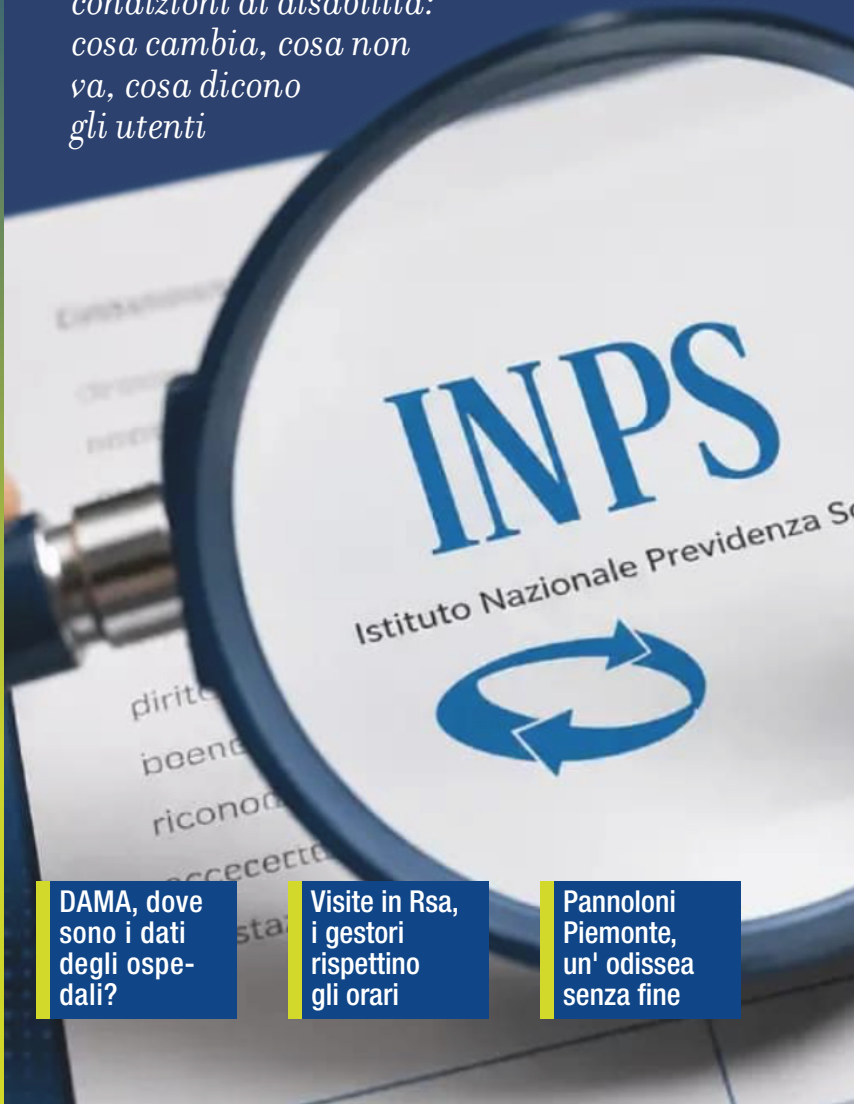
CONTROCITTÀ
dal 1976
Notiziario su sanità e assistenza
Spedizione in abbonamento postale art. 2, comma 20 / C legge 662 / 1996, Filiale di Torino, N. 4, 2026
LUGLIO SETTEMBRE 2026

COME FUNZIONA LA NUOVA INVALIDITÀ

Il nuovo accertamento Inps delle condizioni di disabilità: cosa cambia, cosa non va, cosa dicono gli utenti



DAMA, dove sono i dati degli ospedali?

Visite in Rsa, i gestori rispettino gli orari

Pannoloni Piemonte, un' odissea senza fine

SOMMARIO

LUGLIO SETTEMBRE 2026

1 Occhi puntati sulla nuova invalidità

3 Invalidità civile: tutti i passaggi della nuova procedura

10 L'allarme dei CAF: «meno domande» per costi e procedura complicata

14 Medici di base: tanti rifiutano di certificare, chi lo fa alza i prezzi

18 Rsa Castelnuovo, visite con il contagocce: la denuncia del volontariato dei diritti

22 **UTIMINFORMA** DAMA Piemonte, la Rete sollecita la ricognizione sulle strutture

24 **UTIMINFORMA** Pannoloni Regione Piemonte, un errore dietro l'altro e non si vede via d'uscita

CONTRO CITTÀ

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
345.6749838
Info@controcittà.it

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.

Impaginazione: Luca Collignan

Chiuso in tipografia: 30 settembre 2026
Stampa: Pixartprinting

Occhi puntati sulla nuova invalidità

Patronati, Centri di assistenza fiscale, associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e altre organizzazioni stanno lanciando un corale allarme sulla nuova certificazione di invalidità Inps, che sta provocando disagi tra coloro che chiedono la valutazione delle proprie condizioni cliniche per accedere ad aiuti, indennità, pensioni di invalidità. Sono soprattutto gli utenti più fragili a subire i disagi del nuovo percorso di valutazione, che dal 1° marzo 2026 riguarda metà del Piemonte: dopo la provincia di Alessandria (dove la sperimentazione è partita l'anno scorso), il nuovo sistema vale anche in quelle di Cuneo, Asti e Torino.

Soprattutto, due grandi disagi vengono segnalati dagli utenti (dal 1° giugno esclusi gli ultra settantenni per i quali resta ancora in vigore il percorso storico di accertamento dell'invalidità nelle commissioni Inps Asl). Primo: molti medici di medicina generale si rifiutano (possono, è attività discrezionale che non rientra nell'Accordo collettivo nazionale che hanno firmato con il Ministero della Sanità) di raccogliere, organizzare, redigere e inviare all'Inps i documenti per il nuovo accertamento, documenti che sono più numerosi e complessi del passato. Secondo: i medici certificatori che lo fanno – sia quelli di medicina generale, sia altri – hanno tariffe molto più elevate rispetto

al passato, anche tre o quattro volte tanto, con importi che non di rado salgono oltre i 150/300 euro.

Altri interrogativi. La nuova certificazione dovrebbe essere il primo tassello verso il "progetto di vita" previsto dalla legge 227/2021 (cosiddetta "Riforma della disabilità") e del decreto legislativo 62/2024. Che garanzie ci sono in merito? E per gli anziani malati cronici non autosufficienti, che dopo un primo tentativo di sottoporre alla stessa valutazione degli altri utenti, sono stati "rinviati al 2027", perché la massa delle loro domande stava mandando in crisi il sistema? Non meno importante: la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitari, non sarà intaccata dal nuovo processo?

