenti di valutazione stabiliti dalle disposizioni regionali in materia. In questi casi l'ISEE è elemento di valutazione per contribuire, insieme ad altri, a stabilire tipologia e priorità dell'intervento attraverso l'attribuzione di punteggi sociali in apposite schede di valutazione, e per definire, unitamente a meccanismi di calcolo, la misura dell'intervento.

A tal proposito per quanto attiene la "condizione economica" prevista nella scheda di valutazione sociale di cui all'Allegato A della D.D. n 381 del 30/06/2016, al fine di fornire un criterio omogeneo da applicare su tutto il territorio regionale per l'attribuzione del punteggio relativo a tale condizione, si individua il criterio predisposto dall'INPS relativo

al progetto Home Care Premium Assistenza Domiciliare (dal 1° luglio 2022 al 30 giugno 2025) il quale prevede al suo interno una tabella, di seguito riportata, indicante cinque fasce da applicare con l'attuale ISEE vigente.

TABELLA PUNTEGGI CONDIZIONE ECONOMICA

ISEE			PUNTI
FASCIA			
Euro	0,00	8.000,00	4
Euro	8.000,01	16.000,00	3
Euro	16.000,01	24.000,00	2
Euro	24.000,01	32.000,00	1
Euro	32.000,01		0

Per quanto concerne gli interventi domiciliari ossia gli interventi erogati mediante P.A.I. che consistono, in sostanza, nell'erogazione di un contributo o di un titolo per l'acquisto di servizi trovano applicazione le norme definite ai punti 3.1.1. e 3.2 della D.G.R. n. 3-2257 del 13/11/2020 e s.m.i.

#### **2.4 PRINCIPI DA APPLICARE IN CASO DI INCONSISTENZA DI RISORSE DA PARTE DEL BENEFICIARIO**

In caso di inconsistenza di risorse economiche prontamente utilizzabili da parte del beneficiario, necessarie per la quantificazione della capacità alla compartecipazione al costo del progetto assistenziale così come definito al punto 1.6 delle presenti linee guida, l'intervento sociale potrà, comunque, essere attivato anche a prescindere dal valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

In caso di interventi per garantire all'utente in difficoltà economica, in condizioni di non autosufficienza, la copertura della retta per l'accoglienza in strutture residenziali o semiresidenziali, per la quantificazione dell'intervento economico da erogare, sia nel caso della determinazione della componente sociale delle prestazioni socio-sanitarie, che nel caso di prestazioni socio-assistenziali, è necessario fare riferimento alla capacità di compartecipazione al costo del progetto assistenziale del richiedente ed all'effettiva

disponibilità di risorse economiche a disposizione del nucleo familiare di riferimento, secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 5 dicembre 2013 n. 159. Nel caso di nuclei familiari costituiti da un unico componente, al beneficiario dell'intervento in struttura residenziale viene garantita in ogni caso una disponibilità economica annuale pari a quella fissata dalla D.G.R. n. 37 – 6500 del 23/07/2007 allegato A punto 4.1 (somma aggiornata annualmente su base ISTAT). Nel caso di nuclei familiari con due o più persone deve essere in ogni caso preservato al nucleo familiare una disponibilità economica mensile residua non inferiore alla "soglia di povertà relativa" (somma aggiornata annualmente su base ISTAT), con relativa scala di equivalenza, rapportata al numero di componenti del nucleo, quale parametro di salvaguardia della situazione economica familiare. Deroghe sono possibili nel caso di componenti del nucleo di minore età, con grado di parentela superiore al primo.

#### **2.5 ULTERIORI MECCANISMI APPLICABILI DAGLI ENTI GESTORI PER LA QUANTIFICAZIONE DELLA QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE IN CASO DI PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**

È fatta salva la facoltà degli Enti erogatori di definire per i disabili di maggiore età quote esenti per spese personali diverse in relazione al livello di autodeterminazione ed autonomia, alla presenza di un'eventuale attività lavorativa o comunque collegate al progetto individualizzato.

In assenza di modifiche puntuali o interpretative al D.P.C.M. 159/2013 si potranno adottare, nei regolamenti locali, correttivi che estendano a tutte le persone di maggiore età con disabilità, destinatarie di prestazioni socio sanitarie sulla base della valutazione di un'unità valutativa multidimensionale, le posizioni di vantaggio assicurate ai soli disabili maggiori di età in possesso delle percentuali di invalidità o delle indennità descritte nell'allegato 3 del D.P.C.M. citato.

