Notiziario su sanità e assistenza

2, comma 20 / C legge 662 / 1996, Filiale di Torino, N. 4, 2024

LUGLIO SETTEMBRE 2024

SPECIALE REGIONE PIEMONTE 2024-2029

PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA O AUTISMO NON AUTOSUFFICIENTI

Esigenze e diritti sanitari, socio-sanitari e previdenziali. Le istanze della Fondazione promozione sociale e del Csa

> Risorse - La magistratura conferma la precedenza dei diritti sul bilancio: i Livelli essenziali non possono essere negati

SOMMARIO

LUGLIO SETTEMBRE 2024

- Autismo e disabilità intellettiva, diritti degli utenti, doveri della Regione
- Sanità: i percorsi di acuzie e post-acuzie per le persone con autismo o disabilità intellettiva grave
- Non vale dire «non ci sono i soldi».

 Ecco le sentenze
 che lo confermano
- Vittoria Isee! A un ricoverato con grave disabilità rimborsati 13mila euro
- 24 UTIM INFORMA
 Disabilità, ancora un
 omicidio-suicidio: «Inaccettabile
 fallimento delle istituzioni»
- Disabilità, allarme trasferimenti in Rsa. Ecco come difendersi

CONTROCITTÀ

Registrazione n. 2639 Tribunale di Torino del 25.11.1976

Editore

Unione per la promozione sociale OdV

Redazione

Andrea Ciattaglia (Direttore responsabile), V. Bozza, M.G. Breda, G. D'Angelo

via Artisti, 36 - Torino Tel. 011.8124469

Abbonamento annuale ordinario € 20 sostenitore € 50

- 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. Riproduzioni sono autorizzate citando la fonte.

Chiuso in tipografia: 15 settembre 2024 Stampa: Pixartprinting

EDITORIALE

Smontiamo la bufala della sanitarizzazione

La «sanitarizzazione» della disabilità viene spesso chiamata in causa per smontare le legittime istanze di riconoscimento dei diritti delle persone con grave disabilità o autismo. Spigoliamo qua e là alla ricerca di una definizione, tutt'altro che univoca: «Quando prevalgono forme di cura e assistenza a scapito di processi di emancipazione della persona» (G. Merlo, lombardiasociale.it, 2017) o «una logica che riconduce a trattamenti medico-infermieristici bisogni che richiedono altro, o che seleziona solo ciò che trova risposta in interventi medico-terapeutici» (S. Pasquinelli, welforum.it, 2021). La competenza sanitaria sulle persone con disabilità grave e/o autismo non autosufficienti è tutt'altro: necessaria per rispondere ai gravissimi esiti di salute delle disabilità e per garantire risposte certe dal servizio pubblico.

In sanità – diversamente che nel "sociale" – è obbligatorio che gli interventi diano risposta esaustiva ai bisogni espressi, destinando le conseguenti risorse. Le istituzioni non lo fanno? Ci sono leggi e delibere – sanitarie! (a partire dai Livelli essenziali delle prestazioni Lea e dalla legge di riforma sanitaria del 1978) – che consentono di rivendicarlo come diritto esigibile e c'è la possibilità (diremmo la «necessità») che le organizzazioni di rappresentanza della disabilità siano protagoniste della scrittura del nuovo piano socio-sanitario regionale che la Regione Piemonte ha annunciato di voler approvare entro il 2025.

REGIONE PIEMONTE 2024-2029

Autismo e disabilità intellettiva, diritti degli utenti, doveri della Regione

Migliaia di piemontesi e loro famigliari hanno diritto ad interventi sanitari e socio-sanitari mirati che sono garantiti dalle leggi. Ma le famiglie spesso non sanno come chiederli, mentre le Asl cercano di venire meno ai i loro obblighi

Le persone con disabilità intellettiva grave non devono essere considerate persone «di serie b». Sembra scontato affermarlo, ma non lo è. Significa riconoscere loro uguali diritti e medesime esigenze di tutti gli altri cittadini. Ancora più nel dettaglio, significa per la politica prendere sul serio le istanze di chi li rappresenta e metterle sullo stesso piano di quelle degli altri cittadini (specialmente di quelli ritenuti comunemente «di serie a»). Qui di seguito le riportiamo, così come sono state consegnate ai Consiglieri della Regione Piemonte nel corso della seduta di insediamento della nuova legislatura (22 luglio 2024) e recapitate ai componenti della Giunta regionale dalla Fondazione promozione sociale e dal Coordinamento sanità e assistenza - Csa.

Definizione e ambito di competenza. Nel novero delle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, minori e adulti con limitata o nulla autonomia, rientrano persone con disabilità spesso gravi, presenti già nella prima infanzia, nell'area della comunicazione, dell'interazione sociale, dell'attività imma-

ginativa, comportamenti ripetitivi e interessi ristretti che ostacolano l'apprendimento delle abilità utili al vivere quotidiano.

Alla variabilità degli aspetti comportamentali e delle limitazioni nelle

autonomie, si aqgiunge la problematica correlata alle numerose possibili comorbidità mediche. Dal momento che i disturbi organici (in particolare, il dolore) possono influire in modo determinante su-

gli aspetti comportamentali, specialmente in una popolazione che ha importanti difficoltà di comunicazione, la valutazione sanitaria dovrebbe essere assai accurata e procedere di pari passo con la pianificazione degli interventi educativi e della terapia farmacologica.

Una corretta presa in carico delle persone autistiche e con disabilità intellettiva richiede la titolarità della cura in capo al Servizio sanitario nazionale e regionale e un modello (Protocollo) di prestazioni sistemico delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie integrato da interventi abilitativi di tipo cognitivo/comportamentale, in grado di fornire un inquadramento globale sin dai primi mesi di vita, che prosegua in modo

> continuativo e indifferibile così da favorire lo sviluppo e il mantenimento dei livelli di salute e di autonomia potenzialmente raggiungihili

Non è vero che ≪non c'è niente» per le persone con grave disabilità intellettiva: i Livelli essenziali delle prestazioni e le delibere regionali garantiscono servizi di tutela. Che vanno conosciuti e rivendicati

> Norme da rispettare. Contro

la semplificante comunicazione che «non c'è niente» a favore delle persone con grave disabilità e/o autismo, bisogna invece ricordare che per quanto riguarda le persone con disturbo dello spettro autistico, la Regione Piemonte si è distinta per un lavoro insieme alle associazioni di rappresentanza degli utenti che ha portato all'approvazione delle delibere di Giunta regionale 2/2016 "Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi

Le leggi vigenti

Le istanze contenute in queste pagine sono avanzate alla Regione Piemonte sulla base di norme in vigore, che riconoscono o stabiliscono i diritti fondamentali delle persone con grave disabilità e/o autismo non autosufficienti alle tutele del Servizio sanitario nazionale e delle istituzioni ad esso coordinate.