Questo notiziario non poteva ignorare queste istanze, così come le reazioni critiche a una riforma da lungo tempo annunciata. Se questa non avesse creato disagi e se fosse stata ben accolta dagli utenti e dagli operatori, avremmo impiegato un articolo per spiegare i passaggi della nuova certificazione, insieme ad altri temi importanti nel numero estivo. Invece, abbiamo scelto di dedicare alcuni servizi del numero alla nuova certificazione di invalidità, perché all'informazione uniamo la denuncia di quello che non va, dando voce a chi è coinvolto in prima persona o a chi lavora sul campo: gli utenti e le loro famiglie, le associazioni di rappresentanza e di tutela, i medici, i patronati/centri di assistenza fiscale, l'Istituto nazionale per la previdenza sociale, Inps. Un lavoro che vuole suscitare dialogo e confronto, per migliorare le tutele fondamentali del nostro sistema di protezione sociale per chi è più debole.

> Illustriamo la nuova certificazione Inps, ma all'informazione uniamo la denuncia di ciò che non funziona e si può migliorare per la protezione sociale dei più deboli

NUOVE REGOLE

Invalidità civile: tutti i passaggi della nuova procedura

La procedura per ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile è cambiata profondamente con la riforma della disabilità introdotta dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62. Il nuovo sistema è entrato progressivamente in sperimentazione dal 1° gennaio 2025 e, dal **1° marzo 2026**, è stato esteso ad ulteriori 40 province, tra cui, in Piemonte, **Asti**, **Cuneo**, **Torino** (dopo che la prima fase aveva visto partire **Alessandria**). L'entrata a regime sull'intero territorio nazionale è prevista dal **1° gennaio 2027**.

La novità più evidente riguarda il modo in cui viene avviata la pratica: nelle province interessate dalla sperimentazione, **il certificato medico introduttivo** trasmesso telematicamente all'Inps dal medico certificatore **costituisce direttamente l'avvio del procedimento**. Non è quindi più necessario, come avveniva con la procedura precedente, che dopo il certificato medico il cittadino presenti una distinta domanda amministrativa per chiedere di essere sottoposto all'accertamento sanitario.

Attenzione: la riforma avrebbe dovuto interessare **tutti gli utenti**, mentre a causa di forti criticità operative e della mancanza delle commissioni medico-legali necessarie, l'Inps ha dovuto bloccarla dal 1° giugno per

coloro che hanno **più di 70 anni**, per i quali rimangono in vigore le regole precedenti. Per questi soggetti, è prevista una prima fase di sperimentazione a partire da gennaio 2027, ma a fine settembre 2026 non risultano ancora definite le province interessate.

Da dove si comincia: il medico certificatore. Il primo passaggio resta quello medico. La persona che vuole ottenere il riconoscimento dell'invalidità e della condizione di disabilità (o il rappresentante legale, o un familiare) deve rivolgersi a un **medico abilitato alla certificazione**. Possono utilizzare la procedura, tra gli altri, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali del Servizio sanitario nazionale, i medici delle Asl e delle aziende ospedaliere, i medici degli Ircss e dei centri per le malattie rare, oltre ai medici in pensione ma iscritti all'albo, ai liberi professionisti e ai medici operanti presso strutture private accreditate.
È quindi opportuno arrivare all'appuntamento con il medico già preparati, con tutte le **informazioni anagrafiche** necessarie e – salvo per il medico di medicina generale, che dovrebbe averla disponibile – con la **documentazione sanitaria**. Non basta, in linea generale, presentarsi dicendo quali sono le patologie di cui si soffre. La nuova procedura è costruita sulla valutazione complessiva della condizione della persona e richiede che le condizioni di salute siano adeguatamente documentate. È quindi utile raccogliere: lettere di dimissione ospedaliera; referti di visite specialistiche; esami diagnostici; referti radiologici, TAC, risonanze magnetiche ed ecografie; esami neurologici, cardiologici, psichiatrici o di altre specialità; certificazioni relative a patologie croniche; documentazione relativa a interventi chirurgici; documentazione relativa a ricoveri; certificazioni di malattie rare;

In Piemonte, la sperimentazione è stata avviata nelle province di Alessandria, Asti, Cuneo e Torino. Esclusi gli over 70, per i quali resta la procedura precedente

documentazione relativa a disturbi cognitivi o neurodegenerativi; certificazioni relative a deficit sensoriali; documentazione relativa a terapie e trattamenti continuativi…

Più la documentazione è precisa, recente e direttamente collegata alle condizioni da valutare, più facilmente la Commissione può ricostruire il quadro sanitario.

All'appuntamento con il medico certificatore – salvo che sia quello di famiglia, che dovrebbe averla – occorre presentarsi con documentazione sanitaria particolareggiata

Il certificato medico. Con la nuova procedura il **certificato medico introduttivo** assume un ruolo molto più importante. Il medico entra nella piattaforma digitale Inps, compila il certificato e lo trasmette telematicamente. Il sistema informatico identifica il territorio di residenza o domicilio della persona e instrada la pratica nella procedura appropriata. Una volta che il medico ha trasmesso il certificato all'Inps, il cittadino **non deve presentare una seconda domanda** per avviare l'accertamento in Commissione. È questa una delle differenze fondamentali rispetto alla procedura precedente.

L'Inps riceve il certificato, acquisisce la pratica e procede alla convocazione della persona per la valutazione di base. La riforma attribuisce infatti all'Inps la competenza su questo intero procedimento, identificato come «*valutazione di base*», attraverso le nuove **Unità di Valutazione di Base (UVB)**.

La nuova valutazione di base è stata concepita per riunire in un unico procedimento accertamenti che prima erano distinti: invalidità civile, cecità civile, sordità civile, disabilità ai fini della legge 68/1999 e disabilità ai fini scolastici. Nella nuova impostazione rientrano inoltre l'accertamento della non autosufficienza e della disabilità gravissima.

Chi compone l'Unità di Valutazione di Base. Le Unità di Valutazione

di Base dell'Inps sostituiscono le vecchie commissioni Inps/Asl per l'invalidità. **La composizione** prevista comprende due medici nominati dall'Inps, un professionista sanitario designato dalle associazioni di categoria competenti in relazione alla condizione da valutare e un professionista dell'area sociale o psicologica. La presidenza spetta a un medico dell'Inps specializzato in medicina legale, secondo le regole stabilite dalla riforma. Tuttavia, **il reclutamento** dei medici da parte dell'Inps **procede a rilento** per mancanza di disponibilità di professionisti interessati. È uno dei colli di bottiglia dell'applicazione della nuova normativa, che spetterà anche alle organizzazioni di volontariato, rappresentanti gli interessi degli utenti, monitorare e segnalare alle istituzioni.

Dati socioeconomici. La nuova procedura distingue il procedimento sanitario da quello necessario per l'eventuale erogazione delle prestazioni economiche. Il riconoscimento sanitario dell'invalidità, infatti, non coincide automaticamente con il pagamento di una prestazione economica. Per determinate provvidenze occorre verificare anche i requisiti amministrativi e reddituali previsti dalla legge. Nelle province della sperimentazione, dopo la trasmissione del certificato medico introduttivo, il cittadino può comunicare all'Inps i propri **dati socioeconomici**, direttamente oppure attraverso un patronato o un'associazione di categoria. Spesso, per la carenza di medici di medicina generale che siano disponibili ad essere certificatori (si vedano servizi successivi di questo numero di ControCittà), **l'offerta dei patronati** comprende sia medici certificatori per visite a pagamento, sia il servizio relativo ai dati socio-economici.

