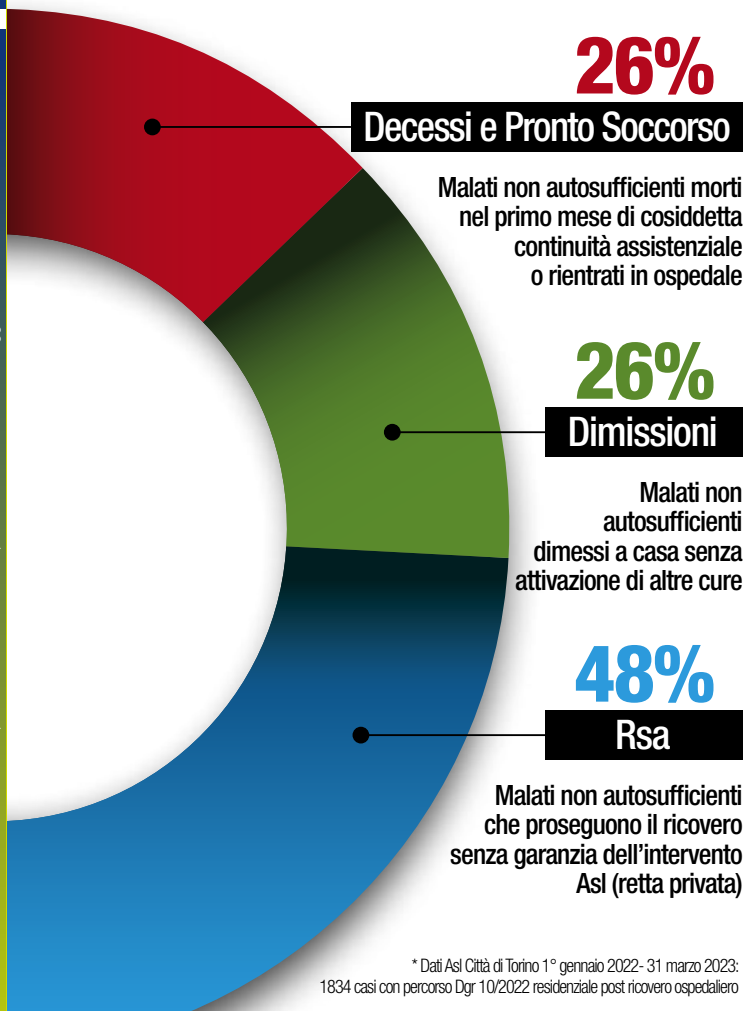


## DISASTRO DGR 10: MORTI, RITORNI IN OSPEDALE E CLIENTI PER LE RSA



\* Dati Asl Città di Torino 1° gennaio 2022- 31 marzo 2023:  
1834 casi con percorso Dgr 10/2022 residenziale post ricovero ospedaliero

Legge 33, il Ssn  
e i diritti dei  
malati nella  
partita dei decreti

“Dopo di noi”:  
appello dell’Utim  
sui fondi  
non spesi

Cure domiciliari:  
Torino arretra  
sui diritti dei non  
autosufficienti?

---

## SOMMARIO

---

# LUGLIO AGOSTO 2023

---

**2** Dimissioni dagli ospedali,  
con la Dgr 10 decessi in Rsa e  
recidive in Pronto soccorso

**6** Legge non autosufficienza,  
come difendere i malati  
nella scrittura dei decreti

**16** Cure a casa per malati e persone  
con disabilità non autosufficienti:  
Torino arretra sui diritti

**24** **UTIM INFORMA**  
“Dopo di noi”, appello alla  
Regione: «I fondi non utilizzati  
vanno destinati all’azzeramento  
delle liste di attesa» –  
Addio Vittorio Torres,  
fondatore dell’Utım

## 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.

# *Comuni “eversivi” contro malati e disabili*

---

I Consorzi dei servizi socio-assistenziali piemontesi – i gestori pubblici delle politiche sociali dei Comuni – non vogliono applicare le regole Isee emanate dalla Regione Piemonte con la delibera 10 del 5 giugno scorso, che ricalca l’ormai decennale Dpcm 159/2013. In sostanza, non vogliono rispettare una norma dello Stato per erogare l’integrazione economica a malati non autosufficienti e persone con disabilità che fruiscono di servizi socio-sanitari (centri diurni, Rsa, Comunità alloggio...); integrazione per la quale – tra l’altro – i Comuni stessi hanno diritto a ricevere i corrispondenti fondi da Stato e Regione.

Dopo dieci anni di violazione diffusa delle norme nazionali, i Comuni piemontesi entro il mese di settembre 2023 devono approvare i nuovi regolamenti per l’erogazione dei contributi. Ma vogliono farlo «a modo loro». È «più giusto», dicono attraverso l’associazione di categoria Anci, che gli utenti versino l’indennità di accompagnamento (che l’Isee invece esclude dalle cifre disponibili per pagare la retta). E anche sul valore della casa, molte municipalità vorrebbero discostarsi dall’Isee, a tutto danno di malati e disabili. Perseverare dopo l’“errore”, si sa, è diabolico, ma qui siamo oltre. Si sfiora l’eversione.

# Dimissioni dagli ospedali, con la Dgr 10 decessi in Rsa e recidive in Pronto soccorso

*Regione Piemonte, dati allarmanti nel primo anno di applicazione della delibera per la cosiddetta "continuità assistenziale" con ricovero in Rsa. Un quarto dei malati muore nel primo mese o torna d'urgenza in ospedale, metà viene abbandonata al ricovero privato in struttura a 3mila euro al mese*

Dopo un anno di dimissioni dagli ospedali piemontesi verso le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) rese possibili dalla delibera della Giunta Regionale 10 del 29 luglio 2022, l'Asl Città di Torino ha tracciato un primo punto della situazione, in un dettagliato contributo, pubblicato su welforum.it. La relazione dà conto dell'attività della struttura di Continuità delle cure ospedale-territorio (Cot) che gestisce la dimissione ospedaliera e gli inserimenti in strutture residenziali di post acuzie, ma anche gli interventi di assistenza domiciliare integrata (Adi) post ricovero.

L'operazione, nata con l'intento di sgravare dal carico di accessi i Pronti soccorso regionali, continua a registrare giudizi ambivalenti, con esiti che le Asl considerano confortanti ma che non garantiscono una reale continuità della presa in carico, specie dei malati non autosufficienti, abbandonati dopo qualche settimana alla prospettiva del ricovero privato in Rsa – con rette da oltre 3mila euro al mese – o all'interruzione delle prestazioni domiciliari e il non infrequente nuovo accesso all'ospedale.