#### **2.6 PRINCIPIO DI SALVAGUARDIA DEGLI INTERVENTI DEL SISTEMA INTEGRATO REGIONALE**

In relazione alla specificità delle prestazioni del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali è comunque consentita, previa adeguata motivazione e con assunzione diretta di responsabilità da parte degli Enti Gestori, la possibilità in singoli casi di derogare le pre-

senti disposizioni (in senso favorevole al cittadino), qualora la trattazione del caso sociale, indipendentemente dalla prova dei mezzi, evidenzi la necessità di procedere comunque all'intervento socio-assistenziale. Tale principio si applica anche nel caso in cui il richiedente non possa per ragioni oggettive produrre un'attestazione ISEE ovvero abbia un'attestazione ISEE scaduta e non più aggiornata ovvero sia in possesso di un'attestazione ISEE diversa da quelle previste nell'allegato B delle presenti linee guida.

In tali casi il progetto individualizzato, quale luogo di valutazione sociale dell'intervento, deve contenere le specifiche motivazioni che definiscono la prestazione sociale e giustificano l'intervento sociale del caso concreto, anche sotto il profilo economico.

### **TITOLO 3 REGOLE DI UTILIZZO DELL'ISEE**

#### **3.1 FUNZIONAMENTO DELL'ISEE NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI**

Fermo restando che nel caso di prestazioni sociali non è richiesto l'ISEE quale strumento di valutazione della situazione economica per l'accesso alla prestazione, lo stesso rappresenta, per questo tipo di prestazioni, uno strumento per l'attribuzione di determinati punteggi sociali volti a definire la priorità di intervento.

#### **3.2 FUNZIONAMENTO DELL'ISEE NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE**

Nell'ambito delle prestazioni sociali agevolate il valore risultante dall'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) rappresenta:

- a) una condizione di accesso all'intervento sociale, per cui il cittadino che presenta un valore ISEE sopra una certa soglia non accede all'intervento;
- b) uno strumento che definisce la misura dell'intervento, ad esempio nel caso di contributi economici erogati dall'Ente Gestore;
- c) uno strumento che definisce il costo della compartecipazione dell'utente al servizio, ad esempio nel caso della quota di compartecipazione del servizio di assistenza domiciliare, al netto della quota sanitaria.

In quest'ultimo caso, a seconda dei meccanismi di calcolo applicati, i servizi erogati possono risultare come servizi gratuiti per l'utenza oppure a parziale costo in carico all'utente

ed in parte all'Ente Gestore oppure a totale costo dell'utente.

Per disciplinare concretamente l'accesso all'intervento e soprattutto per la quantificazione della misura delle seguenti prestazioni:

- contributi economici ad integrazione del reddito familiare;
- contributi economici per alloggio;
- buoni spesa o buoni pasto;
- assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale;
- contributi per servizi alla persona;
- contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore deve essere in ogni caso salvaguardato il criterio della gradualità attraverso l'uso di meccanismi che privilegino gli utenti con un reddito disponibile inferiore.

Nel caso delle seguenti prestazioni:

- integrazione della rette per strutture residenziali;
- integrazione della rette per strutture semiresidenziali;
- inserimenti in strutture ad esclusiva valenza sociale;

la quantificazione della misura della prestazione è determinata da meccanismi di calcolo che tengano conto della capacità alla compartecipazione al costo del progetto assistenziale dell'utente. Per questo tipo di prestazioni sociali agevolate per la quantificazione della quota di compartecipazione alla prestazione deve essere salvaguardato il criterio della progressività attraverso l'uso di meccanismi che privilegino gli utenti con un reddito disponibile inferiore e che prevedano un maggior onere per i nuclei familiari con maggiori risorse economiche.

#### **3.3 SOGLIE**

Al fine di definire un livello minimo omogeneo sul territorio regionale, in attuazione all'art. 40 della L.R. 8 gennaio 2004 n. 1, si stabilisce che la soglia massima ISEE per accedere ai contributi economici a integrazione del reddito familiare è quantificata in € 9.360,00, valore oltre il quale non vengono erogati i contributi economici. Tale soglia è riferita al valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), di cui all'art 2, comma 1, lettera b) D.L. 28/1/2019 n. 4, convertito in L. 28/3/2019 n. 26;

Per tutte le altre prestazioni sociali agevolate, la soglia massima ISEE, oltre la quale la prestazione è erogata con totale compartecipazione del beneficiario, è quantificata in €

---

50.000,00.