Le Unità di Valutazione di Base dell'Inps sostituiscono le vecchie commissioni Inps/Asl per l'invalidità, ma il reclutamento dei medici da parte dell'Inps procede a rilento

È quindi importante non confondere i due momenti: la certificazione

sanitaria stabilisce la condizione sanitaria; la comunicazione dei dati socioeconomici permette all'Inps di verificare gli ulteriori requisiti necessari per le eventuali prestazioni economiche, che però per esempio **non incidono** sul riconoscimento dell'**indennità di accompagnamento**, svincolata dalla condizione reddituale e patrimoniale del beneficiario.

> Oltre a quelli sanitari, per le prestazioni vincolate a condizioni socio economiche, servono i dati socioeconomici, della raccolta e trasmissione dei quali si occupano anche i Patronati fiscali

La convocazione alla visita. Dopo la ricezione del certificato, è l'Inps a procedere alla convocazione, che viene comunicata ufficialmente all'utente. L'Inps ha indicato, per le province della sperimentazione, l'invio della convocazione tramite raccomandata A/R, oltre alla possibilità di verificare le informazioni attraverso i servizi telematici dell'Istituto stesso (profilo digitale personale).
A questo punto il cittadino deve prestare particolare attenzione alla data fissata. **La visita** rappresenta infatti il momento nel quale l'Unità di Valutazione di Base esamina la persona e la documentazione acquisita. È possibile farsi assistere durante la visita da un **medico o psicologo di propria fiducia**, secondo quanto previsto dalla nuova disciplina.
Per chi presenta gravi difficoltà di spostamento resta inoltre prevista la possibilità della visita domiciliare nei casi di non trasportabilità, secondo le procedure stabilite dall'Inps. La disciplina generale già prevede una specifica richiesta medica per la visita domiciliare.

La visita non valuta soltanto la diagnosi. La valutazione non è costruita esclusivamente sulla domanda «quale malattia/causa di invalidità ha questa persona?». Il nuovo sistema utilizza infatti un'impostazione chiamata «bio-psico-sociale», nella quale assumono rilievo non soltanto le menomazioni, ma anche il loro effetto sul funzionamento della persona

e sulla sua partecipazione alla vita quotidiana. La riforma richiama le classificazioni internazionali **ICD** e **ICF** e introduce strumenti specifici per valutare il funzionamento. La condizione di disabilità viene considerata anche in relazione all'interazione tra la persona e l'ambiente in cui vive, comprese le barriere che possono ostacolarne la partecipazione.
Questo significa che la documentazione sanitaria dovrebbe consentire di comprendere non soltanto la diagnosi, ma anche **quanto quella condizione incida concretamente sulla vita della persona**.
Per esempio, nel caso di una persona con una patologia neurologica, non è sufficiente indicare la diagnosi: sono rilevanti anche le conseguenze sulla mobilità, sulla capacità di provvedere alla cura personale, sulla comunicazione, sulle attività quotidiane e sulla necessità di assistenza.
Finché rimane nell'ambito della "fotografia" della condizione della persona per individuare le migliori prestazione da erogare, l'approccio bio-psico-sociale va bene e può essere effettivamente utile a costruire **servizi "cuciti"** sulle esigenze dei cittadini. Va invece scongiurato a tutti i costi, e vanno immediatamente segnalate e contestate pratiche di questo tipo, che le condizioni bio-psico-sociali **limitino la fruizione di un diritto e delle relative prestazioni**, addirittura di Livello essenziale.

Se la documentazione è esaustiva, la valutazione può avvenire – è l'opzione privilegiata, secondo il decreto legislativo 62/2024 – anche sui soli atti, senza visita di presenza

La valutazione sulla base degli atti. La riforma contempla anche la possibilità – anzi, la dà per prioritaria – che l'**accertamento** possa essere effettuato **sulla documentazione** disponibile. La Commissione, di fatto, può procedere senza visita quando la documentazione sanitaria è completa, recente e sufficientemente dettagliata; le patologie e le loro conseguenze funzionali sono chiaramente documentate e quindi dalla documentazione è possibile determinare la percentuale

di invalidità e gli eventuali requisiti per le prestazioni richieste. La visita sui documenti vale anche per le revisioni, se la documentazione consente di verificare la permanenza delle condizioni sanitarie senza necessità di un nuovo esame diretto.
È un aspetto che rende ancora più importante la qualità della documentazione sanitaria trasmessa. Il certificato medico introduttivo e gli allegati sanitari diventano il principale strumento attraverso il quale l'Unità di Valutazione di Base conosce la situazione clinica e funzionale.

Il certificato finale. Al termine del procedimento la Commissione non produce semplicemente il vecchio verbale di invalidità nel senso tradizionale. La valutazione si conclude con un **certificato della condizione di disabilità**, che ricompone i diversi accertamenti previsti dalla riforma. Il documento può contenere il riconoscimento della condizione di disabilità, dell'invalidità civile, della sordità o cecità civile, della disabilità ai fini lavorativi o scolastici e, quando ricorrono i presupposti, della non autosufficienza o della disabilità gravissima, così come il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento. Il documento viene depositato nell'area riservata Inps e viene inviato anche alla persona interessata o, quando previsto, al patronato o all'associazione presso cui è stato eletto domicilio.

I tempi. La nuova disciplina stabilisce termini specifici per la conclusione della valutazione di base.
Il termine ordinario previsto dal decreto legislativo 62/2024 è di **90 giorni** a partire dall'invio del certificato medico introduttivo.
Sono previsti termini più brevi per alcune categorie: **15 giorni** per le persone con patologie oncologiche e **30 giorni** per i minori.
Il termine può tuttavia essere sospeso qualora la Commissione abbia bisogno di documentazione integrativa o di ulteriori approfondimenti diagnostici. La sospensione può arrivare fino a 60 giorni e, nei casi previsti, essere ulteriormente prorogata per altri 60 giorni.

L'allarme dei CAF: «Meno domande» per costi e procedura complicata

La riforma della certificazione della disabilità è stata presentata come una semplificazione, ma nei primi mesi di applicazione, in Piemonte, sono emerse difficoltà, denunciate dagli utenti e dagli intermediari fiscali, i CAF e i Patronati, da organizzazioni della disabilità, sindacati, patronati e operatori del territorio.

Una serie di disservizi e disagi per gli utenti ha caratterizzato le fasi di avvio della nuova procedura di certificazione dell'invalidità. Vediamo i principali. Il cambiamento più importante è apparentemente semplice: non è più il cittadino, eventualmente assistito da un Patronato, ad avviare formalmente la procedura con una domanda dopo aver ottenuto il certificato medico. È il medico certificatore che deve compilare e trasmettere all'Inps il nuovo certificato introduttivo, attraverso una procedura telematica articolata.

Il certificato può essere rilasciato da medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali del Servizio sanitario, medici ospedalieri, medici di strutture private accreditate e medici pensionati iscritti all'albo.