Ecco le leggi fondamentali:

- l'articolo 32 della Costituzione, che tutela «la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»:
- l'articolo 2 della legge 833/1978, che obbliga il Servizio sanitario nazionale ad assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»; e, ai sensi dell'articolo 1, deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»;
- il decreto legislativo 502/1992, i decreti del presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 e 12 gennaio 2017, definizione e aggiornamento dei Lea (e l'articolo 54 della legge 289/2002);
- la legge 18/2009, ratifica della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità:
- il decreto del presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 e la legge 89/2016 per l'applicazione dell'Isee;
- la legge 112/2016 e il Decreto del ministero del lavoro e delle politiche sociali 23 novembre 2016 per il "durante e dopo di noi":
- la legge regionale 10/2010, per l'attuazione delle prestazioni domiciliari;
- la deliberazione della Regione Piemonte n. 51/2003, allegato B: articolazione degli interventi socio-sanitari per le persone con disabilità;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 22/2014, Disturbi pervasi dello sviluppo: recepimento accordo Stato Regione del 2012;
- la deliberazione della Giunta regionale 2/2016 "Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico";
- la deliberazione della Giunta regionale 16 maggio 2019, n. 88-8997, per l'appropriatezza degli interventi dello spettro autistico rivolti alle persone adulte.

Va tenuto presente, insieme alla normativa fin qui citata, che ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge» e finora il Parlamento non ha approvato leggi che prevedano obblighi di cura per i familiari di congiunti adulti con gravi limitazioni dell'autonomia e non autosufficienza.

dello spettro autistico" e 88/2019 "Approvazione delle 'Linee di Indirizzo Operative per interventi programmatici relativi alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in età adulta in Piemonte". Occorre che tali delibere siano tradotte in atticoncreti e servizi, e che vengano adequatamente finanziate, aspetti su cui vigila per il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base l'Associazione Luce per l'Autismo.

In particolare, per dare concretezza ai provvedimenti citati è necessaria: - la costituzione in ogni Asl dei nuclei funzionali con equipe multidisciplinare e nomina del referente per l'autismo in ogni Asl al fine di garantire la presa in carico delle persone adulte:

- la sperimentazione di nuclei di de-ospedalizzazione protetta per assicurare la continuità terapeutica dopo un ricovero ospedaliero, così come previsto dalla Dgr. 88/2019;
- la garanzia della messa a punto del Progetto educativo abilitativo/ **riabilitativo individualizzato** per i minori e le persone adulte in tutti i contesti di vita: scuola, domicilio,

centri diurni, strutture residenziali socio-sanitarie:

- il monitoraggio e vigilanza di tutte le strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, con particolare attenzione all'attuazione del Progetto educativo abilitativo/riabilitativo individuale, nonché delle attività da svolgersi all'esterno del centro diurno o della comunità alloggio;
- la messa in atto di un percorso di formazione regionale che coinvolga tutte le figure professionali che operano in ambito sanitario e socio-sanitario a ogni livello e che vengono a contatto con i minori e gli adulti con autismo e disabilità intellettiva (compreso il personale preposto alle pulizie deali ambienti):
- la continuazione dell'attività dei Tavoli Autismo Regionali dei minori e adulti, in particolare per la modifica della Dgr. 230-23699/1997 (relativa agli standard qualitativi dei servizi) e per la realizzazione di comunità sanitarie terapeutiche post-acuzie, con riguardo anche alle persone con disabilità intellettiva in situazione di gravità non autosufficienti e con problemi sanitari.

Garantire le prestazioni Lea. Gli specifici percorsi per persone con disturbi dello spettro autistico non devono mettere in ombra i servizi – e il diritto esigibile agli stessi – per le persone con disabilità intellettiva

grave. La massima tutela sanitarie e socio-sanitaria è garantita dai Livelli essenziali delle prestazioni ai sensi del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (e di quello

del 14 febbraio 2001, pienamente vigente).

È perciò fondamentale che la Regione e le Aziende sanitarie riconoscano i diritti esigibili delle persone con grave disabilità intellettiva, assicurando:

- cure domiciliari, centri diurni e gruppi appartamento, convivenze guidate, comunità alloggio socio-sanitarie a carattere familiare (10 posti + 2 per il sollievo, non accorpate);
- la quota sanitaria nella percen-

tuale definita nel Dpcm 12 gennaio 2017 per le persone con disabilità e con autismo:

- l'attuazione del **progetto individualizzato** previsto dalla Dgr. 51/2003:

Positiva l'esperienza dei Tavoli Autismo Regionali, che saranno strumenti importanti per migliorare gli standard dei servizi, ancora fermi alla delibera 230 del 1997

- vigilanza la sull'adequato recepimento nei Regolamenti degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. normativa della all'Isee relativa (Dpcm. 159/2013 e s.m.i.):
- il rispetto della

Dgr. 51/2003, allegato B, laddove la Regione Piemonte, ai fini dell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di cui sopra, ha assunto le seguenti definizioni: «Per soggetti privi di sostegno familiare si intendono tutti coloro il cui nucleo familiare si rivolge ai servizi socio-sanitari per una richiesta di ricovero e per i quali non sono più sufficienti gli interventi diurni e domiciliari (...). Per soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi

dell'art. 3 legge 104/1992 ed i soggetti che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della legge 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"».

Tra le prestazioni di livello

essenziale più violate c'è

l'applicazione dell'Isee

nazionale, I Consorzi

socio-assistenziali

(Comuni) pretendono

milioni di euro all'anno

di rette non dovute

Domicilio, Centri diurni, residenzialità. Un focus più dettagliato sui servizi e le prestazioni da garantire alle persone con disabilità intellettiva grave

può essere, per semplicità, diviso nei tre ambiti delle cure domiciliari. dei servizi semi-residenziali (Centri diurni) e residenziali (preferibilmente Comunità alloggio a dimensione famigliare).

