

# NON AUTOSUFFICIENZA NON CI SONO REGIONI «MODELLO»



## LIBRO BIANCO

*Inchiesta sui malati non autosufficienti ricoverati, ma esclusi dalla quota sanitaria. Viaggio nell'Italia vittima di ingiustizia: l'abbandono del Servizio sanitario, le spese insostenibili, la pessima qualità delle cure. Come affrontare tutto questo e rivendicare il diritto alla tutela della salute.*



---

## SOMMARIO

---

**5**  
**8**

INTRODUZIONE

LE NORME VIGENTI CHE GARANTISCONO IL DIRITTO ALLA CURA

**a.** Chi è il malato cronico non autosufficiente secondo l'OMCEO di Torino e le Società di geriatria; **b.** Le prestazioni Lea a cui ha diritto se non guarisce; **c.** È illegittimo considerare la situazione economica per l'accesso ai Lea; **d.** La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020 ribadisce l'obbligo per lo Stato di finanziare i Lea; **e.** Il diritto alla prestazione Lea deve essere salvaguardato, in quanto nucleo essenziale del diritto alla salute

**14**

IL PROBLEMA DELLA MANCANZA DI TUTELA DI FRONTE ALLE ISTITUZIONI INADEMPIENTI

**16**

ESEMPI PRATICI DI NEGAZIONE DEL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI SEGUITE DALLA FONDAZIONE PROMOZIONE SOCIALE

**16**

**CAMPANIA** – Una malata di Sla non riesce ad ottenere le prestazioni domiciliari a cui ha diritto nonostante la gravità delle

**Non autosufficienza - non ci sono Regioni «modello»**

Editore: Unione per la promozione sociale OdV

Impaginazione: Luca Collignan

Stampa: Pixartprinting Spa

1° edizione, maggio 2026

ISBN: 979-12-985272-8-7

---

proprie condizioni di salute: le previsioni normative vengono disattese da tutte le Istituzioni competenti.

**18**

**EMILIA-ROMAGNA** – Un'anziana malata cronica non autosufficiente con demenza grave viene lasciata per tre anni a totale carico del figlio, disoccupato e malato a sua volta, prima di ottenere l'autorizzazione all'ingresso in una Casa residenza anziani (Cra) in convenzione con il Servizio sanitario.

**22**

**LAZIO** – L'Asl nega la continuità delle cure ad una persona affetta da patologia psichiatrica: i familiari si oppongono alla dimissione ospedaliera e ottengono l'autorizzazione al ricovero in struttura residenziale socio-sanitaria. La legge c'è e funziona se l'istituzione la rispetta.

**24**

**LIGURIA** – La Casa di cura vuole procedere alle dimissioni di una persona con grave disabilità intellettiva, nonostante il suo stato semi-vegetativo a seguito di un ictus. Con l'opposizione

La **Fondazione promozione sociale** è un Ente del Terzo Settore che ha sede a Torino, ma opera in tutta Italia, in collaborazione con il Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base - Csa, operativo dagli anni Settanta del secolo scorso, e con altre associazioni. Lavora per la **promozione** e la **difesa dei diritti** di coloro che non possono difendersi da sé – i più deboli della società: le persone con disabilità, i malati cronici **non autosufficienti**. La Fondazione non riceve sovvenzioni dalle istituzioni e non gestisce servizi per loro conto. Questa scelta, tratta in obbligo statutario, garantisce la sua **totale indipendenza**, necessaria per rivendicare i **diritti negati** dalle istituzioni – le cure sanitarie, per esempio – agli utenti che ne hanno diritto, ma sono vittime di ingiustizia istituzionale.

 **Torino, via Artisti 36**

 **011.8124469**

 **info@fondazionepromozionesociale.it**

---

## SOMMARIO

---

alle dimissioni ottiene la continuità delle cure fino al ricovero in convenzione in una struttura residenziale.

**27**

**LOMBARDIA** – Di fronte alla richiesta di ricovero in convenzione in Rsa in favore di una persona anziana malata cronica non autosufficiente, non solo l'Ats fornisce informazioni nebulose e porta il familiare ad accettare un ricovero privato, ma il Comune nega l'integrazione della retta alberghiera, con sprezzo del diritto dell'utente e delle norme nazionali vigenti.

**30**

**PIEMONTE** – La nuora di un anziano malato cronico non autosufficiente segue volontariamente per anni il malato nella gestione della vita quotidiana e delle cure, nonostante la mancanza di rapporti affettivi ed economici tra il malato e il figlio. Nel momento però in cui la stessa richiede di essere confermata nel ruolo di Amministratore di sostegno del malato, il Giudice tutelare preferisce nominare un Avvocato esterno al nucleo familiare.

**34**

**PIEMONTE** – L'Asl attiva un ricovero temporaneo in Rsa per una persona anziana malata non autosufficiente. Il figlio richiede la continuazione del ricovero e si impegna al pagamento della quota alberghiera di degenza della Rsa, richiedendo l'intervento dell'Asl per coprire la parte sanitaria, ma la Rsa minaccia di ricorrere per vie legali: il figlio è costretto a vendere l'abitazione della madre per evitare l'ingiunzione di pagamento.

**36**

**SARDEGNA** – Una ragazza con disabilità intellettiva associata ad autismo e malattia psichiatrica è inserita in una struttura residenziale da parte dell'Asl. Nonostante il Centro di salute mentale (Csm) riconosca l'aggravamento delle condizioni di salute

---

della ragazza e la necessità di trasferimento in struttura idonea a gestirla, scarica ogni onere sulla famiglia, spingendola a provvedere privatamente

**38**

**SICILIA** – La figlia di un'anziana malata cronica non autosufficiente richiede all'Asp di autorizzare il trasferimento della madre in Rsa in convenzione, ma l'Asp dimette al domicilio e chiama i carabinieri a rinforzo.