È proprio questo passaggio che in Piemonte ha generato una parte significativa delle segnalazioni.

Nel luglio 2026 la Consulta per le Persone in Difficoltà (CPD) di Torino ha scritto all'assessore regionale alla Sanità Federico Riboldi denunciando le difficoltà incontrate dai cittadini nell'ottenere il nuovo certificato attraverso le strutture pubbliche. Secondo la CPD, in molti casi ASL e servizi specialistici non avrebbero ancora indicazioni operative sufficienti, personale dedicato o accesso attivato alla piattaforma Inps. Il risultato, secondo l'associazione, è il rischio che il primo passaggio della riforma diventi esso stesso una barriera.

> La segnalazione della Consulta per le persone in difficoltà (Cpd) all'assessore alla sanità regionale: «Difficile per i cittadini reperire il nuovo certificato attraverso le strutture pubbliche»

La questione è stata portata anche all'attenzione del Consiglio regionale del Piemonte. Nel dibattito consiliare è stato riferito che alcuni medici di medicina generale delle province interessate avrebbero manifestato difficoltà a svolgere la nuova procedura, anche per il tempo necessario alla compilazione del certificato (ne trattiamo diffusamente nel prossimo articolo). Nella stessa sede è stato riferito che alcuni professionisti arriverebbero a richiedere, per la certificazione, importi nell'ordine di 300-350 euro. Si tratta di una denuncia riportata nel dibattito politico regionale e non di una tariffa ufficiale stabilita dalla riforma.

Il problema, dunque, non è soltanto informatico. È organizzativo. Se il cittadino non trova facilmente il medico abilitato, se il medico non è disponibile a compilare il certificato oppure se la prestazione viene richiesta a pagamento, la semplificazione teorica si trasforma in un passaggio preliminare che può risultare difficile soprattutto per le persone anziane, indigenti o con patologie complesse.

I Patronati. Nel sistema precedente il Patronato rappresentava, per moltissimi cittadini, il punto di accesso alla procedura: il medico redigeva il certificato e il cittadino, entro i termini previsti, poteva rivolgersi al Patronato per completare la domanda telematica.
Con la nuova procedura questo passaggio è stato eliminato: il certificato introduttivo vale come avvio del procedimento. L'Inps ha tuttavia spiegato che, nelle province sperimentali, il cittadino può comunque rivolgersi a un Patronato per la trasmissione dei dati socio-economici necessari all'erogazione delle eventuali prestazioni economiche.
Il cambiamento non significa quindi che i Patronati siano scomparsi dalla procedura. Il loro ruolo, però, si sposta in una fase diversa e diventa meno centrale nell'accesso iniziale.
Proprio questo è uno dei punti critici evidenziati durante la sperimentazione. Nel report "Disabilità e non autosufficienza nel percorso della Riforma" del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'Inps (28 ottobre 2025), veniva già osservato che il nuovo certificato introduttivo era diventato, nella sperimentazione, una possibile «barriera», descritta come difficile, onerosa e talvolta dissuasiva. Lo stesso documento rilevava che il mancato riconoscimento di un ruolo dei patronati nella fase della certificazione aveva trasferito sui medici certificatori anche attività anagrafiche, amministrative e identificative che in precedenza potevano essere svolte dagli intermediari.
È un punto particolarmente significativo: la riforma nasce con l'intenzione di eliminare un passaggio amministrativo, ma parte di quel lavoro non scompare. Viene semplicemente spostato.

I costi. La procedura telematica è gratuita per il cittadino, ma questo non significa che l'intero percorso sia necessariamente privo di costi. Il certificato medico introduttivo è oneroso per gli utenti, perchè - dicono i professionisti sanitari - richiede un'attività professionale aggiuntiva da parte del medico, soprattutto quando la situazione sanitaria è complessa e la documentazione deve essere esaminata e riportata

dettagliatamente nel certificato. Il problema diventa particolarmente delicatoperlepersoneconredditibassieperglianzianinonautosufficienti, proprio cioè per una parte della popolazione che avrebbe maggiore necessità di un sistema semplice e facilmente accessibile.

L'andamento delle domande. I primi dati disponibili dalle province che hanno avviato la fase sperimentale nel 2026 (Torino, Asti e Cuneo), mostrano una flessione delle domande, anche se – raccomandano dall'Inps – è necessario evitare di attribuire automaticamente l'intera diminuzione alla nuova procedura.
L'analisi dell'Osservatorio Previdenza della CGIL, riferita alle nove province che hanno iniziato la sperimentazione il 1° gennaio 2025 (tutte fuori Piemonte), registrava una diminuzione del 13,1% delle domande di invalidità e inabilità previdenziale: da 20.578 a 17.881. Nello stesso periodo le pratiche definite diminuirono del 12,9% e quelle accolte del 12,1%. Nelle aree non interessate dalla sperimentazione, invece, le domande risultarono in aumento dell'1%. Anche per l'invalidità civile è stata segnalata una riduzione: nelle nove province pilota le domande presentate sono passate da 153.277 nel 2024 a 133.507 nel periodo 1° maggio 2025-30 aprile 2026.
I numeri non dimostrano da soli che la riforma abbia provocato la diminuzione delle richieste, ma certo il servizio oggi è meno accessibile di un tempo.

Torino. Per Torino il problema è ancora più delicato perché la provincia è entrata nella terza fase della sperimentazione soltanto il 1° marzo 2026, insieme ad Asti e Cuneo. Non esiste quindi ancora una serie storica sufficientemente lunga e omogenea per affermare scientificamente che a Torino la riforma abbia già prodotto una determinata percentuale di riduzione delle domande. Alle associazioni di tutela dei diritti, il delicato, ma prezioso ruolo di monitorare questo importante dato.

Medici di base: tanti rifiutano di certificare, chi lo fa alza i prezzi

La nuova certificazione implica più lavoro per i medici di famiglia e non è un obbligo del medico. Proteste degli utenti per i sanitari che rifiutano e per l'aumento delle tariffe. Il sindacato Fimmg: «Va riconosciuto il lavoro del professionista, ma noi consigliamo agli associati di certificare».

Il nuovo certificato di partenza delle pratiche, il 'certificato introduttivo' previsto dalla riforma della disabilità del decreto legislativo 62 del 2024, è molto più articolato delle procedure in vigore fino a febbraio, che sono rimaste per ora attive per gli ultrasettantenni, almeno fino all'inizio del 2027. Questo, secondo i rappresentanti del maggior sindacato dei medici di medicina generale, la Fimmg, ha determinato un carico di lavoro maggiore medici di famiglia, che difficilmente si concilia con l'attività a studio aperto, nelle ore dedicate al ricevimento degli assistiti. «*Soprattutto per i medici che lavorano in Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), abbiamo fatto appello alla loro capacità di gestire le pratiche in équipe, per ottimizzare i tempi e ridurre l'impatto della compilazione*» spiega Aldo Mozzone, presidente della Fimmg Piemonte.