Le cure domiciliari necessitano (basterebbe una modifica alla normativa nazionale per inserirlo nei Lea) del riconoscimento di un contributo economico a carico dell'Asl, da inserire nel budget di salute e non soggetto a valutazione Isee, per concorrere al 50% del costo sostenuto dai congiunti per l'assunzione di assistenti familiari. Si tratta di riconoscere la valenza sanitaria delle prestazioni indifferibili e fondamentali che oggi vengono garantite

> direttamente dai sonale gione to: a tal proposito,

si sollecita alla Regione Piemonte l'approvazione del regolamento della legge regionale n. 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" che consentirebbe di recuperare quel modello.

congiunti in aiuto e con la supervisione del persanitario o socio-sanitario dell'Asl. La Re-**Piemonte** lo faceva, ma il sistema è stato via via smantella-

In materia di Centri diurni, è necessario approvare una deliberazione regionale per regolamentare i centri diurni affinché sia definita:

- la frequenza a tempo pieno e per tutti i giorni feriali della settimana;
- il servizio di mensa e trasporto,

parte integrante del centro diurno, secondo quanto stabilito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 (Isee) e confermato ancora una volta nella recente sentenza Tar Marche 507/2024:

- l'obbligo del progetto individualizzato e di attività esterne, come da Dgr. 88/2019, per chi è ricoverato in comunità socio-sanitarie residenziali o gruppo appartamento.

domini di abitazione (2-4 utenti) per le persone con disabilità intellettiva e/o autismo inseriti in percorsi lavorativi; - gruppi appartamento per persone con disabilità intellettiva/autismo con limitata o nulla autonomia da

> 5 + 5 posti comziali:

con

residenziali.

presi due posti per il sollievo; non accorpati ad altre strutture residen-

comunità alloggio socio-sanitarie. al massimo 8 posti letto più due per i ricoveri di sollie-

vo, non accorpate ad altre strutture

Dopo di noi. Garantire il «dopo di noi» a carattere familiare è un dovere dell'ente pubblico, che non può essere però disgiunto dalla garanzia di servizi «durante noi», cioè quando i genitori delle persone con grave disabilità intellettiva sono ancora vivi e nel pieno delle loro capacità.

Alcune azioni di competenza regionale sono fondamentali per garan-

garantire il «dopo di noi» già «durante noi», altrimenti si tratta di parole vuote, da citare al prossimo omicidio-suicidio in famiglie abbandonate dalle istituzioni

Le istituzioni devono

l servizi residen-

ziali per la disabilità grave richiedono, per essere efficaci, di programmare la loro realizzazione e gestione in misura adequata al fabbisogno evidenziato dalle valutazioni delle Asl. che dovrebbero essere obbligate all'inserimento dei dati aggiornati in merito alle domande di servizi residenziali presentate, alle richieste di tipologia di struttura, all'offerta disponibile sul territorio

Nel dettaglio, i servizi residenziali possono essere articolati in:

- convivenze guidate in normali con-

tire un vero «durante e dopo noi», senza che questa locuzione diventi solamente sinonimo di un'utopia, magari da richiamare ad ogni gravissimo episodio di omicidio-suicidio che riguarda famiglie abbandonate dalle istituzioni con i loro figli con

- autorizzare la realizzazione delle strutture residenziali solo se saranno inserite nel vivo del contesto sociale e abitativo e facilmente

raggiungibili con i

disabilità:

mezzi pubblici di trasporto;

- assicurare nelle convivenze guidate, nei gruppi appartamenti e nelle comunità alloggio socio-sanitarie le prestazioni sanitarie Adi;
- ai sensi della legge 227/2021 garantire la permanenza oltre i 65 anni di età alle persone con disabilità intellettiva e autismo, che non hanno rilevanti problemi di natura sanitaria tali da richiedere l'inserimento in una Rsa:
- programmare il superamento progressivo delle Raf (Residenze assi-

stenziali flessibili) con più di 10 posti letto, che possono essere riconvertite in Rsa per malati cronici non autosufficienti. Ricordiamo che per gli stessi motivi anche il Decreto Ministeriale del 21 maggio 2001, n. 308 "Requisi-

> ti minimi strutturali e organizzativi" è da ritenersi superato per quanto riguarda "il dopo di noi" delle persone con disabilità:

- prevedere una quota di strutture, per ogni tipologia sopra citata, a gestione diretta

pubblica, al fine di poter acquisire elementi utili ad avere parametri a cui riferirsi in caso di affidamento dei servizi. per stabilire condizioni di salvaguardia della quantità/qualità delle prestazioni; - inserire nei bandi di accreditamento la richiesta di organizzazione di un periodo di ricovero di sollievo o vacanza di almeno 15 giorni all'anno (anche suddivisi in due periodi) e di fine settimana di tregua e/o di preparazione al distanziamento affettivo familiare in preparazione di un ricovero definitivo.

La gestione privata dei servizi accreditati ha impoverito gli enti pubblici di conoscenze occorre prevedere una quota di strutture a gestione diretta pubblica, riferimento per standard e spesa

FOCUS CURE OSPEDALIERE

Sanità: i percorsi di acuzie e post-acuzie per le persone con autismo o disabilità intellettiva grave

Irene Demelas

Presidente dell'associazione Luce per l'Autismo OdV

Che succede quando una persona con disabilità intellettiva o autismo ha bisogno dell'ospedale? Nelle strutture sanitarie piemontesi non sono attivi percorsi comunicativi e relazionali che tengano conto delle disabilità...

L'acronimo sta per Disabled Advanced Medical Assistance, abbreviato in DAMA. In italiano rende più o meno come «Accoglienza e assistenza medica ospedaliera per le persone con grave disabilità». Si tratta di un modello organizzativo dei servizi ospedalieri in grado di superare le difficoltà che le persone con disabilità hanno nell'affrontare l'ospedale (o le strutture di degenza sanitarie sul territorio), l'accesso e la permanenza in Pronto soccorso, nei reparti, negli ambulatori. Non sono

spazi separati per le persone con disabilità, ma percorsi di approccio degli operatori e organizzazione del lavoro sanitario che tengono conto delle caratteristiche specifiche degli utenti; il DAMA utilizza competenze e personale già presente in ospedale, con una personalizzazione dell'intervento che considera i bisogni delle persone con disabilità, dei famigliari e degli assistenti personali... importantissimo l'apporto dei volontari, formati e spesso a loro volta genitori di persone con grave disabilità.