**42**

**TOSCANA** – l'Ausl riconosce un contributo mensile di 320 euro per un ricovero privato in Rsa, ma nega l'ottenimento della convenzione, nonostante la malata non autosufficiente sia in lista d'attesa da diversi anni. I familiari sono costretti a riportare la persona al domicilio.

**44**

**VENETO** – I familiari di una persona anziana malata cronica non autosufficiente ottengono in tempi brevi l'autorizzazione all'ingresso in convenzione della madre in Rsa con l'invio dell'opposizione alle dimissioni ospedaliere.

**47**

CONCLUSIONI

---

## Introduzione

Continuano le dimissioni da ospedali e altre strutture di ricovero. Le norme vigenti garantiscono il diritto alla continuità delle cure fino alla convenzione in Rsa, ma le Regioni approvano norme che ritardano l'accesso alla prestazione Lea. I familiari, costretti a pagare rette private da capogiro, esauriscono in fretta i risparmi e devono vendere la casa. I Giudici tutelari, i Servizi sociali e i Carabinieri non sempre agiscono a tutela del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati non autosufficienti.

Il presente documento nasce dall'esigenza di portare a conoscenza delle Istituzioni, degli Enti gestori privati, delle Associazioni di categoria e dei cittadini interessati, la drammatica situazione che i nostri concittadini malati cronici non autosufficienti – di ogni età – e le loro famiglie si trovano a dover affrontare quotidianamente, nel momento in cui si rivolgono alle Istituzioni competenti per poter ottenere il rispetto delle prestazioni Lea (**i Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria**) previsti dalle norme vigenti.

Le prestazioni socio-sanitarie specifiche per i malati cronici non autosufficienti (in prevalenza anziani), comprese le persone con demenza o malattia di Alzheimer, **rientrano nell'ambito della Sanità**.

Le prestazioni socio-sanitarie Lea sono definite dalla legge 833/1978, dal decreto legislativo 502/1992 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 12 gennaio 2017, che approfondiamo in seguito.

---

Le ricordiamo in questa premessa in quanto le Regioni e le Province autonome hanno aggirato l'applicazione dei Lea, diritti esigibili costituzionalmente garantiti, approvando normative proprie che hanno lo scopo di ritardare l'erogazione della quota sanitaria (la convenzione) attraverso criteri illegittimi (ad esempio valutazione della situazione economica) e liste d'attesa non trasparenti.

Per una migliore comprensione del testo, occorre anzitutto fare una **breve premessa terminologica**.

Il decentramento delle competenze in ambito sanitario, attuato a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, ha trasferito la Sanità nelle materie cosiddette "concorrenti" tra Stato e Regioni: a fronte della determinazione dei principi uguali per tutti da parte dello Stato, le singole Regioni e Province autonome sono quindi chiamate a dare attuazione a tali principi, nell'autonomia che gli è concessa dalle norme vigenti.

Questa autonomia comporta – di fatto – la creazione di **ventuno servizi sanitari regionali differenti**, che trasferiscono le competenze sulla non autosufficienza al settore assistenziale per poter applicare i criteri restrittivi propri dei Comuni, negando il diritto soggettivo ed esigibile a prestazioni Lea proprie del Servizio sanitario. Inoltre, ciascuno ha la propria organizzazione e la propria terminologia per definire i servizi ed è così che, ad esempio, il termine "Rsa" (Residenza sanitaria assistenziale) in alcune Regioni può prendere il nome di "Cra" (Casa-residenza per anziani non autosufficienti) o "Rp" (Residenza protetta).

Allo stesso modo, quelle che alcune Regioni chiamano "Asl" (Aziende sanitarie locali), in altre vengono definite "Ats" (Agenzie di tutela della salute), "Ulss" (Unità locali socio-sanitarie) o "Asp" (Aziende sanitarie provinciali).

---

Termini diversi che, tuttavia, identificano il medesimo servizio.

Una confusione terminologica che non aiuta – anzi a volte complica ulteriormente – la situazione delle persone malate croniche non autosufficienti, che oltre agli ostacoli causati dalla loro condizione di salute, si trovano anche a doversi confrontare con la complicazione burocratica imbastita dalle singole Regioni allo scopo di negare o ritardare al massimo la convenzione a cui hanno diritto.

Ricordiamo che mediamente significa dover sborsare dai 3.500 ai 4.500 euro al mese per gli utenti, che in assenza della convenzione del Servizio sanitario non hanno neppure diritto a chiedere integrazioni economiche ai Comuni.

Nella redazione del presente testo, la scelta è stata quella di utilizzare i termini specifici adottati da ogni Regione.

---

## Le norme vigenti che garantiscono il diritto alla cura

Per poter capire il tema della negazione del diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dei malati cronici non autosufficienti è anzitutto necessario sapere chi è il malato non autosufficiente e quali sono le prestazioni a cui ha diritto in base alle norme vigenti.

### **a) Chi è il malato cronico non autosufficiente secondo l'OMCEO di Torino e le Società di geriatria**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, si è espresso in merito con il proprio documento del 6 luglio 2015, «*Gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*».