**I dati.** Nella sola Città di Torino (Tabella 1 e 2), nel 2022 sono stati 2.606 i malati trasferiti dagli ospedali in continuità delle cure in Rsa (1.412) o a domicilio (1.194). Un flusso di 7 malati al giorno, di cui 4 inviati in strutture private convenzionate per effetto della Dgr 10 (e di provvedimenti preparatori simili). La degenza media post-ospedaliera in Rsa è stata di 37 giorni nei quali, secondo il dettaglio fornito dall'Asl

Città di Torino, «228 sono deceduti – gli operatori delle Rsa confermano che i decessi si registrano soprattutto nei primi giorni dopo la dimissione ospedaliera – 169 sono stati nuovamente ricoverati, 325 sono rientrati a casa senza ulteriori aiuti e 690 hanno proseguito la permanenza in Rsa». Il trend continua nel 2023: dei 422 malati trasferiti in Rsa dopo ricovero ospedaliero, 37 sono morti nel primo mese post-dimissioni, 43 sono tornati in Pronto soccorso, 156 sono stati rimandati a casa,

186 hanno attivato il ricovero definitivo in Rsa.

**Cure negate.** Proprio a questi ultimi malati, quelli che dopo 30/60 giorni in percorso di continuità in Rsa rimangono in struttura – poco meno di 700 l'anno scorso, quasi 200 quest'anno nella sola città di Torino – l'Asl nega di fatto le cure previste dai Lea. Il Servizio sanitario regionale deve, nel rispetto dei Li-

velli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (Dpcm 12 gennaio 2017, articolo 30), attivare la convenzione ai malati non autosufficienti, cioè, coprire il 50% della retta e dare loro lo status di utenti dell'Asl. Nella maggior parte dei casi, invece, l'Asl lascia malati e famiglie in balia del gestore privato della Rsa, che al termine del percorso di continuità delle cure della Dgr 10 sottopone loro un contratto privato da 3.000 euro al mese e l'opzione di prendere i servizi decisi dalla struttura (di solito di

**La delibera e regionale ha creato una situazione di scarsa tutela dei malati non autosufficienti: "scaricati" in strutture con standard sanitari insufficienti**

bassa qualità rispetto alle necessità del malato), o accettare le dimissioni e tornare a casa.

Lapidario, in merito, il giudizio della Fondazione promozione sociale, che un anno fa presentò ricorso al Tar del Piemonte – tutt'ora pendente – contro la delibera, insieme alle associazioni Alzheimer Piemonte e Amici Parkinsoniani Piemonte: «La Dgr 10 non è uno strumento di continuità delle cure, ma si delinea sempre di più come un servizio che l'Asl garantisce ai gestori privati di strutture, una consegna 'a domicilio' di clienti».

Nonostante precisa richiesta, i funzionari dell'Azienda sanitaria torinese non hanno fornito i dati degli inserimenti in convenzione, cioè il numero di quanti dei malati che hanno iniziato la degenza con la Dgr 10 hanno poi proseguito il ricovero a tempo indeterminato con la copertura del

50% dell'Asl. L'ufficio stampa dell'Asl ha trasmesso i dati del 2021 secondo i quali sei mesi dopo l'inserimento in continuità assistenziale l'80 per cento dei malati ha ricevuto la convenzione. Si tratta di cifre generali e poco significative, che non combaciano con quanto riscontrato dai casi seguiti dalla Fondazione promozione sociale, tra l'altro relative ancora al periodo Covid.

**«Servono al Pnrr».** C'è poi il capitolo delle (non) cure a domicilio. I dati dell'Asl Città di Torino (Tabella 2) rivelano che la continuità di cura a casa per una parte dei malati non autosufficienti dimessi dall'ospedale si riduce alle prestazioni a breve scadenza dell'Assistenza domiciliare integrata. Gli esiti del rientro a casa evidenziano che il 75% dei malati (894 su 1.194) nel 2022 ha terminato molto presto il

**TABELLA 1 - ESITI DEL TRASFERIMENTO IN RSA (DGR 10/2022 E SIMILI)**

	<b>2022</b>	<b>1° TRIMESTRE 2023</b>
Totale casi	<b>1412</b>	<b>422</b>
Rientro a casa senza aiuti	<b>325</b>	<b>156</b>
Permanenza in Rsa	<b>690</b>	<b>186</b>
Trasferimento in Hospice	<b>0</b>	<b>0</b>
Nuovo ricovero in Ospedale/PS	<b>169</b>	<b>43</b>
Decessi	<b>228</b>	<b>37</b>

cosiddetto “progetto di cure domiciliari”, consistito in poche ore di Adi (la media nazionale è di 15 ore all’anno, consistenti in interventi di infermieri o Oss e nell’eventuale passaggio del medico di medicina generale). Il dato significativo è quello dei deceduti (162) e dei nuovi ricoveri in ospedale (104 recidive): si tratta, in totale, di oltre il venti per cento dei casi, malati per i quali la dimissione si è nei fatti rivelata quanto meno non appropriata, se non addirittura errata sotto il profilo clinico.

A cosa serve, dunque, l’attivazione di questi percorsi domiciliari senza effettiva efficacia per il malato? A

raggiungere gli obiettivi del Pnrr, che prevedono di aumentare il volume delle prestazioni in Assistenza domiciliare integrata fino a comprendere entro la fine del 2023 il 9% della popolazione di età superiore ai 65 anni, che dovrà salire al 10% entro il 2026. L’escalation dell’Adi – ripetiamo, senza effetto reale sulla tutela della salute dei malati non autosufficienti – è testimoniata dalle rilevazioni Asl che registrano migliaia di nuovi casi al mese (Tabella 3). Tutte cifre da portare in bella mostra a Roma (e poi a Bruxelles), mentre a Torino (e in Piemonte) i malati sono abbandonati a loro stessi.

**TABELLA 2 - ESITI DELLE CURE DOMICILIARI ADI ASL CITTÀ DI TORINO**

	<b>2022</b>
Totale casi	<b>1.194</b>
Fine presa in carico Asl	<b>894</b>
trasferimento, singolare	<b>9</b>
Trasferimento in Hospice	<b>25</b>
Nuovo ricovero in Ospedale/PS	<b>104</b>
Decessi	<b>162 di cui 84 in Cure palliative per fine vita</b>

**TABELLA 3 - INCREMENTO ADI ASL CITTÀ DI TORINO**

<b>GENNAIO 2023</b>	<b>FEBBRAIO 2023</b>	<b>MARZO 2023</b>	<b>APRILE 2023</b>	<b>MAGGIO 2023</b>	<b>GIUGNO 22-6-2023</b>
<b>2659</b>	<b>3.626</b>	<b>5.374</b>	<b>Non rilevato</b>	<b>6.485</b>	<b>8.010</b>
<b>Incremento</b>	<b>+967</b>	<b>+1.748</b>	<b>Non rilevato</b>	<b>+1.111</b>	<b>+1.525</b>

# Non autosufficienza, come difendere i malati nella scrittura dei decreti

*Appello del Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane, malate e non autosufficienti (Cdsa) al Parlamento e al Governo: «Nei decreti della legge 33, sia ribadita la piena competenza del Ssn per le cure sanitarie e socio-sanitarie di lunga durata per i non autosufficienti»*

La legge 33, l'ultimo negativo assalto all'universalismo del nostro Servizio sanitario, prevede che entro gennaio 2024 il Governo ne approvi i decreti attuativi. Qui di seguito pubblichiamo il dettagliato allegato di proposte inviato dal Cdsa (Coordinamento per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti, di cui fa parte la Fondazione promozione sociale): nella partita dei decreti, sarà decisivo il riconoscimento dei «non autosufficienti» come malati e soggetti a pieno titolo rientranti nella competenza del Servizio sa-

nitario nazionale, anche per le cure di lunga durata.