Ai sensi del Decreto del Presidente dei Ministri datato il 21/11/2019 con il quale è stato adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza, per l'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliari a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima, è stata individuata una soglia ISEE specifica " ... per la valutazione della condizione economica ai fini dell'accesso ... " quantificata in € 50.000,00 ed aumentata in € 65.000,00 nel caso di minori, oltre la quale l'intervento viene erogato a carico totalmente dell'utente.

#### **TITOLO 4**

### **ACCERTAMENTO DELL'ABBANDONO DA PARTE DEL CONIUGE OVVERO DELL'ESTRANEITÀ DEL FIGLIO/GENITORE IN TERMINI DI RAPPORTI AFFETTIVI ED ECONOMICI QUALORA NON GIÀ ACCERTATO CON PROVVEDIMENTO GIUDIZIALE**

#### **4.1 PUBBLICA AUTORITÀ COMPETENTE IN MATERIA DI SERVIZI SOCIALI**

Nell'ambito del sistema integrato regionale degli interventi e dei servizi sociali, il Direttore dei Servizi Sociali dell'Ente Gestore della Funzione Socio-Assistenziale ovvero il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune o dell'Ente Gestore, è considerato Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali secondo le rispettive aree di competenza territoriale.

#### **4.2 ABBANDONO DEL CONIUGE ACCERTATO DALLA PUBBLICA AUTORITÀ COMPETENTE IN MATERIA DI SERVIZI SOCIALI**

Ai fini del calcolo dell'ISEE, quando sussiste abbandono del coniuge accertato dalla Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali, i coniugi che hanno diversa residenza anagrafica costituiscono nuclei familiari distinti.

L'interessato che intende far valere la situazione di "abbandono" ai fini del calcolo dell'ISEE, dovrà presentare idonea istanza alla Pubblica Autorità in materia di servizi sociali diretta ad accertare lo stato di abbandono del coniuge.

A tal fine, all'istanza dovrà essere allegata una dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatta ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dal quale emerga lo

---

stato di abbandono, corredata da almeno uno dei documenti di seguito indicati:

- a) copia della querela di parte, per il reato di cui all'articolo 570 del codice penale;
- b) copia della denuncia alla Polizia Giudiziaria, di avvenuto abbandono e/o scomparsa del coniuge;
- c) copia della segnalazione di irreperibilità all'anagrafe del comune di residenza, ai fini della cancellazione per presunta irreperibilità, ai sensi dell'articolo 11, lettera c) del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;
- d) Altra documentazione idonea a comprovare lo stato di abbandono.

A seguito di istruttoria e previa relazione dell'Assistente Sociale di riferimento, la pubblica autorità competente in materia di servizi sociali, entro il termine massimo di sessanta giorni attesta:

- il sussistere dello stato di abbandono;
- l'impossibilità a dichiarare lo stato di abbandono;
- l'impossibilità ad accertare il reale stato di abbandono.

#### **4.3 ESTRANEITÀ DEL FIGLIO IN TERMINI DI RAPPORTI AFFETTIVI ED ECONOMICI**

Per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo, quando risulti accertata dalla Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali l'estraneità del figlio sia in termini di rapporti affettivi che economici, non si tiene conto della componente aggiuntiva ai fini del calcolo del valore ISEE. L'interessato che intenda far valere la situazione di "estraneità", dovrà presentare idonea istanza alla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali volta ad accertare lo stato di "estraneità" del figlio in termini di rapporti affettivi ed economici.

A tal fine, all'istanza dovrà essere allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatta ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, circa la sussistenza ed il persistere della estraneità sia in termini di rapporti affettivi sia in termini di rapporti economici, corredata da almeno uno dei documenti di seguito elencati:

- a) copia di denunce e/o procedimenti e/o condanne relativi a maltrattamenti e/o violenze perpetrati dal figlio nei confronti dell'interessato o che vedono il genitore come persona offesa dal reato;
- b) altra documentazione probatoria idonea a comprovare lo stato di estraneità.