A loro volta, le Società di Geriatria del Piemonte, nel documento del 20 gennaio 2022 “La non autosufficienza è un problema di salute”, hanno precisato che «*si può affermare che un paziente, di qualsiasi età, in ragione della perdita di autonomia conseguente a determinate patologie, ad un certo punto del suo decorso sia dipendente da terzi, in tutto o in parte, per l'espletamento delle funzioni vitali quotidiane, altrettanto indifferibili per la sua salute. (...) In questo caso, oltre alle prestazioni assicurate dal personale sanitario, sono altrettanto indifferibili per la cura, tanto in ospedale quanto a domicilio, gli interventi di igiene personale, l'alimentazione compreso, se occorre, l'imbeccamento, le medicazioni semplici, la somministrazione di medicinali, la pulizia degli ambienti e delle attrezzature, nonché*

---

*la presenza attiva per le emergenze».*

*Perciò, «appare quindi superfluo ma doveroso ribadire che in ambito sanitario, non esiste alcuna differenza in termini di esigenze cliniche e di supporto alle funzioni vitali, in malati affetti da scompenso cardiaco o malattia oncologica o osteoarticolare siano essi adulti o anziani, così come non dovrebbe esistere alcuna differenza nelle esigenze e nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitarie di supporto alle funzioni vitali quotidiane tra il malato giovane affetto da una malattia neurodegenerativa cronica (demenza precoce, sclerosi multipla o SLA) ed il paziente anziano affetto da una forma di demenza o qualsivoglia altra patologia neurodegenerativa (Parkinson). Si tratta sempre di malattie croniche, per definizione "inguaribili", ma con necessità di cure sanitarie continuative nel tempo e, laddove necessario, coordinate con il settore sociale».*

La persona non autosufficiente – che si trova in tale condizione a causa di patologie o di loro esiti e/o di disabilità gravemente invalidanti – è un malato destinato senza alcuna eccezione a morire nel giro di pochi giorni, se non riceve le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli stessi infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui il paziente non sia in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Sono quindi malati inguaribili, ma sempre curabili.

## **b) Le prestazioni Lea a cui ha diritto se non guarisce**

In base all'articolo 2 della legge n. 833/1978, è il Servizio sanitario nazionale (e non i congiunti) il soggetto tenuto ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». La stessa legge, all'articolo 1 sancisce che

---

---

il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali «*senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario. Inoltre, il Dpcm 17 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea - Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, prevede e regola idonei percorsi di presa in carico dei malati cronici non autosufficienti (domiciliari, semiresidenziali e residenziali), per garantire cure di lungo termine.

In particolare, l'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017 stabilisce che: «*Nell'ambito dell'assistenza residenziale [qual è la Rsa, ndr], il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: (...) b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (...). I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera*».

L'articolo 23 della Costituzione stabilisce poi che «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*» e il Parlamento con la legge n. 833/1978 ha posto in capo al Servizio sanitario nazionale l'obbligo di corrispondere le prestazioni sanitarie, così come declinate dai successivi provvedimenti (d.lgs. 502/1992 e Dpcm 12 gennaio 2017), quale il ricovero residenziale convenzionato se, come nel caso in esame, non vi sono le condizioni per garantire la tutela della salute al domicilio. Inoltre, si rammenta che è stata abrogata la legge n. 1580/1931 (recante "Nuove norme per la rivalsa delle spese di ospedalità e manicomiali"), che al tempo imponeva l'obbligo del rimborso delle spese ospedaliere ai familiari.

**c) È illegittimo considerare la situazione economica per l'accesso**

---

---

## ai Lea

Secondo quanto previsto dall'articolo 21 del Dpcm 12 gennaio 2017, la Commissione di valutazione (Uvm) non deve considerare la componente economica per l'accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Lea (cure domiciliari, centri diurni, Rsa).

L'articolo 21 del Dpcm 12 gennaio 2017 prevede infatti quanto segue:

«(...) 2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. (...).

3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato. (...)».

Il Consiglio di Stato, nella sentenza n. 1858/2019, ha rilevato che non può essere «condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari».

In conclusione, la valutazione è quindi finalizzata a individuare qual è il setting di cura più appropriato in base alle esigenze del malato non auto-sufficiente e nulla deve essere richiesto sulla situazione economica (Isee) dello stesso e tantomeno del suo nucleo familiare. L'accesso alla prestazione Lea deve essere garantito ai sensi dell'articolo 1 della legge 833/1978, prima richiamato, perché l'ambito è quello sanitario.

---

---

#### **d) La sentenza della Corte costituzionale n. 62/2020 ribadisce l'obbligo per lo Stato di finanziare i Lea**

Con la sentenza n. 62/2020, esprimendo un principio che verrà richiamato anche nella successiva sentenza n. 157/2020, la Corte costituzionale ha chiarito che «*una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*» (sentenza n. 275 del 2016)» con la precisazione che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa*».

Inoltre, la Corte costituzionale ha sottolineato che «*è evidente che se un programmato, corretto e aggiornato finanziamento costituisce condizione necessaria per il rispetto dei citati parametri costituzionali, la piena realizzazione dei doveri di solidarietà e di tutela della dignità umana deve essere assicurata attraverso la qualità e l'ideffettibilità del servizio, ogniqualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute. È in quanto riferito alla persona che questo diritto deve essere garantito, sia individualmente, sia nell'ambito della collettività di riferimento. Infatti, il servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale è, in alcuni casi, l'unico strumento utilizzabile per assicurare il fondamentale diritto alla salute*».

#### **e) Il diritto alla prestazione Lea deve essere salvaguardato, in**

---

---

### **quanto nucleo essenziale del diritto alla salute**

Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 1/2020, ha precisato che il diritto alla salute è «*un diritto soggettivo pieno ed incondizionato*», e ha evidenziato che «*l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazione delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)*» e che, pertanto, «*l'Ente pubblico dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie*».

---

## **Il problema della mancanza di tutela di fronte alle istituzioni inadempienti**

Come abbiamo sopra esposto, le norme vigenti prevedono e garantiscono il diritto soggettivo del malato non autosufficiente all'ottenimento delle prestazioni Lea di cui necessita, prevedendo gli strumenti che i singoli Enti (le Asl) devono attivare per verificare la condizione di non autosufficienza e per provvedere a garantire la prestazione richiesta dall'utente.