Il 17 maggio 2023 il Cdsa ha inviato formale richiesta di audizione e sollecito al Governo, in particolare al Ministro della Salute, per:

- ribadire nei decreti la competenza sanitaria sulla cura (in fase di acuzie, così come a lungo termine e per le loro specifiche esigenze di tutela della salute) delle persone anziane malate croniche non autosufficienti;
- assicurare con i necessari provvedimenti il pieno rispetto e attuazione dei diritti delle persone mala-



te non autosufficienti (di tutte le età) di essere curate dal Servizio sanitario nazionale «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (articolo 1 della legge 833 del 1978) e «senza limiti di durata» (articolo 2 della legge 833 del 1978);

- difendere l'impianto fondamentale della conquista previdenziale dell'indennità di accompagnamento (sancito dalla legge 18/1980), somma che viene erogata «al solo titolo della minorazione» e che consente di considerare tale cifra (eventualmente, e a nostro avviso fondatamente, da elevare per le persone malate non autosufficienti) come un vero strumento di riequilibrio rispetto alla disabilità;

- precisare che il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa) interviene per coloro che, oltre al diritto alle prestazioni Lea, che devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale e regionale, hanno altresì diritto alle prestazioni sociali previste dalla legge 33;

- finalizzare la valutazione multidimensionale dei bisogni «di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale» della persona anziana unicamente alla elaborazione del Pai (Piano assistenziale individualizzato). In quella sede non deve rientrare la valutazione delle capacità economiche della persona e del suo nucleo familiare, perché queste andrebbero a modificare o condizionare l'offerta pubblica dei servizi necessari.

### **Legge 33, riassunto e scadenze**

La legge 33 del 2023 riporta il titolo ingannevole di “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”. Si tratta, in realtà, della legge di controriforma delle prestazioni destinate ai non autosufficienti, che – non a caso – il testo mai definisce «malati», né «persone con grave disabilità». L'intento è chiaro: separarli dal resto della popolazione e negare loro le cure di lunga durata, dichiarandoli «casi sociali». Entro il 31 gennaio 2024 il Governo deve adottare i regolamenti attuativi della norma. Per un commento puntuale della legge, si rimanda a quanto pubblicato sul numero marzo-giugno 2023 di ControCittà “Non autosufficienza, la legge nega le cure di lunga durata”.

---

## DECRETI ATTUATIVI, LE ISTANZE DEL CDSA

*Le proposte che seguono, in otto punti che si concentrano su temi specifici, hanno l'obiettivo di fornire suggestioni argomentate perché i decreti attuativi della legge 33 siano scritti in modo da assicurare agli anziani malati cronici non autosufficienti il loro diritto soggettivo ed esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già garantite dalla legge 833/1978 e dai Lea (Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017). La partenza è in salita, perché la legge delega 33/2023 (che riguarda le prestazioni sociali Leps, non i Lea) non esplicita adeguatamente la valenza sanitaria dell'intervento in favore dei malati non autosufficienti. La predisposizione dei decreti legislativi deve essere l'occasione perché sia introdotto, in parallelo, nei Lea, un contributo della Sanità per sostenere la domiciliarità (con risparmi per il Servizio sanitario nazionale e sostegno ai malati e alle famiglie) e perché si avvii la riorganizzazione radicale delle Rsa, interventi che, anche al di là dei decreti legislativi in oggetto, rientrano nella programmazione e organizzazione sanitaria ordinaria del Ministero della salute.*

### 1. DEFINIZIONE DI «ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE»

L'istanza del Cdsa, vista la delega al Governo che prevede la definizione della popolazione anziana non autosufficiente, è quella di assumere nei provvedimenti attuativi la dicitura «anziani malati cronici non autosufficienti» invece di «anziani non autosufficienti» e di, comunque, esplicitare la condizione di «malati cronici» ogni volta che nel testo della legge delega il riferimento è agli anziani «non autosufficienti».

La non autosufficienza è sempre conseguente alla perdita di salute a causa di malattie croniche invalidanti irreversibili o da loro esiti. La precisazione di «malato cronico» è dirimente per rientrare nella titolarità del Servizio sanitario nazionale e del diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie garantite dalla legge 833/1978 e s.m.i. e dai Lea (dpcm 12 gennaio 2017, servizi e prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali), di cui all'articolo 1 della legge delega in esame. Le prestazioni Leps della legge 33/2023 sono aggiuntive e non sostitutive delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea).

In merito al concetto di «fragile» si fa riferimento al documento dell'Accademia di Medicina di Torino "La cura dei malati cronici non autosufficienti: criticità e proposte" (pubblicato sul numero 216, ottobre-dicembre 2021 della rivista *Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali*): «Con il termine di 'anziano fragile' si è soliti intendere 'un soggetto ultra65enne dipendente da altri nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (...) con difficoltà nel movimento autonomo, anche in assenza di gravi malattie

---

(...) e che richiede continua assistenza medica (...); questi pazienti che richiedono cure differenziate, personalizzate e indifferibili sono spesso portatori di complesse problematiche psico-cognitive come depressione e demenza, e non di rado presentano anche bisogni sociali (es. povertà, solitudine, rete amicale / familiare carente o non idonea, perdita del coniuge e di sostegno)'. L'Accademia ricorda altresì che da tempo l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino ha precisato che gli «anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici». Da quanto sopra si evince che la fragilità è una definizione clinica e pertanto è fondamentale che prioritariamente sia assicurata la presa in carico sanitaria, mentre i Leps sono prestazioni socio-assistenziali aggiuntive a quelle specifiche di tutela della salute. La competenza primaria sui Lea è della Sanità. È il Servizio sanitario che deve garantire la continuità terapeutica, ovvero la presa in carico e le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e, quando necessario, assicurare coordinamento e collegamento (il cosiddetto *continuum*) con il settore delle Politiche sociali, ovvero l'accesso ai Leps previsti dalla «Missione 5» del Piano nazionale di ripresa e resilienza - Pnrr.

Le prestazioni socio-assistenziali, come tutte quelle della legge 33, sono interventi aggiuntivi, rivolti agli anziani malati cronici non autosufficienti che, oltre che malati, siano anche «inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi per vivere» come da 1° comma dell'articolo 38 della Costituzione. Solo loro (e non tutti i non autosufficienti) hanno diritto di richiedere e ricevere prestazioni socio-assistenziali (contributi, pasti a domicilio, aiuto domestico...) o sociali (abitazione a condizioni agevolate, attività socializzanti, aiuto alla mobilità...) erogate dai Comuni. Non si tratta quindi di un diritto universalistico (per tutti, senza condizioni) perché la legge 33/2023 condiziona le prestazioni Leps alle risorse disponibili a legislazione vigente e alla condizione socio-economica dei richiedenti.