La maggiore complessità delle pratiche consiste nel fatto che vanno inseriti nel sistema informatizzato più dati rispetto alla versione precedente, ci sono più passaggi amministrativi che vanno svolti in sequenza e, non di rado, i medici segnalato che il sistema informatico centrale si 'impalla' e costringe a ritardi o ripetizioni da capo. Per dare un termine temporale che può forse aiutare a comprendere la diversità della nuova e della vecchia certificazione, il tempo per compilare i nuovi certificati da parte di un medico che conosce bene l'assistito è di oltre mezz'ora. I tempi si dilatano per quei medici che devono ricostruire la storia clinica e delle invalidità di richiedenti, ma li vedono per la prima volta.

> La Fimmg, il più grande sindacato dei medici di medicina generale ha evidenziato il maggiore carico di lavoro per i medici, che non si concilia con il lavoro in orario di studio

Gli utenti segnalano però numerosi casi di medici di medicina generale che si rifiutano di redigere le nuove certificazioni, creando notevoli disagi, perché costringono gli utenti a recarsi da medici privati, che non li conoscono e non ne conoscono la storia clinica. «*La redazione dei certificati non è una prestazione compresa nell'Accordo collettivo nazionale, cioè nelle mansioni che i medici di medicina generale sono tenuti a svolgere in accordo con il Servizio sanitario nazionale*» specificano i rappresentati dei clinici. È quindi possibile per il medico non prestarsi alla compilazione della certificazione, anche se il sindacato Fimmg, pur nella libera scelta dei colleghi, ha invitato alla compilazione dei documenti, anche perché il medico di medicina generale è colui che meglio conosce la situazione dell'utente.

Tuttavia, com'era prevedibile, molti utenti hanno dovuto rivolgersi a medici privati – spesso tramite CAF o Patronati, affidando la pratica a questi centri

di servizi a pagamento. Un ulteriore business per i medici, insomma, con per ora non apprezzabili effetti positivi per gli utenti.

«*Di varia natura* – assicurano i vertici della Fimmg – *è stata la reazione dei medici alla nuova esigenza di certificazione, anche se non ci sono dati ufficiali su quanti medici rifiutino di rilasciare la nuova certificazione*». Va poi considerato che la questione del nuovo accertamento dell'invalidità ha subito un dietrofront notevole: da marzo avrebbe dovuto riguardare tutte le pratiche (sia quelle della disabilità, sia quelle degli anziani). Invece, il governo e l'Inps hanno alzato bandiera bianca dopo qualche mese sulla fetta più consistente dei richiedenti – gli anziani – rinviando per loro l'avvio della nuova certificazione all'inizio del 2027.

I medici, in ogni caso, ritengono «*improbabile*» che la questione delle certificazioni venga insertita nell'Accordo collettivo nazionale e quindi compresa tra le prestazioni che il medico deve obbligatoriamente garantire. «*La materia* – secondo i vertici della Fimmg – *sarà lasciata alla libertà del medico in quanto professionista, così come la parcella da chiedere all'utente in caso di compilazione della certificazione e invio all'Inps*».

I medici chiamati a inserire nel sistema informatizzato più dati e documenti rispetto alla versione precedente: tempi rallentati e costi per gli assistiti che salgono

Proprio sui costi, che spesso lievitano oltre i 200 euro (dagli 80 chiesti da molti medici per la precedente certificazione), si sono registrate la maggior parte delle proteste degli utenti, ma i medici di medicina generale sono propensi a sottolineare gli aspetti di razionalizzazione dei percorsi e dei documenti, che la riforma promette. «*Tutte le valutazioni circa la 'condizione di disabilità' ed i 'livelli di sostegno' da riconoscere saranno unificate presso l'INPS e i dati clinici e amministrativi*

saranno concentrati nel certificato medico introduttivo necessario per avviare la procedura. Inoltre, l'invio del certificato da parte del medico certificatore equivale all'invio della domanda di invalidità».

«Dopo la certificazione, i richiedenti sono convocati per una valutazione da parte della commissione Inps, che si baserà anche sulle risposte ad un questionario, somministrato alla persona durante la visita da parte della commissione stessa, in cui saranno sondate le residue autonomie dal punto di vista cognitivo, relazionale e pratico. In casi particolari, potrà avvenire anche solo sulla base della documentazione, la quale potrà essere inviata telematicamente. Ma qui si entra nel campo delle valutazioni dei clinici della Previdenza, il compito del medico di medicina generale è terminato».

> Il rifiuto di molti medici di medicina generale di compilare la nuova certificazione ha creato l'affare dei medici certificatori negli studi privati, nei patronati o nei Caf

C'è infine un altro aspetto, che riguarda i medici, anche se non i certificatori, e che rischia di inceppare la macchina della Valutazione di Base: la carenza di professionisti per le commissioni mediche e il reclutamento dell'Inps che procede a rilento.
Secondo gli osservatori qualificati del settore e i rappresentanti degli operatori, la ritrosia dei medici a presentarsi per i posti nelle commissioni di Base è legata a diversi fattori: i compensi bassi, con le tariffe orarie o per seduta offerte dall'ente pubblico che non attirano i professionisti; la carenza di specialisti (mancano medici specialisti in medicina legale e del lavoro su tutto il territorio nazionale) e il carico burocratico. Inoltre, molti incarichi sono di natura autonoma o convenzionata temporanea, poco appetibili rispetto ai ruoli dipendenti stabili nel Servizio Sanitario Nazionale e anche alla professione privata al di fuori delle strutture pubbliche.

Rsa Castelnuovo, visite con il contagocce: la denuncia del volontariato dei diritti

Azione di tutela contro il progetto di grave restrizione degli accessi alla Rsa di Castelnuovo don Bosco. L'Unione promozione sociale denuncia il fatto, l'Asl interviene, la Regione ricorda gli obblighi e i gestori arretrano. Obbligatorie almeno 8 ore di apertura quotidiana.

Tre ore e venti minuti di visita in orario lavorativo (1 ora e 10 al mattino, 2 ore e 10 al pomeriggio), quando la delibera regionale ne prevede almeno otto. Limitazione sul numero di parenti e conoscenti (uno per ricoverato) che possono accedere alla struttura. Badge di riconoscimento, identificazione all'ingresso con dati anagrafici… Sono le regole che la Rsa San Giuseppe di Castelnuovo Don Bosco intendeva adottare dal 1° luglio e aveva già comunicato ai parenti dei ricoverati, prima dell'intervento dell'Unione per la promozione sociale OdV, che ha allertato Asl e Regione, richiamando al rispetto delle regole i gestori della struttura, che opera in nome e per conto del Servizio sanitario.

La denuncia dell'Ups. L'Unione per la promozione sociale OdV, allertata sul tema, aveva immediatamente segnalato l'illegittimità delle regole della Rsa San Giuseppe al sindaco del paese (la Rsa è comunale, in gestione a

cooperativa), alla Commissione di vigilanza dell'Asl To5 e all'ufficio competente in materia di servizi socio-sanitari della Regione Piemonte.