Non è raro, tuttavia, che tali strumenti diventino causa di ritardi o negazioni del diritto. Come vedremo più avanti con alcuni esempi di casi seguiti dalla Fondazione, le Istituzioni non sempre applicano correttamente le norme vigenti, con il risultato di ledere – anziché garantire – il diritto alle cure dei malati non autosufficienti.

In alcuni casi, sono le stesse Istituzioni a stravolgere le norme, rivoltandole contro l'utente e i suoi familiari: basti pensare alle situazioni in cui le strutture di ricovero, anche pubbliche, si rivolgono ai Carabinieri per “convincere” i familiari ad accettare la dimissione di un malato non autosufficiente, oppure, ancora peggio, segnalano i familiari alla Procura della Repubblica competente per «abbandono di persona incapace».

A fronte di situazioni di negazione del diritto, il malato e i suoi familiari vengono quindi messi di fronte alla prospettiva di dover provvedere privatamente alla sistemazione del malato in Rsa oppure all'assunzione – non di rado senza contratti regolari – di personale di assistenza al domicilio.

Se, invece, non intendono sottostare a queste storture normative, resta loro solo la possibilità di rivolgersi alla Magistratura, per vedersi riconosci-

---

uto un diritto – che ricordiamo essere costituzionalmente garantito, soggettivo ed esigibile – altrimenti negato.


Su questo punto, sarebbe auspicabile un intervento diretto della Magistratura in tutte quelle situazioni in cui venga ravvisata una negazione del diritto. Ai sensi dell'articolo 112 della Costituzione, «*Il pubblico ministero ha l'obbligo di esercitare l'azione penale*»: ciò significa che la Magistratura, laddove ravvisi una violazione penalmente rilevante, debba attivarsi obbligatoriamente per porre fine alla violazione. Quasi mai, invece, l'azione penale viene attivata nei casi di abbandono dei malati non autosufficienti, di minacce ai familiari che si oppongono alla dimissione o simili fatti.

Fatte queste dovute premesse, necessarie per aver ben chiaro il quadro normativo nazionale attualmente vigente, riportiamo di seguito alcuni esempi delle situazioni più significative che la Fondazione promozione sociale Ets ha seguito negli ultimi anni, divisi per Regione di provenienza.

Non sempre l'azione della Fondazione è stata risolutiva, anche a causa dell'inerzia delle Istituzioni competenti o della concretizzazione delle strutture del sistema sopra citate, ma in ogni caso è sempre stata attivata la tutela del malato non autosufficiente, premessa necessaria anche per poter attivare eventuali successive azioni legali.

---

## **Esempi pratici di negazione del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie dei malati non autosufficienti seguite dalla Fondazione Promozione Sociale**

 **CAMPANIA – Una malata di Sla non riesce ad ottenere le prestazioni domiciliari a cui ha diritto nonostante la gravità delle proprie condizioni di salute: le previsioni normative vengono disattese da tutte le Istituzioni competenti**

Veniamo a conoscenza della situazione di Paola attraverso la sorella. Paola ha cinquant'anni, abita in provincia di Salerno e da oltre venti anni è affetta da Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), malattia che ormai da diversi anni la costringe a letto: una condizione di totale non autosufficienza, da sempre affrontata grazie all'aiuto volontario dei familiari della donna.

La giornata tipo di Paola e dei suoi familiari è scandita con orari precisi e tutto, nelle 24 ore, ruota attorno alle cure di cui Paola necessita: dall'igiene mattutina, alla movimentazione durante il giorno, la somministrazione dei pasti, l'assunzione dei farmaci e la vigilanza sempre attiva e costante per poter far fronte ad ogni evenienza che possa manifestarsi.

Tutti questi interventi, *«assommano ad un totale di circa 4mila euro mensili di spesa affrontata dalla malata e dalla famiglia»*. Si tratta chiaramente di un impegno economico molto impattante sulle finanze familiari.

L'Asl di Salerno ha attivato un progetto di presa in carico domiciliare per Paola, nello specifico quattro ore di Oss per quattro giorni la settimana, ma le ore non sono sufficienti e anche il contributo economico del Comune, a cui ha diritto la malata, non viene erogato con regolarità. È sempre un problema di carenza di risorse.

Per questo, all'ennesimo ritardo, nel mese di agosto 2024 la sorella si rivolge

---

---

alla Fondazione promozione sociale e chiede aiuto per intervenire presso le Istituzioni competenti per ottenere la modifica del Piano di cura della malata. Chiede «*il potenziamento di quanto già presente nella presa in carico della malata*», in particolare con l'aumento delle ore degli operatori, una copertura per le ore notturne e l'erogazione di un contributo economico congruo rispetto alle esigenze del caso, con «*la tempestiva ripresa dell'assegno assistenziale di cui è destinataria (...) che risulta interrotto dal mese di aprile, recando gravissimo danno alle possibilità della famiglia di fare fronte ai costi dell'assistenza domiciliare per la malata*».

A seguito del sollecito, l'Asl di Salerno provvede ad aggiornare la valutazione multidimensionale che, tuttavia, conferma il progetto già in atto: 16 ore settimanali spalmate su quattro giorni. Da parte del Comune, nessun riscontro.

La sorella di Paola, con l'aiuto della Fondazione promozione sociale, invia una Pec agli Enti competenti e contesta la decisione, insistendo per ottenere una revisione del progetto.

Data l'inerzia dell'Asl, interviene anche il Difensore civico regionale, per sollecitare una risposta: i familiari vengono finalmente convocati dall'Asl per discutere della predisposizione di un nuovo piano terapeutico.