## **2. RISORSE**

Nella legge 33/2023 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», poiché le prestazioni rientrano nei Leps. Invece, non devono essere previsti limiti al finanziamento delle prestazioni di tutela della salute per i malati non autosufficienti, ma ciò può avvenire solo se le prestazioni stesse sono inserite nell'ambito di quelle socio-sanitarie rientranti nei Lea e, quindi, sotto la competenza del Servizio sanitario.

---

In proposito, è ormai noto come caso di scuola l'intervento della Corte costituzionale che, con la sentenza 62/2020, 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». Per gli anziani malati cronici non autosufficienti, il Servizio sanitario nazionale è l'ambito non solo "più giusto" per le loro condizioni, ma anche "più sicuro" in termini di tutele della loro compromessa salute. A chi conviene "tirarli fuori" di lì per le cure di lunga durata?

### **3. AGEISMO ISTITUZIONALE**

La legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, non indica limitazioni d'età per l'accesso al Servizio. Anzi, di più. Lo Stato è esplicitamente tenuto, dall'articolo 1 di quella norma, a fornire le prestazioni «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Per coerenza con la legge fondamentale del Servizio sanitario (e, di rimando, con la Costituzione), il Cdsa chiede che in sede di decreti attuativi della legge 33 si cancelli (o, meglio, si eviti che possa essere introdotto) il criterio dell'età anagrafica come condizione di accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riferite agli anziani malati cronici non autosufficienti. Perché solo per gli anziani non autosufficienti deve essere istituito un Sistema "a parte" come quello nominato dalla legge come Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa)? Perché un percorso separato dagli altri malati, per gli anziani? Perché cure diverse – vincolate a valutazioni che comprendono condizioni sociali ed economiche – per i non autosufficienti?

Il Cdsa chiede in proposito la salvaguardia della tutela della salute degli anziani (anche per la prevenzione e le cure di lunga durata) nell'ambito della competenza del Servizio sanitario nazionale «anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione» (articolo 2, lettera f, legge 833/1978).

A proposito di una discriminazione basata sull'età, i Geriatri piemontesi hanno messo in guardia dall'ageismo istituzionale, cioè dalla pratica che discrimina gli anziani, nello specifico malati cronici non autosufficienti, nel documento "La non autosufficienza dell'anziano è un problema di salute", (*Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali* n. 217/22). Al riguardo, i clinici evidenziano che «L'im-

---

piego di termini come ‘anziano con perdita di autonomia’ o ‘anziano non autosufficiente’ per il paziente anziano affetto da demenza rientra appieno nel concetto di ‘ageismo’ (l’insieme di stereotipi, pregiudizi e atteggiamenti discriminatori messi in atto sulla base dell’età anagrafica, cfr. Busca M. T., Nave E., *Le parole della bioetica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021). Nel caso degli anziani la specifica forma di ageismo di cui sono oggetto più frequentemente riguarda la loro presunta perdita di autonomia dovuta a fattori anagrafici. In questo ambito si configura la forma più grave di ageismo, che viene definita ‘ageismo istituzionale’, quando si mettono in atto discriminazioni nell’accesso alle cure sanitarie o procedure sulla base del mero criterio anagrafico».

«Rientra inoltre nell’ageismo istituzionale – aggiungono i geriatri – anche il mantenimento di un Servizio sanitario non in linea con la demografia attuale e con le reali esigenze della popolazione anziana, che richiederebbe una maggiore disponibilità territoriale e domiciliare di assistenza sanitaria e sociale. Infine, tale forma di ageismo è oltremodo diseducativa e socialmente deviante perché implicitamente induce (...) a vedere nell’anziano non più un malato ma un mero carico assistenziale».

#### **4. IL «SNA» NON INTACCHI I LEA**

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa), malauguratamente istituito dalla legge 33 anche se è sempre possibile – e in questo caso augurabile – una mancata attuazione delle deleghe, dovrebbe limitarsi alla programmazione degli interventi aggiuntivi, non sostitutivi e non vincolanti di quelli sanitari anche di lungo periodo, delle politiche sociali e socio-assistenziali e garantire i Leps con riferimento alla «Missione 5» del Piano nazionale di ripresa e resilienza - Pnrr.

Il Servizio sanitario nazionale, nelle sue articolazioni regionali, deve continuare a garantire il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea), nonché come previsto dall’articolo 1 della legge 833/1978, assicurare «il collegamento e coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale, attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività».

Il Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa) non ha e non deve avere competenze in termini di programmazione e organizzazione sanitaria e socio-sanitaria.

#### **5. ASSEGGNI DOMICILIARI LEA**

Nei decreti attuativi va richiamato il diritto soggettivo ed esigibile all’accesso a carattere universalistico, alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di lungo termine (Ltc) previste dalla legislazione

---

---

vigente per l'anziano malato cronico non autosufficiente, nel rispetto degli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 e previste dal Dpcm 12 gennaio 2017. Va altresì ribadito il diritto soggettivo ed esigibile all'accesso alle cure palliative e alle terapie di contrasto al dolore, ai sensi della legge 38/2010, con diritto esigibile e a carattere universalistico alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in ogni luogo di cura: ospedale, case di cura, lungodegenze, casa dei malati...

In parallelo, occorrerebbe l'introduzione di un contributo economico (o assegno di cura) come Lea (con integrazione dell'articolo 22, "Prestazioni e servizi sanitari domiciliari", di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017), a carico del Servizio sanitario e quindi a carattere universalistico. Il contributo dovrebbe essere finalizzato a garantire le prestazioni indifferibili e indispensabili per il soddisfacimento delle funzioni vitali quotidiane dell'anziano malato cronico non autosufficiente, dipendente in tutto dall'aiuto di terzi. La richiesta è di prevedere nei decreti legislativi che il piano di assistenza domiciliare comprenda l'attività tutelare, cioè tutte quelle prestazioni di tutela della salute oggi svolte a domicilio, per esempio, dai familiari che si prendono cura di un malato non autosufficiente, o dall'assistente personale dello stesso. Il riconoscimento della valenza sanitaria – di tutela della salute, appunto – di queste prestazioni deve obbligatoriamente potersi articolare in più modalità, da concordare con la famiglia per adattare alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con supporti per reperirli e per gestire il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il piano di assistenza deriva dal budget di cura e assistenza, il quale è graduato per crescere all'aumentare del grado di non autosufficienza, ed è 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 deve poter essere trasformato, senza soluzione di continuità, nella retta per l'inserimento in strutture residenziali. Così si estenderebbe alle prestazioni di assistenza sanitaria domiciliare il dispositivo che da sempre è in opera nelle Rsa, dove questo budget di cura è appunto la retta con il 50% coperto dall'Asl (quota sanitaria).