---

Sia nei casi di situazioni già in carico ai Servizi sociali che nei casi di situazioni non in carico ai Servizi sociali, la pubblica autorità competente in materia di servizi sociali, a seguito di istruttoria e previa relazione dell'Assistente Sociale di riferimento, provvede, qualora ricorrano le condizioni di estraneità sia in termini di rapporti affettivi sia in termini di rapporti economici, ad attestarne la sussistenza entro il termine massimo di sessanta giorni.

Nel caso in cui dall'istruttoria emerga l'insussistenza delle condizioni di estraneità sia in termini di rapporti affettivi che economici, la Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali comunica, nel medesimo termine di cui al capoverso precedente, all'interessato l'esito negativo dell'accertamento.

Non è possibile rilasciare l'attestazione di estraneità del figlio sia in termini di rapporti affettivi che economici, nel caso in cui il genitore abbia effettuato negli ultimi cinque anni atti di donazioni a favore del figlio, ovvero abbia conti correnti cointestati con il medesimo.

#### **4.4 ESTRANEITÀ IN TERMINI DI RAPPORTI AFFETTIVI ED ECONOMICI CON IL FIGLIO MINORE DEL GENITORE NON CONVIVENTE E NON CONIUGATO CON L'ALTRO GENITORE**

Per le prestazioni agevolate rivolte ai minorenni, quando risulti accertata dalla Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali la estraneità, in termini di rapporti affettivi ed economici del genitore non convivente e non coniugato con l'altro genitore, ai fini del calcolo del valore ISEE, non si tiene conto della componente aggiuntiva.

L'interessato che intenda far valere la situazione di "estraneità", dovrà presentare idonea istanza alla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali volta ad accertare lo stato di "estraneità" del genitore non convivente e non coniugato con l'altro genitore rispetto al figlio minore.

A tal fine, all'istanza dovrà essere allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, redatta ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, circa la sussistenza ed il persistere della estraneità sia in termini di rapporti affettivi sia in termini di rapporti economici, corredata da adeguata documentazione probatoria, quale ad esempio copia della denuncia per omesso versamento dell'assegno di mantenimento dei figli o la segnalazione di irreperibilità del genitore non convivente.

Sia nei casi di situazioni già in carico ai Servizi sociali che nei casi di situazioni non in

---

carico ai Servizi sociali, a seguito di istruttoria e previa relazione dell'Assistente Sociale di riferimento, il Direttore dei Servizi Sociali dell'Ente Gestore della Funzione Socio-Assistenziale ovvero il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune provvede, qualora ricorrano le condizioni di estraneità sia in termini di rapporti affettivi sia in termini di rapporti economici, ad attestarne la sussistenza entro il termine massimo di sessanta giorni.

#### **4.5 ULTERIORI INDICAZIONI DI CARATTERE PROCEDURALE**

Le dichiarazioni allegate alle istanze vanno presentate su apposita modulistica predisposta dai servizi sociali.

Qualunque stato dichiarato dalla parte interessata non deve essere generico, ma contenere gli elementi di fatto che stanno alla base della situazione di estraneità o di abbandono.

Per ogni tipologia di istruttoria prevista nel presente titolo deve essere assicurato per quanto possibile un tentativo di partecipazione al procedimento del controinteressato.

All'atto dell'attestazione da parte della Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali, è necessario provvedere ad inviare apposita comunicazione, qualora le condizioni lo consentano, al controinteressato al fine di informarlo dell'esito del procedimento.

#### **4.6 VALIDITÀ DELLE ATTESTAZIONI**

Le attestazioni rilasciate dalla Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali previste al presente titolo hanno validità esclusivamente nell'ambito della disciplina del calcolo del valore ISEE.

Le attestazioni rilasciate dalla Pubblica Autorità competente in materia di servizi sociali previste al presente titolo mantengono la propria efficacia sino al 15 gennaio dell'anno successivo a quello del rilascio.

#### **5. NORME FINALI**

Gli Enti gestori sono tenuti a trasmettere i regolamenti revisionati che disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni sociali agevolate alla Direzione regionale Sanità e Welfare – "Settore Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e di qualità" entro il 15 settembre 2023.