La nuova valutazione viene elaborata a febbraio 2025, confermando le stesse ore di Oss già previste, ma con l'impegno dell'Asl «*per sollecitare l'implementazione del Pai*» per Paola.

Parallelamente, i familiari sollecitano l'erogazione dell'assegno di cura da parte del Comune di residenza, che tuttavia continua a contribuire in modo discontinuo e non sempre secondo l'impegno preso.

I problemi non si risolvono però facilmente: se da un lato, infatti, il Comune cerca di rimettersi in regola con l'erogazione del contributo economico, dall'altra i familiari rilevano che delle 16 ore settimanali di Oss previste dal piano terapeutico, in realtà ne vengono erogate di meno.

Segnalato nuovamente il problema agli Enti competenti, nel mese di luglio

---

---


2025 l'Asl provvede ad una nuova rivalutazione della situazione: le ore di Oss vengono questa volta aumentate da 16 a 20, oltre al passaggio giornaliero di un infermiere per un'ora, un accesso mensile dell'anestesista, un accesso del cardiologo ogni 60 giorni, accesso del neurologo secondo necessità segnalate dal medico di base, un accesso trimestrale del nutrizionista e quattro accessi mensili di uno psicologo.

La situazione, che sulla carta sembrerebbe aver trovato un miglioramento, nei fatti resta purtroppo la stessa: i familiari dapprima notano che l'impegno orario assunto dall'Asl non viene sempre rispettato e che anche i versamenti del contributo da parte del Comune ritornano presto a subire ritardi e riduzioni, mai comunicate e tanto meno concordate.

Non resta loro che rivolgersi ad un legale, per valutare come poter tutelare il diritto alle cure di Paola.

Tenuto conto dell'avvicinarsi delle elezioni per il rinnovo del Consiglio regionale, la sorella di Paola tenta anche la carta del Presidente della Repubblica e invia una lettera aperta a Mattarella.

Al momento della stesura del presente testo, la situazione è ancora in evoluzione.



### **EMILIA-ROMAGNA – Un'anziana malata cronica non autosufficiente con demenza grave viene lasciata per tre anni a totale carico del figlio, disoccupato e malato a sua volta, prima di ottenere l'autorizzazione all'ingresso in una Casa residenza anziani (Cra) in convenzione con il Servizio sanitario**

La mamma del signor Mario è una persona anziana malata cronica non autosufficiente, affetta da demenza grave, che risiede nella provincia di Reggio Emilia.

Mario segue la madre da diverso tempo a casa, senza alcun aiuto e, per poter gestire la situazione e garantire le cure di cui necessita 24 ore su 24

---

---

tutti i giorni dell'anno, ha dovuto anche smettere di lavorare. La demenza della madre continua però a peggiorare e Mario, nell'autunno del 2022, decide allora di rivolgersi all'Ausl di Reggio Emilia per ottenere l'autorizzazione all'inserimento in convenzione in una struttura residenziale socio-sanitaria (Cra).

La valutazione che riceve da parte dell'Uvm (l'Unità valutativa multidimensionale), riconosce subito la gravità delle condizioni della malata: l'Uvm dell'Ausl di Reggio Emilia dichiara infatti che la paziente è «*non autosufficiente*», ravvisando la necessità di un «*Inserimento in lista d'attesa per Casa residenza anziani (posto definitivo)*».

Nonostante tale riconoscimento, al figlio viene comunicato che non è possibile sapere entro quando verrà autorizzato l'ingresso in struttura convenzionata e che, fino ad allora, sarà lui a dover provvedere alla madre non autosufficiente: o tramite un ricovero in forma privata, oppure al domicilio, eventualmente assumendo una badante.

La situazione della madre oltretutto peggiora molto rapidamente, al punto che il signor Mario è costretto a ricorrere al pronto soccorso dell'Ospedale di riferimento.

Dopo un breve periodo di ricovero ospedaliero, la madre viene trasferita in una Casa di cura di Parma, per un periodo di continuità delle cure. È in questo momento che Mario prende contatto con la Fondazione promozione sociale: viene informato del diritto soggettivo della madre malata cronica non autosufficiente ad ottenere la continuità delle cure prevista dalle norme vigenti e decide di presentare la lettera di opposizione alle dimissioni, con cui richiede all'Ausl di Reggio Emilia la continuità delle cure delle cure prevista dalle norme vigenti, in attesa di poter ottenere l'autorizzazione al ricovero in Cra in convenzione con il Servizio sanitario.

La risposta dell'Ausl non è però quella sperata: l'Ente - tramite il proprio ufficio legale - insinua infatti che l'opposizione alle dimissioni presentata dal figlio configurerebbe addirittura un illecito penale e, più in particolare,

---

---

un'ipotesi di abbandono di persona incapace.