Il modello italiano è nato nel 2000 all'ospedale San Paolo di Milano e si è diffuso in diciotto realtà italiane. Non (ancora) in Piemonte, dove attualmente la situazione che si presenta al Pronto soccorso (come

in caso di necessità di ricovero di una persona con disabilità grave o autistica, è quella di un trattamento "standard", spesso poco attento alle esigenze del malato e non adatta a persone

negli ambulatori)

che, ad esempio, non parlano, non manifestano e non sanno indicare sintomi, (dolore, effetto delle terapie...) e sono estremamente sensibili agli stimoli esterni (luci, rumori, contatti fisici). Raramente, in questi casi, si procede con approfondimenti clinici e ci si limita a sedare il paziente se è in atto una crisi comportamentale grave, salvo che i familiari/tutori o Amministratori di sostegno, non insistano per ottenere accertamenti a seguito del ripetersi dell'evento scatenante la crisi.

In caso di ricovero, è frequentissimo il ricorso per le persone con disabilità al repartino psichiatrico (Spdc), perché al momento non è prevista altra soluzione strutturale dedicata, né percorsi di continuità terapeutica

> in altre strutture sanitarie post-ricovero per una fase estensiva monitoraggio di delle terapie e la riattivazione di percorsi abilitativi/ riabilitativi.

Quando una persona con una disabilità intellettiva o autismo deve ricorrere all'ospedale affronta molte difficoltà per l'assenza di percorsi comunicativi e relazionali adeguati

DAMA sì, ma nel frattempo? ln

Piemonte, l'attivazione di un percorso DAMA per provincia e di almeno due negli ospedali torinesi è sfida che la Regione dovrebbe cogliere e portare a termine nella consigliatura 2024-2029. Nel frattempo, occorre che le associazioni di rappresentanza delle persone con autismo e/o grave disabilità sappiano come intervenire già oggi per limitare al minimo gli effetti negativi dei ricoveri e di prese in carico sanitarie non "ritagliate" sui pazienti con gravi difficoltà comunicative.

Nel 2023, l'associazione «Luce per l'autismo» ha seguito ad esempio il caso di un giovane adulto con autismo grave, di livello 3, con epilessia e Doc (disturbo ossessivo compulsivo). La sua situazione sanitaria nel tempo si era ag-

gravata a causa della mancanza dell'intervento educativo/abilitativo adeguato ai suoi bisogni. In seguito a una ennesima crisi comportamentale, è stato portato d'urgenza all'ospe-

dale San Giovanni Bosco di Torino. Successivamente è stato trasferito dal pronto soccorso al reparto area critica di medicina, con camera singola. In questo caso è stato evitato il repartino psichiatrico, che invece in moltissimi casi è la destinazione delle persone con autismo, impropria e più dannosa che efficace. I medici hanno diagnosticato una polmonite ab ingestis grave, con stato febbrile, spossamento e una bassa saturazione. Per prestare le cure necessarie e monitorario i sanitari hanno dovuto

utilizzare le misure di contenimento fisico o farmacologiche e il giovane è stato anche assistito dalla madre (tutrice), che si è alternata agli operatori della comunità sociosanitaria dalla quale proveniva. Il ricovero ospeda-

liero è durato due mesi, poi il rientro in comunità.

Cinque anni di tempo per dotare gli ospedali piemontesi di percorsi dedicati per le persone con gravi disabilità e limitazioni cognitive. La Regione vorrà aprirne uno in ogni provincia?

Post-acuzie. La situazione è stata oggetto di incontri del «Tavolo autismo» dell'assessorato regionale alla sanità e le associazioni hanno

ribadito l'urgenza di dare corso al progetto del dottor Roberto Keller, referente dell'Ambulatorio autismo adulti Regionale, come già richiesto nel 2019.

Nel progetto, discusso a lungo con le associazioni e gli esperti presenti al Tavolo regionale, è prevista l'attivazione di posti letto dedicati per le acuzie e post-acuzie per le persone autistiche

Finalmente, a distanza di 5 anni, a forza di segnalazioni di casi drammatici

(l'ultimo, nel mese di luglio 2024, ha riguardato Gabriele Vitale, autistico di 43 anni, la cui vicenda di ricovero prolungato in psichiatria è stata raccontata dal papà Gianfranco sul sito superando.it) sono stati individuati 12

posti letto, 6 per gli adulti e 6 per i minori, presso l'Istituto Scientifico di Veruno (Novara), gestito dalla Fondazione Maugeri. In quel contesto sanitario le persone autistiche sono e saranno seguite da un'equipe for-

mata in autismo, riceveranno le cure sanitarie necessarie, il monitoraggio delle terapie farmacologiche e un inquadramento educativo abilitativo specifico per l'autismo. Nel nucleo dedicato è previsto un ricovero di due mesi per acuzie e post acuzie, con richiesta avanzata per i minori dalla Neuropsichiatria infantile (Npi), dell'Asl e per gli adulti dal referente sanitario del Centro di salute mentale (Csm), di riferimento o dal Neurologo dell'Asl di residenza. Ricordiamo che il termine dei due mesi non è peren-

torio, ma indicativo. L'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che le cure sanitarie non hanno limiti di durata e, quindi, qualora necessario possono proseguire nello stesso nucleo o in altro percorso terapeutico.

L'esperienza di «Luce per l'Autismo», esempio per le altre associazioni: «Così abbiamo seguito il ricovero ospedaliero di un giovane adulto con autismo grave» Nel caso di persone adulte con autismo grave (livello 3) che presentano altresì comorbilità (epilessia, disturbi ossessivi compulsivi, disturbi gastrointestinali, ecc.) le associazioni dell'autismo

presenti al tavolo regionale dell'assessorato alla sanità, Luce per l'Autismo compresa, hanno insistito perché alle cure sanitarie strettamente cliniche, nelle comunità socio-sanitarie residenziali ad alta valenza sanitaria, siano affiancati interventi educativi abilitativi intensivi, capaci di rispondere ai bisogni abilitativi, altrettanto importanti, per garantire la tutela della salute delle persone con autismo, così come, in generale, delle persone con disabilità intellettiva grave.