A tal proposito, è illuminante l'eccellente contributo del Prof. Maurizio Motta, Università di Torino, pubblicato sulla rivista online *welforum.it* e su *ControCittà* gennaio-febbraio 2023 con il titolo: "Non

---

autosufficienza, cosa non c'è nella legge per le cure domiciliari”.

Così Motta: «Qualunque famiglia, od operatore sanitario, sa bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del malato non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana. Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto la titolarità del Servizio sanitario nazionale e con una sua compartecipazione finanziaria, per più ragioni:

- Perché già succede: i Lea già prevedono che il costo in Rsa sia metà a carico del Ssn; costo che copre non solo le spese sanitarie o di professioni sanitarie, ma tutte le prestazioni di tutela della vita in Rsa (inclusi pasti, pulizie, etc). Dunque, perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo che, se la stessa persona è assistita a casa, la tutela sia in parte a carico del Ssn? Ma entro i Lea (e non con risorse “extra Lea”). Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il Ssn di fatto incentiva solo il ricovero.

- Perché il Ssn oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere (per degenze che spesso sono solo “posteggi” in attesa di un posto in Rsa o in assistenza domiciliare). E il Ssn spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in Rsa (il 50% del costo totale). Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso Ssn?

- Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra Asl, col concorso finanziario Asl negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente.

- Perché i malati non autosufficienti sono tali perché malati o con esiti di patologie. Dunque è un'area sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del Ssn, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte, e non basta invocare una generica “integrazione sociosanitaria” (come purtroppo fanno anche i vigenti Lea)».

## **6. CENTRI DIURNI E RSA: CONFERMARE LA TITOLARITÀ DEL SSN**

Vi è la necessità di prevedere prestazioni semiresidenziali (Centri diurni) nei casi in cui la permanenza a domicilio di anziani malati cronici non autosufficienti, in particolare malati di Alzheimer o con altre forme di demenza senile, possa essere attuata solamente con il sostegno delle prestazioni semiresidenziali, che devono essere potenziate con interventi terapeutici e riabilitativi finalizzati al mantenimento delle autonomie. Da prevedere altresì il diritto a ricoveri di sollievo.

In merito alle prestazioni residenziali, occorre operare contemporaneamente per ottenere che le Rsa siano a pieno titolo parte del Servizio sanitario e siano pertanto inserite nelle convenzioni tra

---

---

Servizio sanitario ed enti privati norme per rendere obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al Servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti. Andrà inoltre rivisto il criterio attraverso il quale si quantifica il numero adeguato di operatori sanitari/assistenziali all'interno delle strutture (Rsa) che ad oggi viene demandato alle regioni e perlopiù utilizza il criterio del "minutaggio";
- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario; come avviene in tutti i reparti ospedalieri e nelle strutture sanitarie;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni; le terapie di contrasto al dolore e le cure palliative ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione dal ricovero nelle Rsa di pazienti con patologie non stabilizzate e di malati che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative;
- il pieno rispetto della legge 24/2017 (sul rischio di salute) e del nuovo piano pandemico;
- la previsione di Comitati di partecipazione dei Familiari, che potranno avvalersi del contributo di figure esterne indipendenti e competenti e operare sulla base di un Regolamento tipo definito con delibera regionale e concordato anche con le rappresentanze dell'utenza.

I maggiori oneri che deriverebbero da una tale riqualificazione delle prestazioni in Rsa andrebbero imputati al Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato, che è tenuto ad assolvere prioritariamente gli obblighi verso i congiunti privi di mezzi propri. In considerazione dell'aumento delle problematiche cliniche e della necessità di prestazioni di tutela personale dei degenti, si ritiene per questo indispensabile aumentare almeno dal 50 al 70% la quota sanitaria che compete alle Regioni sulle rette di degenza e riconoscere il 100% per i malati di Alzheimer o con prevalenti esigenze sanitarie, come riconosciuto da molteplici sentenze della Cassazione.

## **7. INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO: MANTENERE IL DIRITTO**

L'indennità di accompagnamento, che la legge 33 punta ad abolire, sostituendola con una «misura

---



---

universale per la non autosufficienza» con esigue tutele, deve restare un diritto esigibile nell'ambito della previdenza e pertanto la legge 18/1980, che l'ha istituita, non va modificata o abrogata. Il diritto oggi esigibile all'indennità di accompagnamento è un risarcimento per la perdita della condizione di non autosufficienza e la conseguente dipendenza per le funzioni vitali dall'aiuto di altri.

Secondo i dati pubblicati sul sito welforum.it nel maggio 2018, l'indennità è una prestazione che viene riconosciuta come «risarcimento» agli anziani che sono affetti da patologie croniche irreversibili e dipendono dall'aiuto di altre persone per il soddisfacimento delle funzioni vitali. Nel 2016 risultavano 1,4 milioni gli anziani over-65 malati non autosufficienti beneficiari dell'indennità di accompagnamento. La stessa ricerca segnalava tuttavia – con preoccupazione – che già dal 2011 sono stati introdotti criteri molto più selettivi allo scopo di ridurre il diritto e, di conseguenza, le risorse stanziare per le indennità.

La legge 33 contiene il paventato trasferimento della competenza sul provvedimento alternativo all'indennità (la «misura universale per la non autosufficienza») in capo ad una commissione di valutazione collocata nel settore delle politiche sociali, che è obbligato a valutare non solo i bisogni, ma anche le risorse personali e familiari del richiedente (articolo 38 della Costituzione, Dpcm 159/2013 e s.m.i. relativo all'Indicatore della situazione economica equivalente, Isee). Una tale riforma porterebbe all'esclusione di almeno un milione di malati cronici non autosufficienti dal diritto certo ed esigibile dell'indennità di accompagnamento.

## **8. NESSUN ISEE PER ACCEDERE AI LEA**

Nei decreti legislativi della legge 33 è fondamentale che la valutazione della condizione economica non sia utilizzata (meglio, che ne sia esplicitato il divieto) per determinare l'accesso alle prestazioni Lea, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi a carico del cittadino in base all'Isee.

La valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare se si può o meno accedere alle prestazioni. L'accesso va previsto soltanto in base alle condizioni di malattia e non autosufficienza. L'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie è a carattere universalistico. Il malato non autosufficiente ha diritto alla prestazione Lea e concorre al pagamento in base alla percentuale stabilita dalla normativa nazionale (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017). La valutazione della condizione economica deve essere usata unicamente per identificare la successiva eventuale contribuzione al costo della prestazione, che è a carico del cittadino in base all'Isee.