Si rende pertanto necessario un intervento della Fondazione promozione sociale, che precisa quanto segue: «(...) in merito all'affermazione dell'Avv. \*\*\* dell'Ausl di Reggio Emilia secondo cui, con l'opposizione alle dimissioni della paziente anziana malata cronica non autosufficiente, si configurerebbe il reato di cui all'articolo 591 c.p. "Abbandono di persone minori o incapaci", si ricorda che, stante la piena titolarità dell'obbligo della presa in carico del malato non autosufficiente da parte del Servizio sanitario e poiché non vi sono leggi che obbligano il familiare ad assumere oneri che la legge pone in capo al Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978 ed articolo 23 Costituzione), resta confermato che è il Servizio sanitario a dover garantire il percorso di continuità della presa in carico del paziente una volta concluso il periodo di ricovero nella struttura attuale. Tale richiesta è stata formalizzata dal Sig. \*\*\* con la propria opposizione alle dimissioni e, pertanto, dal momento che il Sig. \*\*\* si è attivato rivolgendosi all'unico soggetto obbligato per legge a garantire la prosecuzione delle cure (l'Ausl di residenza della paziente) non può configurarsi l'ipotesi di reato ventilata dalla stessa Ausl». Parallelamente, il signor Mario si rivolge ad un medico legale di fiducia, per avere un consulto sulla situazione della madre non autosufficiente. Il referto rilasciato dal medico legale conferma che «La complessità del quadro neurologico, cognitivo e psichiatrico accompagnata dalla incapacità alla deambulazione rende la donna bisognosa di assistenza continuativa che (...) dovrebbe essere fornita in idonea struttura residenziale dotata di personale infermieristico. La gestione domiciliare, se pur, con l'ausilio di badante 24h su 24h, potrebbe risultare allo stato attuale insufficiente. In conclusione, in considerazione del severo deterioramento cognitivo con disorientamento spazio temporale, dell'impossibilità ad esprimere i propri bisogni e necessità di assistenza totale nelle attività della vita quotidiana nonché del precario stato deambulatorio, possibile solo con utilizzo di carrozzina per l'elevato rischio di cadute, le prestazioni sanitarie e socio-sani-

---

---

*tarie, all'interno di una struttura residenziale, risultano allo stato attuale indifferibili».*

Nonostante ciò, l'Ausl conferma la propria intenzione di dimettere la degente e il figlio, timoroso delle possibili ritorsioni da parte dell'Ente, decide di accettare il rientro domiciliare della madre non autosufficiente, assumendosi in proprio tutti gli oneri di cura derivanti.

Nel corso degli anni, a partire dal settembre 2022, nel 2023, nel 2024 e fino a ottobre 2025, il signor Mario reitera più volte la richiesta di presa in carico da parte dell'Ausl di Reggio Emilia, ma ogni volta la risposta che riceve si limita a confermare l'inserimento in lista d'attesa, senza mai poter avere una tempistica certa per la presa in carico in Cra in convenzione.

La situazione porta il signor Mario a valutare anche di ricorrere ad un ricovero in forma privata, ma in una Regione del Sud Italia, a quasi ottocento chilometri di distanza da casa, dove la retta di degenza sarebbe per loro più sostenibile economicamente. Allo stesso tempo si rivolge anche ad altri medici legali, che confermano sempre la gravità delle condizioni di salute della madre non autosufficiente, motivo per cui il signor Mario si sente sempre più inadeguato a far fronte alle sue esigenze, stante anche il declino della propria salute personale.

La questione si sbloccherà definitivamente solo nell'ottobre del 2025, a tre anni dalle prime richieste di intervento nei confronti dell'Ausl, quanto finalmente viene autorizzato l'ingresso in convenzione in Cra per la madre del signor Mario.

Così ci scrive il figlio a conclusione della vicenda: *«è da Settembre 2022 che la Sig.ra \*\*\* è in graduatoria, ed è stata al 45° posto fino ad Aprile 2025. Dopodiché, a seguito dell'aggravarsi delle mie condizioni di salute certificate da visite medico-legali, la Sig.ra ha raggiunto il primo posto della graduatoria a Maggio 2025. Ad ora è stata 5 mesi fra il 1°, 2° e 3° posto fino alla scorsa settimana, in cui mi è stato comunicato il posto accreditato dal 31 Ottobre 2025. (...) Per quanto riguarda il lato finanziario, sono stato tutore*

---

---

*legale e fra interventi temporanei RSA, infermieri a domicilio, servizi vari ho speso intorno ai 40.000€ e probabilmente di più, a cui vanno aggiunti altri 10.000€ spesi personalmente fra spese mediche, legali, pannoloni, spostamenti ecc.».*

Una situazione che non solo ha comportato per il figlio un esborso economico importante e l'impossibilità di ricercare un impiego lavorativo, oltre che l'assunzione di responsabilità di cura che a lui non competevano e per le quali non era minimamente preparato, ma ha comportato anche un rischio enorme per la salute della malata non autosufficiente, a cui è stato negato per tre anni un diritto che le norme vigenti configurano quale fondamentale ed immediatamente esigibile.

**LAZIO – L'Asl nega la continuità delle cure ad una persona affetta da patologia psichiatrica: i familiari si oppongono alla dimissione ospedaliera e ottengono l'autorizzazione al ricovero in struttura residenziale socio-sanitaria. La legge c'è e funziona se l'istituzione la rispetta.**

Nel mese di febbraio 2023 il signor Marco, da Roma, contatta la Fondazione promozione sociale per chiedere aiuto: la sua ex moglie è una persona non autosufficiente affetta da patologia psichiatrica che, a seguito di una crisi, è stata ricoverata – per l'ennesima volta – presso un ospedale della capitale. L'ospedale, risolto l'evento acuto, ha subito comunicato, come di consueto, a Marco ed alla figlia che a breve la malata sarebbe stata dimessa a domicilio: spetterà ai familiari trovare una soluzione.

Informati dalla Fondazione, i familiari scoprono che esiste la possibilità di opporsi alle dimissioni e richiedere la prosecuzione delle cure, come garantito dalle norme vigenti, fino all'inserimento della paziente affetta da patologia psichiatrica in una idonea struttura residenziale socio-sanitaria.

La figlia presenta quindi opposizione alle dimissioni, preparata con l'aiuto

---

---

della Fondazione, inviando una lettera raccomandata A/R alle Istituzioni competenti con cui conferma la propria impossibilità ad accettare la dimissione della madre malata psichiatrica, chiedendo la prosecuzione delle cure in struttura residenziale idonea per le condizioni di salute della madre, sulla base delle norme vigenti.