«*Gli orari di visita, peraltro in fasce assolutamente o difficilmente praticabili per chi lavora* – ha segnalato l'Unione per la promozione sociale OdV – *violano le prescrizioni della Dgr. 45/2012 della Regione Piemonte che impone alle Rsa accreditate l'apertura a parenti e visitatori per almeno 8 ore al giorno (480 minuti). Inoltre, la limitazione dell'accesso a una persona per ricoverato non garantisce quanto prescritto dall'allegato 4 della citata Dgr. 45/2012, e cioè 'che il modello di assistenza adottato nelle residenze per anziani è molto più valido ed efficace se si riesce ad evitare la separazione dal circuito di relazioni famigliari, all'interno del quale l'ospite può soddisfare fondamentali bisogni di attenzione, protezione, sicurezza ed appartenenza'».*

Ancora l'Unione promozione sociale OdV: «*La restrizione di orario e le altre limitazioni all'accesso suscitano interrogativi sulla copertura di personale della Rsa e sulla gestione complessiva del servizio, soprattutto nelle ore in cui viene negato l'accesso dei parenti. Senza apertura continuativa della struttura manca una fondamentale funzione di controllo informale della qualità del servizio e del trattamento dei ricoverati, molti di loro con demenza e decadimento cognitivo, quindi nemmeno in grado di riferire eventuali carenze di assistenza, cure e tutela*».

> Il progetto della Rsa San Giuseppe: apertura tre ore al giorno, in violazione delle disposizioni regionali, e massima limitazione al numero di parenti ammessi alle visite

Il lavoro della Vigilanza Asl. All'appello/denuncia dell'Unione, che si era dichiarata disponibile a fornire supporto e consu-

lenza agli eventuali rappresentanti dei ricoverati della struttura, ha risposto il 20 luglio direttamente l'Asl To5, con la presidente della Commissione di vigilanza, dott.ssa Elena Gelormino: «*Desidero innanzitutto esprimerLe il mio vivo apprezzamento per la preziosa attività svolta. Con la presente Le comunico che la struttura per anziani segnalata è già oggetto di particolare attenzione da parte della Commissione di Vigilanza, nell'ambito delle consuete attività di monitoraggio svolte sul territorio, al pari di altre strutture analoghe.*

A seguito di quanto da Lei segnalato, e tenuto conto di quanto previsto nella D.G.R. 45/2012 in merito all'orario di accesso alla struttura si è provveduto a diffidare la Direzione della struttura dal porre in essere eventuali irregolarità, ribadendo l'importanza del rispetto di tali disposizioni a tutela della dignità della persona e della qualità dell'assistenza erogata».

La risposta della Regione. Sulle aperture delle Rsa si sta già giocando e si giocherà sempre di più una partita fondamentale per la tutela dei diritti dei ricoverati e delle loro famiglie. Per l'Unione per la promozione sociale, il modello dovrebbe essere quello degli accessi liberi dell'Hospice (almeno 8-20 tutti i giorni), perché il ricovero in Rsa non sia una cesura con la precedente vita, ma una fase della stessa. Inoltre, l'assicurazione di un orario di visita esteso permetterebbe anche ai figli, ai conoscenti e ai parenti dei malati ricoverati di fare visita alla persona nei giorni lavorativi, possibilità oggi di fatto negata.

Sul tema degli orari di visita, la consigliera regionale Giulia Marro (Alleanza Verdi Sinistra, Avs) ha

> La denuncia dell'Unione per la promozione sociale: «*Regole illegittime e non dignitose per i ricoverati e le loro famiglie. Così è impossibile verificare la qualità del servizio*»

depositato un'interrogazione urgente, alla quale la Giunta regionale ha risposto il 13 luglio. Così la Regione: «*Compete al singolo presidio dotarsi di un "regolamento di struttura" nel quale sono da definire anche gli "accessi dei familiari degli ospiti. In tal senso la DGR 45/2012 ha definito le "linee guida per il regolamento di struttura", che costituisce quindi lo strumento per definire e rendere trasparenti i rapporti ed i reciproci diritti/doveri fra le strutture residenziali socio-sanitarie e gli utenti, i loro familiari e/o chi li rappresenta*».

E ancora, sulle "linee guida": «*Orientano le decisioni professionali e, in caso di contenzioso, costituiscono un parametro fondamentale per valutare la correttezza dell'operato (…) l'allegato 5 della DGR 45/2012 stabilisce che ogni presidio all'interno del regolamento di struttura deve indicare "l'orario di accesso alla struttura che, comunque, non può essere inferiore ad 8 ore quotidiane», mentre la struttura di Castelnuovo ne "minacciava" poco più di tre.*

La Commissione di Vigilanza dell'Asl: «*Si è provveduto a diffidare la Direzione della struttura dal porre in essere eventuali irregolarità in merito all'orario di accesso alla struttura*»

Dalla Regione è giunta anche una postilla sull'attività svolta in merito ai casi segnalati recentemente: «*Ad oggi, i pochi casi registrati, sono stati infatti verificati singolarmente dalle Commissioni di vigilanza e per alcuni di essi si è riscontrato il ritiro e/o la modifica degli atti che hanno definito forme di accesso troppo restrittive*».

Rimane una domanda di fondo. Perché le strutture limitano gli accessi? Non è che dietro presunte esigenze di corretto funzionamento non si nasconda e la volontà di tenere lontani occhi attenti, magari per nascondere carenze di personale e di assistenza e cure agli utenti? Più di un sospetto, resta.

DAMA Piemonte, la Rete sollecita la ricognizione sulle strutture

La Rete obiettivo DAMA Piemonte, realtà di coordinamento di numerose associazioni di rappresentanza e tutela delle persone con grave disabilità e non autosufficienti che ha come scopo l'introduzione del modello DAMA in Piemonte, ha scritto il 22 luglio alla Direzione sanità della Regione Piemonte per sollecitare l'istituzione rispetto agli impegni presi.

«*Nel corso dell'incontro del 25 maggio scorso, codesta Direzione Sanità aveva confermato che la ricognizione delle strutture sanitarie piemontesi nelle quali risultano attivi percorsi o modalità di presa in carico personalizzata delle persone con disabilità intellettiva, relazionale o comunicativa, con particolare riferimento ai pazienti definiti "non collaboranti", sarebbe stata completata entro il mese di luglio 2026.*

In considerazione dell'approssimarsi della scadenza indicata, chiediamo cortesemente di conoscere la data prevista per il completamento della ricognizione e le modalità con le quali il relativo documento sarà trasmesso alla Rete, condiviso e reso disponibile alle persone interessate e alle loro famiglie.

Tale strumento – ricordiamo – è estremamente utile, sia pure in via transitoria, per orientare le persone con disabilità e le loro famiglie nell'accesso ai percorsi sanitari attualmente disponibili.

Resta tuttavia ferma la richiesta della Rete di procedere all'attuazione strutturale del modello DAMA nella rete ospedaliera piemontese, con l'obiettivo di garantirne una presenza adeguatamente distribuita sul territorio regionale.