---

# Cure a casa per malati e persone con disabilità: Torino arretra sui diritti

*Delibera a "tradimento" del Comune per smontare il «modello Torino» che ha garantito assegni più elevati rispetto al resto del Piemonte a oltre 5.000 utenti. Appello delle associazioni di difesa degli utenti per contrastare il disimpegno dell'Asl dalle cure domiciliari. Indicazioni pratiche su come intervenire*

Con un'operazione che organizzazioni sociali e associazioni degli utenti non hanno esitato a definire «a tradimento», il Comune di Torino e l'Asl Città di Torino hanno presentato il 29 giugno scorso (nel corso della riunione del «Gruppo misto partecipato» sui temi socio-sanitari) il nuovo modello delle cure domiciliari per i malati e le persone con disabilità, in vigore nel territorio torinese dal 1° luglio. La delibera comunale (e il parallelo documento d'intesa con l'Asl) sono arrivati come un fulmine a ciel sereno, senza alcun confronto con sindacati, associazioni, persino con

i gestori delle attività (cooperative...). Tante le critiche al nuovo modello, che rappresenta un grave arretramento sul piano dei diritti rispetto alle prese in carico attuali e a quanto stabilito dai Livelli essenziali di assistenza (Lea). L'arretramento previsto è stato, nei fatti, confermato anche dai funzionari di Comune e Asl, che hanno certificato che finora il Comune di Torino riesce a garantire assegni di cura doppi o anche tripli (fin oltre la soglia dei 1.000 euro) ai malati e persone con disabilità non autosufficienti. Con il nuovo modello pare scontato un appiattimento sul resto

della Regione, dove le cure domiciliari si riducono a poche centinaia di euro, senza coinvolgimento dell'Asl.

**Rivedere le regole.** C'è spazio di manovra per cambiare questa pessima prospettiva?

Sì, anche se paiono fissati apposta per limitare (annullare?) il dibattito, i tempi strettissimi imposti dalla deliberazione per definire le regole di accreditamento degli Enti gestori pubblici e

privati, chiamati ad erogare le cure sanitarie e socio-sanitarie. In ogni caso, il nuovo modello è «sperimentale»: entro fine settembre occorre definire le regole di funzionamento del sistema e i requisiti richiesti alle cooperative e società gestori del servizio domiciliare su incarico di Asl e Comune. La delibera e l'accordo Asl, poi, fissano il termine di questa fase e le corrispondenti risorse a gennaio 2024. Dopodiché – e a quel punto mancheranno meno di sei mesi alle ele-

zioni regionali/europee – saranno necessari altri atti per proseguire le cure domiciliari e non interrompere la presa in carico a oltre 5.000 persone che a Torino fruiscono oggi degli assegni a casa.

Il 17 luglio, la Fondazione promozione sociale e il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base (Csa) hanno inviato al Sindaco di Torino, Stefano Lo Russo, all'Assessore alle Poli-

tiche sociali, Japoco Rosatelli e agli uffici tecnici del Comune la nota di cui riportiamo ampi stralci in queste pagine.

**No al Fondo socio-sanitario.** La delibera prospetta l'istituzione – per ora solo nominale, in quanto il budget rimane diviso tra bilancio dell'Asl e quello del Comune – di un Fondo socio-sanitario per l'erogazione delle prestazioni domiciliari. La prospettiva, che pare allettante a parole, è in realtà la negazione del diritto

«No» all'istituzione di un Fondo socio-sanitario unico che consentirebbe all'Asl di limitare le risorse per gli interventi, a fronte di un diritto esigibile degli utenti che non può essere negato

esigibile alla quota sanitaria dell'intervento domiciliare.

Così le associazioni: «Esprimiamo la nostra contrarietà all'istituzione di un Fondo unico socio-sanitario tra Città di Torino e Asl, che stabilisce 'a monte' le risorse complessive da destinare ai budget di salute, così come previsto nella deliberazione della Giunta comunale (proposta n. 18740 del 21.6.2023).

Per quanto concerne i contenuti della deliberazione è irricevibile la proposta di istituzione di un Fondo unico socio-sanitario per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso un budget di salute, prefissato a monte nel quale convergono risorse con caratteristiche intrinseche e finalità diverse che devono rimanere tali.

In particolare, i fondi sanitari, essendo finalizzati a soddisfare prestazioni sanitarie e socio sanitarie di livello essenziale che costituiscono diritti

soggettivi costituzionalmente tutelati (articolo 32 della Costituzione), non possono essere rigidamente prefissati ma devono adattarsi dinamicamente ai volumi delle prestazioni essenziali previste dai Progetti assistenziali individuali (Pai).

Quanto ai fondi socio-assistenziali, ove destinati, come nel caso specifico, a finanziare le attività sociali a rilievo sanitario di cui al Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione

dei Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (Lea), devono venire utilizzati nel rispetto di quanto previsto dalla vigente legge regionale 18 febbraio 2010, n.10 ed in particolare dall'articolo 9 ("Criteri di compartecipazione al costo da parte dei cittadini"): «1. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale. 2. La quota assistenziale è definita in conformità con le normative nazionali e con gli accordi applicativi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) siglati a livello regionale. La

### La normativa piemontese consente già di realizzare cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari con l'intervento della Sanità e l'eventuale integrazione dell'Ente socio-assistenziale:

Giunta regionale delibera i criteri di compartecipazione alla quota assistenziale da parte dei cittadini (...).

**Non autosufficienti, malati e persone con disabilità.** Gli utenti torinesi destinatari del provvedimento in esame sono malati cronici non autosufficienti o persone con disabilità con patologie invalidanti o loro esiti irreversibili e pertanto rientrano appieno nella fattispecie prevista dall'articolo 21 ("Percorsi assistenziali integrati") del Dpcm 12 gennaio 2017 (Lea) e nello specifico «2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale (...). 3. Il Progetto di assistenza individuale (Pai) definisce i bisogni terapeutico riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dell'Unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra

di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato».

Inoltre il provvedimento della Giunta comunale tratta specificamente delle cure domiciliari di cui all'articolo 22 del Dpcm 12 gennaio 2017 che al comma 4 prevede che «le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutela professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi».

Per quanto attiene alla «fase di lungo assistenza» l'allegato A, punto B della delibera regionale piemontese 51-11389 del 23 dicembre 2003 così recita: «La compartecipazione dell'Utente/Comune, in questa fase del percorso, avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-sanitarie

di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l'Asl assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo orario dell'Adest/Oss, mentre il restante 50% è a carico dell'utente/Comune».

**La legge 10 del 2010.** La Regione Piemonte, va ricordato, dispone da anni di una inapplicata legge, la numero 10 del 2010, con la quale si risponderebbe al bisogno di cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari con le giuste competenze istituzionali, cioè, in definitiva, senza che la sanità si ritiri, giudicando la cura dei non autosufficienti materia da scaricare sulle spalle delle famiglie e sui pochi contributi Comunali. Ancora Fondazione e Csa: «Sempre con riferimento ai succitati modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni giova ricordare quanto previsto dalla nostra Regione che, all'articolo 5 ("Modalità di erogazione delle prestazioni domiciliari") della vigente legge regionale n.10/2010 «1. Le prestazioni domiciliari (...) sono assicurate attraverso:

a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie e 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 ai volontari. 2. Sulla base delle preferenze di scelta espresse dalla persona non autosufficiente o dai suoi familiari, le aziende sanitarie e gli enti gestori dei servizi socio assistenziali congiuntamente definiscono l'articolazione delle prestazioni nell'ambito di un Piano assistenziale individuale (Pai)».