RISORSE

Non vale dire «non ci sono i soldi». Ecco le sentenze che lo confermano

I Livelli essenziali di assistenza (Lea) e le relative prestazioni di tutela della salute delle persone con disabilità non autosufficienti non possono essere negati per ragioni di bilancio o di disorganizzazione. Le sentenze positive di Consiglio di Stato e Consulta

Quando si tratta del diritto alla tutela della salute dell'articolo 32 della Costituzione e delle prestazioni e dei percorsi di cura sanitaria o socio-sanitaria definiti dai Lea - Livelli essenziali di assistenza. è automaticamente escluso che ciò che è previsto dalla norma a beneficio dell'utente (qui si fa riferimento in particolare alle persone con disabilità e ai malati cronici non autosufficienti) possa essere limitato, cioè possa subire tagli, ritardi nell'erogazione, cancellazioni tali per cui sarebbe compromesso lo stesso nucleo fondamentale

del diritto. Una serie di sentenze dei massimi Tribunali – Corte Costituzionale e Consiglio di Stato – confermano l'assoluta precedenza del fondamentale diritto alla tutela della salute sulle presunte scarsità di bilancio. Pronunce fondamentali, da conoscere per replicare ad amministratori e istituzioni restie a riconoscere i servizi, che riguardano proprio casi di persone con disabilità

Il limite dei «posti disponibili».

È il caso della sentenza 1 del 2020 – su causa patrocinata dall'avvo-

cato Maria Luisa Tezza di Verona – con la quale il Consiglio di Stato ha ribaltato la decisione di primo grado del Tar Veneto, redigendo una sentenza che «fa giurisprudenza». Ai genitori di un ragazzo

affetto di autismo per il quale era stata formalmente chiesta all'Azienda sanitaria locale la frequenza ad un servizio diurno, era stato riposto che il servizio non era attivabile perché mancavano i po-

sti per l'inserimento e le risorse corrispondenti.

Il Consiglio di Stato ha cassato la risposta dell'Azienda sanitaria. È vero che è la Regione a ripartire le risorse al territorio, ma compete all'Azienda sanitaria stessa la tempestiva dichiarazione del numero degli utenti che necessitano di prestazioni Lea, al fine di adeguare annualmente l'erogazione alle necessità. Inoltre, la sentenza ha chiarito che va tempestivamente attivata ogni forma di aggiorna-

mento informativo circa la necessità di ulteriori risorse, affinché nel riparto annuale alle Aziende Sanitarie la Regione possa provvedere opportunamente ad integrazioni resesi necessarie per le sopravve-

nienze.

Consiglio di Stato ha quindi precisato che non è sufficiente la dichiarazione di «aver esaurito i posti» per non erogare le prestazioni: va, invece. dimostral'inesistenza ta

di fondi di bilancio a cui attingere anche per una forma di assistenza indiretta presso Centri privati a totale carico dell'utente, con una ricognizione sull'intero bilancio dell'Ente. Non solo: la sentenza ha condannato l'Azienda sanitaria al risarcimento del danno per il diniego illegittimo: «Sussistono i profili di colpa nella gestione dei poteri organizzativi per il reperimento delle risorse atte a dare adequata assistenza al disabile». Per questo aspetto, la sentenza è particolar-

Consiglio di Stato, sentenza 1 del 2020: a Regione e Azienda sanitaria devono dare risposta al bisogno di un ragazzo autistico a cui era stata negata la frequenza al Centro diurno mente rilevante, anche se purtroppo poco nota e studiata: in capo alle Aziende sanitarie e alle Regioni non è solo collocata la competenza e l'obbligo di erogare le prestazioni Lea, ma anche attribuita la

funzione non derogabile o aggirabile della «programmazione».

Il limite dei vincoli di bilancio. Una serie ormai nutrita di sentenze della Corte Costituzionale (citiamo tra le più

recenti le 62, 72 e 91 del 2020, la 132 del 2021 e la 233 del 2022), confermano che i Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie - Lea rappresentano il «nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati» che deve essere assicurato uniformemente sul territorio nazionale. Le singole Regioni possono migliorare il livello di intervento, ma non modificarlo al ribasso.

Questo vale sia per la percentuale di pagamento di determinate quote di intervento pubblico, come per esempio la ripartizione della retta della degenza in Rsa tra quota sanitaria e cosiddetta quota alberghiera. I Lea prevedono almeno il 50 per cento a carico del Servizio

> sanitario, che sale al 70 per cento in caso di struttura per la disabilità. La già citata sentenza 1 del 2020 del Consiglio di Stato interviene anche su questo punto, cassando il diffusissimo pregiudizio della pre-

valenza delle risorse sulle prestazioni Lea erogabili: «Le posizioni delle persone disabili devono prevalere sulle esigenze di natura finanziaria, principio elaborato a proposito del diritto all'educazione e al sostegno scolastico dei disabili – c.d. 'diritto al sostegno in deroga' – deve trovare applicazione anche nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria al soggetto riconosciuto disabile al 100% mediante erogazione delle prestazioni di volta in volta necessarie».

Il presunto limite di bilancio non può giustificare la negazione delle prestazioni Lea: si avrebbe così il paradosso della Costituzione subordinata alle ordinarie leggi di bilancio

Bilanciare i diritti, non negarli.

Il nodo della questione, insomma, è il rapporto tra diritto alla salute e vincoli di bilancio, come anche dimostrano gli allarmi di questi tempi per il sottofinanziamento del Ssn.

È un tema molto delicato: ma l'intreccio è politico ben più che giuridico. Dal punto di vista giuridico, la giurisprudenza recente della Corte costituzionale si è, infatti, oramai attestata sulla sequente

posizione: l'eventuale carenza di finanziamento non giustifica la mancata attuazione, anche parziale, del diritto alla salute, ma vincola il legislatore a redistribuire il complesso delle risorse pubbliche disponibili in modo tale da assicurare, quantomeno, l'attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto. Oltre a quelle citate – e prima di esse – lo afferma espressamente la sentenza 275 del 2016 (una sentenza, dunque, successiva all'introduzione dell'equilibrio di bilancio nella

Costituzione, che risale al 2012), secondo la quale: «É la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». La stessa posizione è

ribadita nella successiva sentenza 169 del 2017, là dove si legge che «ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione secondo canoni ragionevolezdi za - dei livelli es-

senziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tali ipotesi verrebbero in essere situazioni priva di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto a ottenerle 'non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziare per il soddisfacimento del medesimo diritto (sentenza n. 275 del 2016)'».