Ricordiamo che tale richiesta trova oggi fondamento negli indirizzi assunti dal

Consiglio regionale con l'Ordine del giorno n. 323 del 4 agosto 2025 e nel Piano socio-sanitario regionale 2025-2030, approvato con D.C.R. n. 137-27771 del 22 dicembre 2025».

***

ADERISCONO ALLA "RETE OBIETTIVO DAMA PIEMONTE" (in ordine di adesione): *Unione tutela persone con disabilità intellettiva (UTIM odv), Torino; Associazione "Luce per l'Autismo", Torino; Associazione GRH, Druento (TO); Unione Lotta Contro l'Emarginazione Sociale (ULCES odv), Torino; Associazione Tutori Volontari, Torino; Associazione Volontari Ospedalieri (AVO), Torino; Associazione "Autismo e Società", Torino; Consulta Persone in Difficoltà (CPD), Torino; Associazione AUDIDO, Alpignano (TO); Associazione "Cuori Blu Autismo", Susa (TO); Associazione "La Carica dei 104", Pianezza (TO); Associazione Piemontese Sindrome di Williams (APSW), Alpignano (TO); Associazione "Siamo Speciali" Aps, Borgosesia (VC); Associazione "L'Un e l'Aut", Venaria (TO); Centro Persone con Sindrome di Down (CEPIM odv), Torino; Associazione Down, Torino; Associazione A.I.R. Down, Moncalieri (TO); GeniAut APS, Collegno (TO); AMA, Associazione Missione Autismo, Torino; Associazione "La Scintilla" (Collegno – TO); Associazione "Passi Solidali", Asti; Associazione "La Stanza dei Balocchi" Aps (Orbassano – To); Associazione ARIA APS (Boves - CN); Associazione "Autismo Fuori dal Coro" odv; Associazione "Abilità Per Crescere" onlus (Orbassano TO); Associazione "Il Cerchio Aperto" odv (Grugliasco – TO); Unione per la Promozione Sociale odv , Torino; Associazione Prader Willi odv, Torino; Associazione di promozione sociale NILO elibasid, Torino; Consulta delle disabilità del Comune di Nichelino; A.T.E. Associazione Traumi encefalici, Torino; Associazione Missione Autismo Aps, Asti; Associazione Vivere, Chieri (TO); Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap (SIOH) Piemonte; Gli amici di Daniela APS (Bra – Cn); Associazione "Mimola" APS, Torino; CFU – Caregiver Familiari Uniti – Piemonte; CittadinanzAttiva regione Piemonte APS.*

Pannoloni Regione Piemonte, un errore dietro l'altro e non si vede via d'uscita

Sui pannoloni per persone con grave disabilità, non autosufficienti o con patologie che compromettono la continenza, era francamente difficile fare peggio di quanto la Regione Piemonte sta facendo negli ultimi mesi. Una serie di politiche sbagliate, di annunci cui non sono seguiti veri servizi, di negligenze gravi e ripetuti e per gli utenti, costretti spesso a pagare di tasca loro i pannoloni stessi, che pare non vedere una fine: una catena di mancate prestazioni che è ancora in corso e della quale non si vede la via d'uscita.

Andiamo con ordine. In Piemonte, la distribuzione dei pannoloni per l'assorbenza – presidi di livello essenziale che la sanità deve garantire a coloro che ne hanno necessità – da mesi (se non anni) era carente. Il servizio, affidato dalla Regine Piemonte ad un operatore privato registrava costantemente mancate forniture, ritardi, pesanti disservizi. Ci si poteva pensare prima che il criterio dell'utile economico (con il quale il privato partecipa alle gare di appalto) non sarebbe stato conveniente per gli utenti, ma tant'è.

L'intervento della Regione – dopo mesi di proteste di malati, persone con disabilità e loro famiglie – è arrivato. L'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Federico Riboldi ha dichiarato prima dell'estate: «*La situazione che si è venuta a creare nella consegna dei pannoloni*

e dei dispositivi per l'assorbenza è inaccettabile, soprattutto perché colpisce persone fragili, anziani e non autosufficienti e determina disagi che non possono essere tollerati. Siamo pienamente consapevoli delle criticità che continuano a manifestarsi nonostante gli interventi già adottati dalla Regione e dalle aziende sanitarie». Una constatazione più da opposizione, che da maggioranza di governo della Regione, alla quale è seguita la notizia di aver provveduto nei mesi scorsi a *«revocare il precedente affidamento per gravi inadempienze e applicando alla ditta penali per circa 800 mila euro. Si è anche deciso di riorganizzare il servizio, ma è evidente che persistono problemi logistici che richiedono ulteriori correttivi»*.

Altro grande errore, ci permettiamo di segnalare, causa di ulteriore disagio alle famiglie: interrompere un servizio – seppur molto carente – senza prevederne uno sostitutivo immediatamente avrebbe comprensibilmente generato conseguenze negative a catena. Così è stato.

E poi, l'annuncio dell'Assessore a mezzo Stampa: *«Dal 1° luglio ci sarà un cambiamento radicale* – prometteva il 16 giugno *–: punteremo sull'internalizzazione con il coinvolgimento di Amos, per cessare definitivamente i rapporti improduttivi e dannosi con i privati e gestire direttamente il servizio»*.

Amos, va ricordato, è dal 2010 una società consortile, che svolge attività di utilità per i soci che sono tutte aziende pubbliche: le Asl di Cuneo e Asti, gli ospedali di Cuneo e Alessandria. Nata come Società per azioni, fu per lungo tempo una sorta di Agenas piemontese, diretta in modo più o meno ufficiale dal dirigente sanitario Fulvio Moirano, direttore generale della sanità piemontese negli anni del Piano di rientro "lacrime e sangue" della Giunta Chiamparino (da qui l'interpretazione malevola dell'acronimo di Amos, largamente diffusa tra

funzionari e operatori della sanità piemontese: “A Moirano Obbedire Sempre”).

Ecco, Amos che doveva risolvere i problemi delle consegne dei pannoloni dal 1° luglio… non l’ha fatto. «*Cercare risposte o assistenza è impossibile: i numeri di telefono messi a disposizione dalla ditta Amos (incaricata del servizio dall'ASL) suonano costantemente a vuoto o interrompono la linea non appena si avvia il contatto. Una situazione che definire vergognosa è poco*». Così uno dei tanti utenti che sta registrando il perdurare delle mancate consegne. «*Sappiamo che il cambio di appalto e il passaggio ad Amos dovevano risolvere i vecchi problemi, ma la realtà attuale parla di un caos logistico totale scaricato interamente sulle spalle dei soggetti più fragili e dei loro caregiver*» spiega ancora l’utente.
Severo il commento della minoranza in Regione Piemonte: «*Auspichiamo che il passaggio ad Amos riesca davvero a rimettere ordine nel servizio. Ma proprio per questo sarebbe opportuno evitare annunci trionfalistici prima che i problemi siano effettivamente risolti. Quando si promette pubblicamente che dal 1° luglio tutto tornerà a funzionare e poi le famiglie continuano a comprare di tasca propria i presìdi che dovrebbero essere garantiti dal servizio sanitario, si crea una distanza pericolosa tra comunicazione e realtà*».