La Corte Costituzionale ha ribadito con la sentenza 62/2020 (ripresa dalla successiva sentenza n. 157/2020), che «l'effettività del diritto

alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guida che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale.

Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il

diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità eco-

nomica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa».

**Gli utenti torinesi destinatari del provvedimento in esame sono malati cronici non autosufficienti o persone con disabilità: non "casi sociali", ma utenti legittimi dell'Asl**

**Il «budget di salute».** «Per quanto sopra esposto – continua il messaggio delle associazioni – riteniamo che i settori sanitario e sociale debbano operare nel pieno rispetto delle vigenti

norme nazionali e regionali e che pertanto le relative risorse vadano tenute distinte "a monte" in quanto: quelle delle Asl, provenienti dal Servizio sanitario a carattere universalistico possono e devono essere aumentate in base al bisogno e alle azioni attivate dai singoli cittadini aventi diritto, mentre quelle, limitate, del Comune di Torino vengono necessariamente messe in campo sulla base della valutazione sociale ed economica (Isee) e sono destinate ad integrare la spesa di coloro

che non hanno la possibilità di coprire in tutto o in parte le spese delle prestazioni erogate. Il “budget di salute” consente invece di unificare correttamente le risorse operando ‘a valle’ per la singola persona da assistere: dopo

aver valorizzato il costo delle prestazioni necessarie a realizzare il Pai, si applica in prima battuta la quota sanitaria in modo universalistico, senza cioè considerare le risorse economi-

che dell’assistito, e solo sulla parte restante della spesa si applicano i criteri di compartecipazione definiti dalla Regione e, laddove non sia sufficiente il contributo del cittadino, interviene il Comune con fondi propri».

Secondo le associazioni, il modello sperimentale può avere una sua validità se attiva un percorso volto a rendere esigibili i diritti indicati in ambito Lea. Il Comune di Torino ha più volte ricorso contro deliberazioni regionali contrarie a questo

principio. La proposta del “budget di salute” è innovativa se incardinata correttamente nel percorso Lea, perché gli aventi diritto sono malati cronici o persone con disabilità non autosufficienti a causa degli esiti da

patologie invalidanti e, quindi, rientrano a pieno titolo nel diritto a ricevere le cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie Lea.

«La Dgr 22-5599 del 12 settembre 2022, citata nella

delibera della Giunta comunale di Torino, richiama il Dpcm 12 gennaio 2017, art. 22. La proposta innovativa da avanzare alla Regione deve essere pertanto coerente con il disposto di tale decreto e riguardare un modello sperimentale del budget di salute che, valorizzando le precedenti esperienze positive già realizzate in Piemonte e, in particolare, a Torino nel rispetto della cornice normativa, sviluppi il punto 4 del sopracitato articolo 22 per:

a) implementare l’Adi, compresa

**«È illegittima la delega di redazione del Piano assistenziale che Asl e Comune vogliono dare agli enti gestori privati». L’utente deve avere l’ente pubblico come garante del servizio**



la riabilitazione e l'attivazione delle cure domiciliari di contrasto al dolore e palliative;

b) garantire le dimissioni in continuità terapeutica per i pazienti che possono rientrare al domicilio, attivando se necessari anche i percorsi riabilitativi domiciliari, evitando ricoveri in case di cura difficilmente raggiungibili;

c) sostenere il finanziamento del costo del budget di salute riconosciuto al Pai, così come sarà definito congiuntamente da Asl/comune con tutte le parti coinvolte;

d) suddividere, analogamente a quanto previsto per i ricoveri in convenzione in Rsa, gli oneri del budget in misura del 50% a carico del Servizio sanitario nazionale, 50% a carico del Comune e/o dell'utente così come stabilisce il Dpcm 14 febbraio 2001 parte integrante e sostanziale del Dpcm 12 gennaio 2017».

**Ulteriori riserve.** Altri punti della delibera comunale sono stati evidenziati come critici dalle associazioni: «La delibera non esprime in modo netto la titolarità delle pubbliche istituzioni (Asl/Comune) nel garantire la tutela della salute del

cittadino anziano malato cronico o persona con disabilità non autosufficiente e l'integrazione economica delle prestazioni socio-sanitarie».

«Riteniamo illegittimo - concludono le associazioni - sulla base della normativa citata, che si deleghi agli enti che saranno accreditati la progettualità del Pai. In tal modo l'utente e la famiglia di fatto restano in balia del privato senza avere, nella maggior parte dei casi, le competenze necessarie per valutare le proposte. L'effettiva erogazione e la qualità delle prestazioni di titolarità pubblica deve essere controllata e difesa dall'ente pubblico, a tutela dei diritti del malato e della persona con disabilità non autosufficiente. Inoltre, l'accreditamento non può trasformarsi in una modalità finalizzata al risparmio sui costi del personale che mette a rischio la qualità delle prestazioni da assicurare agli utenti anche sotto l'aspetto qualitativo. Su questo punto si chiede di garantire una quota del Servizio di cure domiciliari in lungo assistenza (almeno il 40%) con gestione pubblica di Asl/Comune, allo scopo di potersi avvalere di termini di confronto realistici per la stesura dei bandi».



# “Dopo di noi”, appello alla Regione: «I fondi non utilizzati vanno destinati all’azzeramento delle liste di attesa»

---

Incredibile, ma vero. Il Piemonte non spende la totalità dei fondi della legge sul “dopo di noi” (legge 112 del 2016), norma che non ha previsto alcun ampliamento dei diritti universalistici esigibili delle persone con disabilità grave (già fissati nei Livelli essenziali delle prestazioni, Lea), ma che nemmeno così gli enti pubblici riescono a spendere. Perché? Criteri selettivi che escludono un’ampia fetta dei richiedenti? Ritardi delle pubbliche amministrazioni e disinteresse dei gestori privati? Sicuramente non diminuzione della domanda, che continua ad essere alta: le famiglie chiedono servizi sanitari e socio-sanitari continuativi per i propri cari con disabilità, soprattutto intellettiva, grave. La Regione, sorprendentemente, non riesce nemmeno a spendere tutto quello che le arriva da Roma.

È così che la Giunta Regionale del Piemonte l’8 maggio 2023 ha approvato la delibera n. 9-6837, riguardante la riprogrammazione delle **risorse ministeriali non utilizzate nell’anno 2016 per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, in base alla legge 112 /2016, cosiddetta “Dopo di noi”.**

L’Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, ha scritto all’assessore regionale titolare del finanziamento, Maurizio Marrone (politiche sociali), sollecitando un celere e mirato utilizzo delle risorse.