---

# Fai la tua scelta *diventa tutore*



L'Associazione tutori volontari Odv forma **Tutori e Amministratori di sostegno** di persone adulte e anziane che non sono in grado di rappresentarsi da sé: persone con **disabilità intellettiva grave, malati cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer, ricoverati, non abbienti e senza familiari.**

**ASSOCIAZIONE TUTORI VOLONTARI ODV**

Per informazioni



[www.tutori.it](http://www.tutori.it)



[info@tutori.it](mailto:info@tutori.it)



011 8124469

COMITATO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA

## Aziende sanitarie grandi assenti nei progetti educativi degli allievi con disabilità

Insegnanti e genitori di allievi con disabilità riferiscono al Comitato per l'Integrazione Scolastica (che aderisce al Coordinamento sanità e assistenza tra i Movimenti di base - Csa) dei gravi disservizi nei progetti educativi degli studenti con disabilità intellettiva grave. Le denunce hanno un destinatario comune, i professionisti delle Aziende sanitarie locali, che «mancano ai loro compiti e si defilano dalla redazione dei progetti educativi». Risultato: «Le famiglie sono lasciate sole nel controllo dei percorsi per i loro figli, proprio quando avrebbero più bisogno di attività qualificate e sostegno». La situazione è il risultato di un generale e allarmante calo della qualità dei servizi, ma anche delle gravi carenze degli organici dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle Asl del Piemonte.

Con una nota del 3 ottobre 2022 i Direttori dei Dipartimenti Materno/infantile dell'Asl Città di Torino e delle Asl To3 (Cintura ovest torinese, valli olimpiche, pinerolese), To4 (Cintura nord, Settimo T.se, Ivrea) e To5 (Chieri, Cintura Sud Carmagnola) hanno infatti comunicato al Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale e alla Dirigente dell'Ambito Territoriale di Torino che le scuole e le famiglie non potranno più contare sulla collaborazione degli specialisti delle aziende sanitarie per la stesura e la verifica dei Progetti Educativi Individualizzati degli allievi con disabilità.

La nota informa che neuropsichiatri, psicologi, logopedisti, fisioterapisti po-

tranno partecipare ad un unico Gruppo di Lavoro Operativo all'anno e che, qualora non si riesca nemmeno a concordare la data per l'unico incontro, «la scuola potrà trasmettere il PEI (Piano educativo individualizzato) con la dicitura, nello spazio relativo alla firma dell'operatore sanitario, "Per presa visione in data ...». Nei fatti si tratta di una delega in bianco all'Asl per defilarsi dal Gruppo di Lavoro, così ridotto a riunione puramente burocratica.

A fronte delle sollecitazioni di insegnanti e genitori e della nota dei Direttori delle Asl, il Comitato per l'Integrazione Scolastica ha denunciato che il documento dei Direttori contiene una lettura parziale e fuorviante del decreto legislativo 182/20 "Adozione del modello nazionale di piano educativo individualizzato e delle correlate linee guida, nonché modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità", in quanto afferma che il decreto stabilisce che l'Asl concordi con la scuola «secondo le diverse situazioni *altre* modalità di supporto, anche a distanza o indirette, quali ad esempio: consulenze, controllo dei documenti di programmazione, interventi in caso di necessità o altro», ma gravemente omette la modalità prioritaria, suggerita dal decreto, che invece chiarisce che «l'Asl indica uno o più membri dell'Uvm (l'Unità di valutazione multidimensionale) come componenti a tutti gli effetti del Gruppo di Lavoro Operativo ed essi saranno pertanto invitati a tutti gli incontri e – se impossibilitati a partecipare – manterranno i contatti in altro modo».

Omettendo una prescrizione significativa del decreto, insomma, le Asl torinesi giustificano una grave deresponsabilizzazione dei loro stessi specialisti che si esprime nel concreto con il loro ritiro dalla condivisione con la famiglia e la scuola dei rispettivi elementi di conoscenza su cui fin dagli anni '70 si è fondata la qualità dei progetti di inclusione scolastica, in applicazione delle leggi 833/78 e 104/92, e del Decreto del Presidente della Repubblica del 24 febbraio 1994.

Il Comitato ha denunciato inoltre che da anni gli incontri di stesura e di verifica dei Progetti Educativi Individualizzati, nella maggioranza dei casi, costituivano per gli specialisti dell'Asl l'unica occasione per avere notizie sulle condizioni di salute dei minori con disabilità e delle situazioni di criticità che le scuole e le famiglie devono spesso gestire in solitudine.