Le commissioni di valutazione delle persone con disabilità (Umvd, Uvg...) non possono negare le prestazioni Lea per «scarse risorse», «liste di attesa» o «servizi non attivi»

GIUSTIZIA

Vittoria Isee! A un ricoverato con grave disabilità rimborsati 13mila euro

Con la sentenza 425/2023, passata in giudicato, il Tar del Piemonte condanna il Consorzio dei servizi sociali di Alessandria: rimborsati 13mila euro di quote alberghiere, più 9mila di spese processuali

Con la Sentenza 425/2023, passata in giudicato, il Tribunale di Alessandria ha condannato il locale Consorzio di gestione dei servizi sociali (Cissaca) al risarcimento di 13.417.30 euro nei confronti di un utente con disabilità ricoverato in una Comunità alloggio socio-sanitaria al quale, a fronte di un Isee pari a 0, è stato richiesto il pagamento della quota alberghiera con pensione di invalidità e indennità di accompagnamento. Il tutore, papà del ricoverato, ha sostenuto l'illegittimità della richiesta, poiché la norma Isee nazionale non contempla come «redditi disponibili» indennità e pensione di invalidità. Il Tribunale gli ha dato ragione, condannando inoltre il Consorzio dei servizi sociali alla rifusione delle spese processuali per 9.273 euro.

Questi i passaggi più significativi della sentenza: «La quota alberghiera assistenziale (...) da erogarsi dal soggetto pubblico titolare del relativo servizio ai sensi degli art. 6, l. 328/2000 e 31 d.lgs. 267/2000 (...) corrisponde ad un diritto soggettivo pieno che trova il suo fondamento direttamente

nelle disposizioni di legge che ne regolano i presupposti, senza la necessità di alcun atto autoritativo di tipo concessorio da parte dell'Amministrazione, e l'atto dell'ente pubblico erogatore che riconosce il be-

neficio semplicemente accerta. senza margini di discrezionalità amministrativa od anche solo tecnica. la ricorrenza in concreto della fattispecomplessa cie da cui per legge origina il diritto».

La quota alberghiera va erogata dal Comune secondo la legge nazionale (Isee). senza la necessità di alcun ulteriore atto regionale o comunale

La «determinazione della situazione reddituale ai fini Isee» esclude «dal reddito disponibile di cui all'art. 5 d.l. 201/2011 "i trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari... a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche in ragione della condizione di disabilità. laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini dell'Irpef". La pensione di inabilità, l'assegno di invalidità e l'indennità di accompagnamento non sono imponibili ai fini Irpef, non rientrando nella nozione di pensione come reddito assimilato al lavoro dipendente, né in altra categoria reddituale prevista dal Testo unico

> delle imposte sui redditi (T.u.i.r.). II calcolo dei requisiti reddituali per l'accesso a prestazioni sociali a favore di soggetti disabili va dunaue condotto secondo l'Isee determinato dalla normativa statale

contenuta nel Dpcm. 159/2013 e nell'art. 2 sexies d.l. 42/2016; anzi, poiché l'applicazione di tale indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate è espressamente indicato come livello essenziale di assistenza ai sensi dell'art. 117, 2° co., lett. m), Cost., le norme statali, primarie e secondarie, rappresentano tendenzialmente le fonti esclusive di regolamentazione della materia, potendosi prevedere una competenza solo eventuale e solo residuale delle Regioni e degli Enti locali, nella stretta misura in cui la normativa statale attribuisca a tali Enti un potere di integrazione attraverso norme proprie».

Sui ben precisi limiti di questa competenza regionale e comunale, ancora la sentenza: «A tale riguardo, l'art. 2 Dpcm. 159/2013 fa anzitutto salve competenze le delle Regioni e degli Enti locali,

come enti erogatori del servizio ex art. 6 legge 328/2000, in materia di gestione e organizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, nonché di organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali (...) e pone inoltre dei ben precisi limiti alla potestà normativa integrativa di Regioni ed Enti locali, stabilendo, bensì, la possibilità per gli enti erogatori di "prevedere, accanto all'Isee, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto

conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari", ma a condizione che si tratti di prestazioni che "per la loro natura lo

La pensione di inabilità, tutto l'assegno di invalidità e l'indennità di accompagnamento non possono livelli essere richiesti a copertura della quota alberghiera

rendano necessario" e soprat-"ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni": tale ultimo concetto. che esclude in

modo chiarissimo la possibilità per gli enti erogatori del servizio di derogare in peius ai criteri Isee stabili ti dalla normativa statale, viene ribadito nell'ultimo periodo del co. 1 dell'art. 2 cit., col dire che "È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'Isee"».

«Tale essendo il quadro normativo di riferimento, la determinazione dei requisiti reddituali per l'accesso a prestazioni socio-assistenziali agevolate, ed in particolare per stabilire se i proventi derivanti da trattamenti assistenziali o previdenziali rientri o meno nel reddito disponibile, deve essere condotta solo e soltanto sul-

la base della normativa statale sul calcolo dell'Isee, in quanto dichiarata livello essenziale di assistenza ai sensi dello art. 117, 2° co., lett. m), Cost.», mentre «ogni competenza normativa di Regioni ed Enti

locali, come soggetti erogatori del servizio, rimane proprio per questo esclusa, sia per l'inclusione della materia nel campo dell'art. 117, 2° co., lett. m), Cost., sia perché le norme statali di riferimento, pur riconoscendo una limitata possibilità di integrazione con norme proprie da parte di Regioni e Comuni (o Comuni in forma associata), non permettono di dettare disposizioni peggiorative o deteriori per l'assistito rispetto alle previsioni da esse norme statali dettate».