Le migliaia di mancate consegne, centinaia di mail di segnalazioni e proteste ancora inevase, un numero di telefono al quale ottenere risposta è un’impresa, le famiglie costrette a pagare di tasca propria quegli ausili per anziani e persone con grave disabilità stanno diventando un ginepraio irrisolvibile per la Giunta Cirio. E Amos e la Regione, preso atto dell’impossibilità di risolvere il problema da sole, hanno così ingaggiato – sempre a spese della collettività – l’azienda di

logistica Lannutti di Fossano non solo per lo stoccaggio, ma anche per le consegne. Malignano i critici della gestione dell'intera vicenda: «*Se si pensa all'efficienza raggiunta dall'e-commerce e dalle reti di consegna a domicilio delle merci più disparate in tempi rapidissimi, la situazione piemontese è da paradosso. O da operetta, salvo che qui si parla di disservizi sulla pelle delle persone*».

I forti disagi sulla consegna dei pannoloni e la prospettiva di metterci risorse di tasca propria stanno riguardando anche i soci dell'associazione Utim. Il presidente, Vincenzo Bozza, si è dovuto recare personalmente al grande deposito dell'area industriale di San Mauro (alle porte di Torino) per ritirare i pannoloni per la figlia Silvia. L'alternativa? Comprarli di tasca propria e poi eventualmente – e chissà con quali spese legali – rivendicare il rimborso da parte dell'Asl. «*Ho fatto richiesta per mia figlia disabile l'8 giugno* – ha spiegato Bozza alla Stampa – *ai primi di luglio ho chiamato la segreteria dell'assessorato regionale alla Sanità: mi hanno risposto che avrebbero segnalato, poi mi hanno richiamato per aggiornarmi della revoca del precedente fornitore, ma contestualmente, mi hanno anche spiegato la questione del pregresso, cioè che i precedenti ordini restavano in capo al vecchio aggiudicatario, mentre per i nuovi interveniva Amos. Insomma, una situazione di limbo nella quale però i pannoloni non venivano consegnati*».
La vicenda appare ancora più intricata e mal gestita – da tempo peraltro, senza che nessuno ci abbia mai messo mano – se si scende nel dettaglio. La fornitura dei pannoloni è trimestrale e viene consegnata tutta in blocco. «*Sono 450 pannoloni normali e 150 per la notte* – dice Bozza – *l'occorrente per tirare tre mesi di cambi che ho ritirato in blocco, stipandoli dentro l'auto e poi, una volta arrivato a casa, in*

garage. Non oso pensare a chi deve stiparli in un alloggio». Anche perché il trasporto dovrà essere ripetuto a più riprese per raggiungere l'utente. Silvia, infatti, è ricoverata in comunità alloggio da qualche anno e torna a casa nei fine settimana, ma la comunità non accetta per gli utenti la consegna dei pannoloni in blocco – non avrebbe spazio in cui immagazzinarli – e quindi le famiglie sono costrette a garantire loro la fornitura settimanale, portando alla struttura il fabbisogno per l'utente. «*Intanto* – spiega Bozza – *spero che la situazione si normalizzi veramente, come promette la Regione: non vorrei che il mio andirivieni dal grande magazzino di Pescarito diventasse la regola*».
Ultima (ma chi è pronto a scommetterci?) tappa della saga, il 26 agosto con una misura straordinaria per accelerare il recupero dell'arretrato e il servizio contingente, la Regione Piemonte, in collaborazione con Federfarma Piemonte, ha attivato infatti il canale di distribuzione attraverso la rete delle farmacie. Per molti utenti si tratta di un dejà vu, perché in effetti, prima dell'appalto per le consegne a domicilio, il sistema funzionava appunto tramite le farmacie.
«Gli utenti interessati - hanno precisato dalla Regione - saranno contattati direttamente dalla farmacia dove è stato effettuato l'ordine, che fornirà tutte le indicazioni necessarie per il ritiro. Non sarà quindi necessario presentarsi prima di essere contattati. Al momento del ritiro sarà consegnato il prodotto ordinato oppure, qualora questo non fosse immediatamente disponibile, un prodotto uguale o equivalente per caratteristiche e funzione, in modo da assicurare la continuità della fornitura ed evitare ulteriori attese».
Il servizio, spiegano dalla Regione, «affiancherà temporaneamente il sistema ordinario e resterà attiva per il periodo necessario a riportare il servizio alla piena regolarità». Se vale la regola aurea italiana che il provvisorio diventa definitivo, la pessima distribuzione dei pannoloni della Giunta Cirio potrebbe essere al capolinea.



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'Utim con donazioni o contributi sul conto corrente postale n. 21980107

o con bonifico su IBAN: IT 77 T 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

tutori.it



A SCUOLA DI VOLONTARIATO DEI DIRITTI
www.scuoladeidiritti.it

Iniziativa informativa e formativa dell'Associazione Tutori Volontari OdV,
realizzata nell'ambito della Scuola di volontariato dei diritti

Amministratore di sostegno e tutore VOLONTARIO nella tutela dei diritti

La nuova Legge piemontese 21/2025 e il Regolamento attuativo

Mercoledì 28 ottobre 2026 ore 15.00 – 18.30

Vol.To – Centro Servizi per il Volontariato · **via Giolitti 21, Torino**

15.00	**Apertura** *Eleonora Venesia, vicepresidente dell'Associazione Tutori Volontari OdV*
15.15	**Relazione introduttiva** *Antonella Figus, presidente Associazione Tutori Volontari OdV*
15.35	**La legge regionale 21/2025: contenuti e prospettive** *Silvio Magliano, Consigliere regionale, relatore di maggioranza della legge*
15.55	**La legge regionale 21/2025: potenzialità e criticità** *Joëlle Long, Università degli Studi di Torino*
16.15	**Il punto di vista del Giudice tutelare** *Sergio Pochettino, Tribunale di Torino*
16.35	**L'attuazione della legge regionale 21/2025: il Regolamento e il progetto pilota** *Alberto Rissolio, Regione Piemonte - Direzione Welfare*
16.55	**Saluti istituzionali** *Rossana Schillaci, Consigliera delegata della Città metropolitana di Torino* **L'Ufficio provinciale di Pubblica tutela: elenchi, formazione e supporto ai volontari** *Diego Lopomo, Ufficio provinciale di Pubblica tutela della Città metropolitana di Torino*
17.20	**Il ruolo dell'amministratore di sostegno e tutore volontario orientato alla tutela dei diritti** *Giuseppe D'Angelo, Associazione Tutori Volontari OdV*
17.40	**Domande dal pubblico**
18.30	**Chiusura**

Ingresso libero previa iscrizione obbligatoria

Da effettuarsi on-line direttamente su **www.scuoladeidiritti.it**
oppure scrivendo a info@tutori.it