Ancora, nel documento si spiega che tale scelta «si rende necessaria a motivo del carico di lavoro» e «della necessità di smaltire le liste d'attesa generate dall'emergenza post Covid» e ancora che «si inserisce in una situazione di progressivo aumento del disagio psichico dei giovani come reso noto e ben esplicitato dal Ministero della Salute nel documento di sintesi del Tavolo Tecnico di salute mentale (maggio 2021)». Famiglie ed insegnanti hanno tuttavia dovuto prendere atto con disappunto che, nonostante l'aumento del disagio dei ragazzi e la solitudine delle famiglie, la dirigenza delle Aziende sanitarie torinesi ha scelto di ritirare il proprio personale dagli unici presidi territoriali in cui genitori, insegnanti ed operatori sociali e sanitari fanno rete e condividono progettualità. Decisione inaccettabile che si accompagna alla drastica riduzione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei minori a cui consegue, in molti casi, l'aumento del disagio e dei momenti di criticità a scuola ed in famiglia ed in molte situazioni la frequenza ad orario ridotto con grave limitazione del diritto all'istruzione.

Il Comitato per l'Integrazione Scolastica, rappresentando l'indignazione e lo sconforto di tante organizzazioni sociali del Piemonte, si è rivolto con una lettera di protesta:

**1) ai Direttori Generali delle Asl** per sapere se, a conoscenza dell'insostenibile carico di lavoro degli operatori dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile, abbiano segnalato alla Regione Piemonte ed al Ministero per la Salute le esigenze di adeguamento degli organici;

**2) ai Ministri per la Salute e per l'Istruzione** per conoscere quali iniziative vorranno assumere per garantire il diritto alla salute ed all'istruzione dei ragazzi con disabilità e l'applicazione delle norme che stabiliscono la condizione dei Progetti educativi tra scuola, famiglia ed Aziende sanitarie.

**3) ai direttori dei Dipartimenti Materno Infantili della Città Metropolitana di Torino** per chiedere il ritiro della nota in oggetto e l'avvio di un'indagine che consenta di quantificare le esigenze di potenziamento degli organici al fine di adempiere alle competenze che la normativa assegna ai servizi delle Asl.

La denuncia delle associazioni contiene inoltre alcune amare riflessioni sullo sperpero dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) che nulla prevede per affrontare le problematiche segnalate dalle scuole e dalle famiglie. La Missione "Istruzione e Ricerca" del Piano, infatti, non contiene riferimenti espliciti all'inclusione degli allievi con disabilità, se si escludono gli interventi per favorire l'educazione digitale e quelli per il contrasto alla dispersione scolastica. Allo stesso modo, la Missione "Salute" si limita a finanziare la telemedicina, la digitalizzazione del Servizio sanitario, la costruzione di nuovi edifici e non affronta in alcun modo le carenze degli organici dei servizi territoriali.

Nessun riscontro, al momento di andare in stampa, è ancora pervenuto dai referenti degli Enti a cui la lettera del Comitato è stata inviata.

*(Marisa Faloppa, Comitato per l'Integrazione Scolastica)*



# UTIM

*Unione per la tutela  
delle persone  
con disabilità  
intellettiva OdV*

**QUOTA  
SOCI 2023  
35 euro**

Compreso l'abbonamento al Notiziario *ControCittà*.

Oppure sostieni l'attività dell'Utìim con donazioni o contributi sul conto corrente postale n. 21980107 o con bonifico

bancario su IBAN: **IT77 T076 0101 0000 0002 1980 107**.

Donazioni e contributi sono deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi.





# 5X1000

## c.f. 97638290011

**cinqueper mille**

## **Anche quest'anno puoi destinare alla Fondazione promozione sociale il 5 per mille**

*dell'imposta risultante dalla dichiarazione dei redditi.*

### **PERCHÉ SOSTENERCI**

La Fondazione promozione sociale onlus/ets 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.

Con il tuo contributo ci aiuterai a portare avanti le iniziative per tutelare i diritti delle persone malate non autosufficienti e/o con gravi disabilità e per garantire il loro e il tuo diritto alla salute:

ciascuno di noi può diventare un malato cronico non autosufficiente o avere un familiare in queste condizioni.

Relazione attività su:  
[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

### **CON IL TUO AIUTO POSSIAMO FARE DI PIÙ**

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

**Fondazione promozione sociale onlus/ets**  
Iban: **IT 66L 02008 01058 000020079613**