Il Tribunale di Alessandria ha inoltre sancito che il «Regolamento dei Servizi rivolti a soggetti anziani e disabili» del Consorzio alessandrino di gestione dei servizi sociali e «le superiori disposizioni conte-

> nute nella normativa della Regione Piemonte, nella parte in cui introducono indicatori reddituali ulteriori e diversi da quelli stabiliti dalle norme statali in modo da rendere più difficoltoso

comunque limitare l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, risultano adottate in carenza di potere in quanto esulano dalla competenza regionale e comunale, intervenendo in un campo di esclusiva competenza statuale secondo il titolo V della Costituzione e per di più al di fuori dei ristretti confini entro i quali la normativa statale di riferimento consente una sua integrazione ad opera di Regioni ed enti erogatori dei servizi».

Il regolamento dei Servizi del Consorzio alessandrino dei servizi sociali risultano adottate «in carenza di potere in quanto esulano dalla competenza regionale e comunale»

PROSPETTIVE

I nostri diritti sanitari e sociali





Sped. in a.p., art. 2, comma 20/c, legge 662/96, filiale di Torino, n. 4, 2023, ISSN 1827-5257

Adi potenziata, proposta Cdsa E'Adi da sola non basta. Cure inefficaci senza il riconoscimento sanitario dell'attività informale di famigliari o assistenti personali

Difesa del Ssn per tutti i malati I tribunali confermano l'esigibilità del diritto alla tutela della salute per tutti i malati, anche quelli con natologie inguaribili

Allarme Pronto soccorso I geriatri riconoscono il calvario dei malati non autosufficienti in Pronto soccorso e propongono nuovi Suicidio assistito prime crepe Le proposte di legge regionali alla prova dell'Avvocatura dello Stato (che le ha bocciate) e delle Quarant'anni dalla legge 184 L'Anfaa conquistò la prima norma nel 1967. Come si è arrivati all'attuale legge su adozioni e

Dal 1968, ininterrottamente, Prospettive è impegnata contro l'esclusione sociale di tutte le persone non in grado di rappresentarsi e difendersi da sè. Pubblica i documenti più significativi sui servizi sociali e sanitari e sulla formazione del personale, commenta leggi e normative, riferisce sulle iniziative del volontariato, del sindacato, degli operatori, delle associazioni e dei famigliari dei malati e delle persone con disabilità.

Abbonati ora

PROSPETTIVE







Abbonamenti

Annuale (4 numeri + copia digitale in omaggio): 50 euro (sostenitore 70 euro; promozionale 100 euro; per i Soci delle organizzazioni aderenti al Csa 40 euro).

Abbonati subito su www.prospettiverivista.it alla pagina abbonamenti inserendo il tuo recapito e la tua mail in pochi click. Copia singola 15 euro

Per informazioni e indicazioni scrivere a

info@prospettiverivista.it o chiamare il numero 389.4352479

Puoi effettuare il pagamento:

Con carta di debito/credito o PayPal VISA 😂 👂 PayPal



Sul conto corrente postale n. 25454109 intestato a: Unione per la promozione sociale - via Artisti, 36 - 10124 Torino lban: IT49S0760101000000025454109

Con bonifico bancario, intestato a: Unione per la promozione sociale Iban: IT39Y0200801058000002228088 (Unicredit banca, Agenzia Torino, C.so S. Maurizio 42).

Indicare SEMPRE nella causale nome, cognome indirizzo e mail.



Disabilità, ancora un omicidio-suicidio: «Inaccettabile fallimento delle istituzioni»

Un uomo di 67 anni ha ucciso a colpi di pistola la ex moglie, di 66, e il figlio con disabilità; ha poi ha rivolto l'arma verso di sé e si è suicidato. É accaduto a Rivalta Bormida, in provincia di Alessandria, il 20 agosto scorso, nell'abitazione dove la donna viveva con il figlio, paraplegico dall'età di 18 anni in seguito a un incidente. L'Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva – Utim ha inviato alle istituzioni regionali le allarmate considerazioni che seguono.

Il drammatico ripetersi di casi – come quello nell'Alessandrino – in cui persone con disabilità vengono uccise da familiari disperati, che a loro volta si tolgono poi la vita, riapre periodicamente una ferita mai del tutto rimarginata. Dietro ogni tragedia simile si cela una storia di solitudine e disperazione, ma anche un fallimento delle istituzioni, incapaci di fornire il sostegno che la legge già prevede. Non si può dire con assoluta certezza che questi episodi non accadrebbero se ci fosse adeguato intervento pubblico, ma è innegabile che il doveroso supporto avrebbe potuto ridurne significativamente la probabilità. Le normative italiane sono chiare: il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire una serie di prestazioni domiciliari e residenziali per le persone con disabilità, come previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e dall'articolo 54 della legge 289/2002.

Nel caso in oggetto, la mamma stava per portare suo figlio in una struttura per un intervento riabilitativo (pubblico? privato?), ma non si hanno notizie di altri interventi

pubblici a sostegno delle sfibranti cure di lungo periodo, necessarie ad affrontare la vita quotidiana di una persona completamente non autosufficiente il cui eventuale ricovero in struttura (che è un obbligo di legge, se richiesto) costerebbe almeno 150 euro al giorno a carico delle casse pubbliche. La prassi evidenzia una sistematica carenza di risposte adeguate per le persone con grave disabilità, proprio sul fronte delle risposte quotidiane alle loro gravissime carenze di salute: un ambito che non può legittimamente essere scaricato sui servizi sociali (comunali) o sulle famiglie, perché «non sono rientrate nei criteri» per ottenere contributi e prestazioni.

Troppo spesso, famiglie già gravate da situazioni estremamente complesse si trovano abbandonate a sé stesse, costrette a farsi carico di responsabilità enormi senza il sostegno necessario. Questo isolamento, protratto nel tempo, può sfociare in atti estremi, come quelli tristemente riportati dalla cronaca.

Il domicilio rappresenta, per molte persone con grave disabilità la condizione più favorevole per una vita dignitosa. Rispetto alle strutture residenziali, il contesto familiare offre un ambiente più umano e accogliente. Tuttavia, ciò presuppone un sistema di supporto integrato e continuativo, con attivazione di cure o riconoscimento monetario di prestazione da parte dell'Asl, non soggetta a valutazione lsee: una presa in carico che si faccia carico delle necessità quotidiane.