In particolare, con la lettera di opposizione alle dimissioni la figlia chiede all'Asl di disporre *«i necessari interventi occorrenti per garantire la continuità terapeutica al proprio congiunto e per assicurargli il massimo possibile di autonomia, ai sensi della normativa sopra richiamata, nonché la predisposizione di un percorso residenziale definitivo con un progetto individualizzato delle cure sanitarie e sociosanitarie»*.

A seguito dell'invio della lettera di opposizione alle dimissioni, interviene prontamente il Difensore civico regionale, sollecitando l'intervento dell'Asl competente per la presa in carico della malata, *«considerata la rilevanza e l'urgenza del caso»*.

Dopo circa un mese dall'invio dell'opposizione alle dimissioni, periodo di tempo in cui la malata ha proseguito la degenza e le cure presso lo stesso ospedale, l'Asl di residenza comunica ai familiari di aver autorizzato il ricovero temporaneo della malata per tre mesi presso una Rsa, in attesa di poter giungere ad una sistemazione definitiva.

La degente viene quindi trasferita, a cura e spese dell'Asl, presso la Rsa comunicata ai familiari che, nel frattempo, si attivano per richiedere la valutazione multidimensionale, necessaria per l'ottenimento dell'autorizzazione al ricovero definitivo in convenzione, nonché per l'aiuto economico da parte del Comune di residenza ad integrazione della retta alberghiera.

Contemporaneamente, la figlia presenta richiesta di nomina quale Amministratore di sostegno al Giudice tutelare del Tribunale di Roma: una richiesta che è sempre opportuno attivare nei casi in cui la persona malata non sia più lucida, ossia non più in grado di programmare autonomamente il proprio presente ed il proprio futuro.


---

---

Trascorsi i tre mesi di ricovero nella struttura intermedia, l'Asl di residenza della malata autorizza il ricovero definitivo della malata, comunicando ai familiari il «nulla osta per ricovero in Rsa», presso una struttura scelta dai familiari a loro più comoda e la stessa Asl provvede al trasferimento della malata.

Nel mentre la degente ottiene anche il riconoscimento dell'integrazione della retta alberghiera da parte del Comune di residenza, nonché l'indennità di accompagnamento da parte dell'Inps, restando così a suo carico solo una piccola parte della retta alberghiera, che riesce a coprire con la pensione che percepisce.

Con l'invio dell'opposizione alle dimissioni, i familiari sono quindi riusciti a tutelare il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie della malata e a garantirle la presa in carico da parte dei competenti Servizi sanitari e sociali, con l'inserimento in una struttura residenziale socio-sanitaria adatta alle sue condizioni di salute e senza dover ricorrere a ricoveri privati o all'assunzione in proprio di responsabilità che sono e restano proprie del Servizio sanitario nazionale.

 **LIGURIA – La Casa di cura vuole procedere alle dimissioni di una persona con grave disabilità intellettiva, nonostante il suo stato semi-vegetativo a seguito di un ictus. Con l'opposizione alle dimissioni ottiene la continuità delle cure fino al ricovero in convenzione in una struttura residenziale**

Giulia, 54 anni, è una persona affetta da una grave forma di disabilità intellettiva e risiede in provincia di Savona. Questo è il racconto di come lei e suo fratello, con l'aiuto della Fondazione, hanno ottenuto il ricovero in convenzione con l'Asl per Giulia, grazie alle norme vigenti, nonostante le pressioni esercitate dalla Casa di cura, che insisteva per dimetterla allo scadere dei 30 giorni di riabilitazione post ospedaliera.

---

Giulia, prima del ricovero, viveva a casa seguita dal fratello «dal 2008». Il fratello si è fatto carico volontariamente della gestione della sorella, quando i genitori non ne sono più stati in grado, e cioè dal 2010, usufruendo dell'aiuto di una assistenza privata per alcune ore al giorno. Per poterlo fare, ha rinunciato al lavoro a Genova ed ha scelto il telelavoro tre giorni a settimana e il part-time per i giorni restanti. Una scelta decisamente limitante dal punto di vista economico e della carriera, ma che ha garantito una migliore risposta alle esigenze di Giulia, grazie alla sua presenza più costante e piena.

Il fratello si era subito attivato per richiedere all'Asl di Savona la frequenza di un centro diurno per almeno due giorni alla settimana. Il centro era noto a Giulia, che lo aveva frequentato sporadicamente per alcune settimane di ricovero temporaneo quando i genitori, anziani, avevano avuto problemi. Tuttavia, il servizio diurno è durato solo un paio di mesi, per poi venire interrotto, senza preavviso, dalla struttura stessa.

Anche un successivo tentativo di inserirla in un centro diurno fallisce. L'Asl continua a rifiutare l'inserimento in convenzione in struttura residenziale e la spesa della retta piena non è sostenibile per il fratello, che in conseguenza decide di continuare a seguire Giulia al domicilio con l'aiuto part time di un assistente familiare. Ma come vedremo tutto questo non conterà nulla per l'Asl di Savona, quando, nel mese di marzo 2024, Giulia viene ricoverata d'urgenza presso l'Ospedale di Savona a causa di un'emorragia cerebrale. Il fratello prende immediatamente contatto con i competenti Servizi sanitari e sociali per presentare la domanda di inserimento in idonea struttura residenziale per persone con disabilità non autosufficienti.

È in questo momento che prende contatto con la Fondazione promozione sociale, per conoscere a quali prestazioni ha diritto Giulia e come poterle richiedere. Viene così informato della possibilità di opporsi alle dimissioni nel caso in cui venisse prospettata una dimissione con la negazione del diritto alla continuità delle cure prevista dalla legge che nel caso specifico

---

---

avrebbe dovuto prevedere ancora la riabilitazione.