Qui di seguito riportiamo il testo della comunicazione, inviata il 28 luglio: *La Deliberazione 9-6837 prevede la destinazione e la ripartizione di tali risorse a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali piemontesi, in base alla quota di popolazione residente nella fascia d'età 18-64 anni. L'importo totale ammonta a 1.185.592,77 euro ed è aggiuntivo rispetto alle risorse che la Regione Piemonte destina annualmente a sostegno degli interventi a favore delle persone con disabilità.*

*Queste risorse devono essere impiegate per l'attuazione di interventi e servizi descritti nelle lettere a), b), c) ed e), comma 4, articolo 5 del Decreto ministeriale del 23 novembre 2016, che includono:*

*a) Percorsi programmati di **accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine**, o per la **deistituzionalizzazione** in soluzioni abitative che ricreino le condizioni familiari quanto più possibile;*

*b) Interventi di **supporto alla domiciliarità** in soluzioni abitative di tipo familiare e di co-housing, che ricreino le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;*

*c) Programmi per aumentare **la consapevolezza, l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana** e il raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile, includendo tirocini finalizzati all'inclusione sociale, **all'autonomia delle persone e alla riabilitazione**;*

*e) Interventi di **permanenza temporanea in soluzioni abitative extra familiari**, qualora rimanga una disponibilità residuale di risorse. Pertanto, al fine di utilizzare tali risorse aggiuntive, di cui l'Utim sollecita l'utilizzo mirato per garantire quanto previsto dalla normativa sopra*



*citata, desideriamo porre l'accento su quanto segue:*

*- chiediamo che **le finalità della Deliberazione siano comunicate anche per scritto a tutte le persone con disabilità e alle loro famiglie/tutori/Amministratori di sostegno**, del territorio di competenza, a partire dagli utenti che hanno già una valutazione dell'Unità multidimensionale di valutazione della disabilità e sono in lista di attesa, ai quali vanno avanzate concrete proposte di presa in carico;*

*- sottolineiamo l'importanza di **promuovere campagne informative** sul territorio riguardanti il tema del "dopo di noi", andando al di là delle disposizioni della legge 112/2016. È fondamentale ricordare soprattutto l'esigenza che gli enti preposti (Asl e Comuni) **adempiamo a quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea)**, in particolare all'articolo 34 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 al riguardo delle prestazioni residenziali socio-sanitarie;*

*- chiediamo di essere informati in merito alle iniziative che vorrete intraprendere e all'utilizzo delle risorse in oggetto.*

*Con l'occasione, l'Utlim sottolinea l'importanza di tenere presente anche le risorse aggiuntive previste per le successive annualità del "Fondo assistenza persone con disabilità grave prive del sostegno familiare". In particolare, vogliamo segnalare che recentemente la Regione Piemonte, con la Deliberazione della Giunta regionale n. 18-6748 del 17 aprile 2023, ha approvato il programma attuativo regionale annualità 2022 relativo al "Fondo" in oggetto previsto dalla legge 112/2016. Inoltre, sono stati stabiliti i criteri di riparto delle risorse ministeriali per gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.*

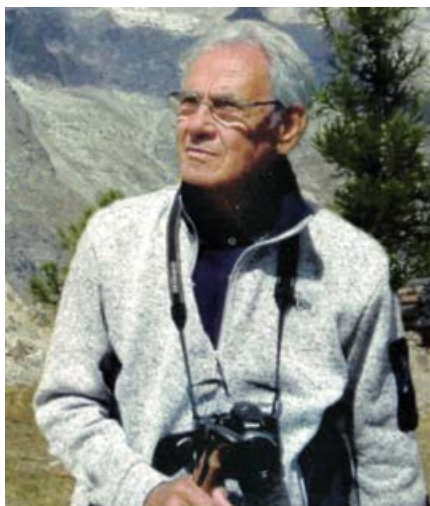
# Addio Vittorio Torres, fondatore dell'Utim

---

È mancato il 25 giugno Vittorio Torres, fondatore nel 1991 dell'Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva (Utim, che all'epoca si chiamava Unione per la tutela degli insufficienti mentali), associazione aderente al Csa, e già consigliere di amministrazione della Fondazione promozione sociale.

Vittorio Torres fu anche, in precedenza, Presidente della Sezione di Torino dell'Anffas, associazione

che lasciò insieme ad altri genitori e parenti di persone con disabilità in seguito alla realizzazione – proposta dall'Anffas, supportata dall'assessore alla sanità regionale, Sante Bajardi, e finanziata dalla Compagnia di San Paolo – del «Villaggio del Subnormale» di Rivarolo, gigantesco istituto per il ricovero (l'internamento) di persone con disabilità (oggi Comunità La Torre, che somma, tutto nella stessa struttura: 40 posti residenziali per persone con disabilità, 6 in Gruppo appartamento, 20 in Centro diurno e 20 anziani non autosufficienti ricoverati). Con l'ingresso nel Csa, è iniziata per lui e per tanti una «seconda vita»





di promozione dei diritti delle persone con disabilità, di costruzione di servizi di qualità e di conquista di prestazioni che fino ad allora non esistevano (centri diurni, soggiorni estivi, comunità alloggio, trattamenti riabilitativi...) e che oggi le famiglie delle persone con disabilità danno per scontate, o non sono abituate a lottare per ottenere.

Questo il messaggio che Vittorio Torres ha voluto lasciare prima di morire a parenti, amici e volontari: «Sono felice per tutto quanto mi ha regalato la vita. Non riesco ad aiutare più nessuno e posso andarmene sereno». Così lo ha ricordato pubblicamente, durante la cerimonia funebre, il Consiglio direttivo dell'Utım a nome di tutti i soci: «Caro Vittorio, trovare le parole per salutarti, nel tuo ultimo viaggio, diventa difficile. Con il tuo quotidiano agire hai fatto sentire la tua umanità: l'amore per la tua famiglia, l'impegno come Presidente e poi come vice presidente all'Utım, e successivamente come volontario generoso nello spenderti per tutti coloro che chiedevano aiuto.

Un fondatore nel proporre le idee senza imporle, ma che faceva pensare. Da oggi però siamo tutti più poveri. L'Utım era soprattutto una tua creatura. Nulla va perduto della tua esperienza, continuiamo a lavorare, per tutelare i diritti fondamentali delle persone con disabilità intellettiva, per informare i cittadini ed i familiari dei loro diritti. Ti ricorderemo sempre con gioia perché vuoi questo, non hai mai fatto pesare nel corso degli anni le situazioni dolorose che hai vissuto, anzi il tuo carattere ironico, le battute sempre pronte erano preziose per sdrammatizzare.

Vogliamo ricordare il tuo amore per la bicicletta, 'i tuoi giri' che quando li raccontavi ti brillavano gli occhi. L'importanza che hai rivestito nelle nostre vite, di piccoli gesti quotidiani ed eventi che ti rendevano speciale per tutti noi. Ci portiamo un bel ricordo, sempre sorridente e disponibile. Ciao Vittorio, fai buon viaggio. Noi cercheremo di fare il nostro meglio».



# UTIM

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

## QUOTA SOCI

**35 euro**

Compreso l'abbonamento al Notiziario *ControCittà*.

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

bancario su IBAN: **IT 77 T076 0101 0000 0002 1980 107**

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

[www.utimdirittihandicap.it](http://www.utimdirittihandicap.it) – [utim@utimdirittihandicap.it](mailto:utim@utimdirittihandicap.it)



# 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**