Le normative indicano che le prestazioni socio-sanitarie devono essere coordinate dal Servizio sanitario (quindi, dall'Asl) e, in quanto Lea, Livelli essenziali di assistenza, devono essere garantite senza limiti di durata e senza il pretesto che «non ci sono risorse». Ma purtroppo le famiglie sono costrette a compiere lunghe battaglie per ottenere, forse, quanto spetta loro di diritto. L'ennesima tragedia dovrebbe suonare come un campanello d'allarme. L'immobilismo istituzionale non è più tollerabile: prevenire significa agire prima che il dramma si consumi, garantendo sostegno e assistenza concreta a chi si trova sull'orlo dell'abisso. Ogni vita spezzata da queste tragedie è un fallimento che riguarda tutti noi, ma soprattutto chi aveva ed ha il dovere di intervenire.



Disabilità, allarme trasferimenti in Rsa. Ecco come difendersi

L'Utim continua a registrare tentativi di trasferimento forzato di utenti con disabilità dei servizi residenziali (Comunità alloggio, Raf...) in strutture Rsa al compimento dei 65 anni di età. Le Asl, nei casi che abbiamo seguito e dei quali abbiamo impedito il cambio di progetto di vita e l'interruzione del setting di cura e assistenza attuale, sottopongono gli utenti ad una forzata revisione della valutazione socio-sanitaria nella Umvd, Unità multidimensionale di valutazione della disabilità, e decretano il trasferimento del caso ai servizi per gli anziani. Non potrebbero farlo, se non dopo aver provato che non sussistono più le condizioni di disabilità e che il bisogno è "solamente" di natura geriatrica.

L'interruzione del ricovero in struttura per persone con disabilità – molto spesso si tratta del luogo di vita di queste persone da anni, se non decenni – è una crudele e completamente illegittima pratica, che le Asl mettono in pratica (o tentano di mettere in pratica) solo per questione di risparmio economico: mentre un ricovero in struttura residenziale per la disabilità costa circa 150 euro al giorno al Servizio sanitario nazionale, quello in Rsa ne costa 50 all'Asl.

L'Utim consiglia di resistere alle pressioni per il trasferimento con questi argomenti, da inviare per iscritto con raccomandata con ricevuta di ritorno (o Pec) al direttore generale dell'Asl di residenza dell'utente con disabilità, al direttore della struttura di attuale vita e ricovero, a Presidente e Assessore alla sanità della Regione Piemonte e all'Utim (info@utim-odv.it, oppure via Artisti 36, 10124 Torino).

Il/la scrivente (tutore/amministratore/parente del caso in oggetto) segnala la sua opposizione al suo trasferimento in soluzione residenziale diversa rispetto a quella attuale.

Tale rifiuto è motivato dai seguenti riferimenti normativi.

1. La Delibera di giunta regionale del Piemonte n. 34 del 2016 prevede esplicitamente che «qualora una persona è in carico al DSM o alle Dipendenze Patologiche o alla UMVD, il raggiungimento della fascia d'età dei 65 anni e/o una riduzione del livello di autosufficienza non deve comportare una richiesta automatica di Valutazione dell'UVG finalizzata alla presa in carico come anziano non autosufficiente, in quanto l'età anagrafica non determina il venir meno delle caratteristiche cliniche e patologiche della persona».

Nel caso in cui vi sia una motivazione clinica al trasferimento in Rsa, questa deve essere accertata formalmente, comunicata al tutore, definita con rigide procedure. Ecco quali: «Nel caso in cui il DSM o il Servizio delle Dipendenze Patologiche o l'UMVD ipotizzi che la persona in carico in struttura residenziale o al domicilio sia "assimilabile" ad anziano non autosufficiente, deve inoltrare formale richiesta, a firma del Responsabile, di valutazione UVG corredandola con la "Scheda Informativa Sanitaria" compilata dal MMG o dal Medico Curante del Servizio».

La delibera precisa subito dopo che: «La Valutazione Multidimensionale deve essere effettuata congiuntamente con il Servizio proponente con le modalità, la tempistica e gli strumenti di valutazione sanitaria e sociale propri della valutazione della persona anziana in base alla normativa

UTIM INFORMA

regionale vigente. Nel caso in cui la valutazione riconosca l'assimilabilità ad anziano non autosufficiente, il Progetto Assistenziale e il monitoraggio dello stesso deve essere fatto congiuntamente tra Servizio Proponente ed UVG. Se l'esito della valutazione congiunta evidenzia il persistere della prevalenza della patologia psichiatrica e/o della dipendenza o della disabilità, la persona resta in carico al Servizio presso cui già afferiva».

2. Inoltre, l'articolo 27 del decreto legislativo n. 62 del 3 maggio 2024 ("Portabilità del progetto di vita. Continuità e non regressione", attuativo della cosiddetta legge quadro per la disabilità, n. 227 del dicembre 2021) stabilisce che: «(...) 3. Il progetto di vita per la persona con disabilità non si interrompe al compimento dell'età che, ai sensi della legislazione vigente, individua le persone anziane, fermo restando quanto previsto al comma 2 e fatto salvo quanto previsto dagli articoli 3 e 4 della legge 23 marzo 2023, n. 33».

A tal proposito, mentre l'articolo 3 della citata legge n. 33 si riferisce all'«invecchiamento attivo» e alla «prevenzione della fragilità», e quindi non risulta pertinente al caso in oggetto, l'articolo 4 citato, al punto 2, lettera s) specifica ulteriormente il divieto di prevedere variazioni di setting automatiche, al variare dell'età: viene precisato infatti che «al fine di favorire e sostenere le migliori condizioni di vita delle persone con pregresse condizioni di disabilità che entrano nell'età anziana» viene riconosciuto il diritto «1) ad accedere a servizi e attività specifici per la loro pregressa condizione di disabilità, con espresso divieto di dimissione o di esclusione dai servizi pregressi a seguito dell'ingresso nell'età anziana, senza soluzione di continuità».



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'Utim con donazioni o contributi sul conto corrente postale n. 21980107 o con bonifico su IBAN: IT77T 07601 0100 0000021980107 Donazioni e contributi sono deducibili/detraibili dalla dichiarazione dei redditi

5 X MILLE

C.f. 97549820013

www.utim-odv.it - info@utim-odv.it



o digitale (€ 6,90)

su www.prospettiverivista.it