Infatti, superata la fase acuta, nel successivo mese di aprile 2024, Giulia viene correttamente trasferita presso il reparto di riabilitazione. Tuttavia, già il primo giorno i medici informano il fratello che la degenza avrebbe avuto durata breve, sollecitando pertanto di attivarsi immediatamente per la ricerca di una struttura privata di ricovero a pagamento: circa 4mila euro al mese, somma assolutamente fuori dalle disponibilità di Giulia e del fratello. Sono poi cominciate continue pressioni per sollecitare la dimissione, nonostante le gravissime condizioni cliniche della sorella, in quel momento con tracheostomia e PEG, l'impossibilità ad accettare un trasferimento in forma privata presso altra struttura o ad assumersi personalmente responsabilità di cura proprie del Servizio sanitario con rientro a casa senza nessun aiuto dell'Asl. Il fratello, incredulo per quanto proposto dalla struttura sanitaria, decide alla fine di seguire le indicazioni della Fondazione promozione sociale: presenta quindi a mezzo Pec l'opposizione alle dimissioni, con la quale richiede *«il trasferimento in struttura residenziale socio-sanitaria riabilitativa di recupero e mantenimento funzionale, con garanzia di continuità assistenziale, a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera»*, come previsto dall'articolo 34 del Dpcm 12 gennaio 2017.

Anche il Difensore civico regionale, tra i destinatari della Pec di opposizione, si interessa alla situazione e invita l'Asl *«a fornire una risposta che tenga adeguatamente conto delle esigenze terapeutiche ed assistenziali della paziente»*.

È un intervento importante, perché dà forza alla legge e all'azione attivata dal fratello su suggerimento della Fondazione.

Nei primi giorni di agosto 2024, dopo altre Pec di conferma della richiesta di continuità delle cure e dopo aver ottenuto la nomina come Amministratore di sostegno della malata, passaggio fondamentale per poterla rappresentare, il fratello riceve la comunicazione dell'Asl di Savona dell'autoriz-

---

---

zazione al trasferimento in convenzione di Giulia, che verrà inserita in una struttura residenziale socio-sanitaria per persone con disabilità non autosufficienti individuata tra quelle idonee dal fratello, in quanto suo Amministratore di sostegno.

Come stabilito nei Lea (Dpcm 12 gennaio 2017, articolo 34) la retta di ricovero è stata sostenuta dall'Asl nella misura del 70%. Per la parte non coperta dalle risorse della degente, in base ai Lea, deve integrare il Comune di residenza singolo o associato (art. 34, dpcm 12 gennaio 2017 e lsee, Dpcm 159/2013).

**LOMBARDIA – Di fronte alla richiesta di ricovero in convenzione in Rsa in favore di una persona anziana malata cronica non autosufficiente, non solo l'Ats fornisce informazioni nebulose e porta il familiare ad accettare un ricovero privato, ma il Comune nega l'integrazione della retta alberghiera, con sprezzo del diritto dell'utente e delle norme nazionali vigenti**

La mamma della signora Silvana, della provincia di Varese, è una persona anziana con più patologie croniche e non più autosufficiente, nonché affetta da demenza. Si trova ricoverata in una struttura di cure intermedie a seguito dell'ultimo ricovero ospedaliero.

La figlia, preso atto dell'impossibilità del rientro domiciliare a causa del peggioramento delle condizioni di salute della madre, si attiva per richiedere il ricovero della malata in una Rsa del territorio. Contemporaneamente chiede e ottiene dal Giudice tutelare del Tribunale competente la nomina come Amministratore di sostegno della madre.

A causa delle pressioni ricevute dalla struttura di cure intermedie per il rientro domiciliare che non è praticabile, la figlia presenta opposizione alle dimissioni per chiedere che l'Ats garantisca alla madre la continuità delle cure prevista dalle norme vigenti, in attesa di poter arrivare al trasferimento

---

---

in Rsa richiesto dalla famiglia.

L'Ats si attiva correttamente e, oltre a garantire la prosecuzione del ricovero nella struttura di cure intermedie, indica ai familiari la disponibilità di un posto letto presso una Rsa di Varese, segnalando quanto segue: *«A seguito delle verifiche effettuate, si conferma la disponibilità ad accogliere Sua madre, previa presentazione della domanda di inserimento, presso la Rsa accreditata \*\*\*, sita in Varese».*

La figlia accetta il ricovero nella struttura proposta e si attiva immediatamente per richiedere al Comune di residenza della madre l'integrazione della retta alberghiera, ai sensi delle norme Isee vigenti (Dpcm 159/2013 e s.m.i.), poiché la degente non avrebbe i mezzi economici sufficienti per poter far fronte alla retta alberghiera richiesta (90€ al giorno!).

Il Comune non fornisce però la risposta sperata: dapprima gli assistenti sociali lamentano che il costo della struttura individuata dall'Ats sarebbe troppo alto, chiedendo quindi alla figlia di inserire la madre in lista d'attesa per il ricovero nella Rsa del paese, la cui retta è più economica. La figlia provvede come richiesto dal Comune, ma la Rsa è molto piccola e i posti limitati: l'attesa prevista prima di poter ottenere il posto letto è di diversi mesi! Quindi, pur continuando la ricerca di strutture più economiche come richiesto dal Comune, conferma la richiesta di integrazione della retta nella Rsa proposta dall'Ats, sulla base delle norme Isee nazionali.

Di fronte alle insistenze della figlia, il Comune fa sapere che, in ogni caso, nulla è dovuto da parte loro per il ricovero della degente, perché la presenza di due figlie comporta il loro obbligo a provvedere al pagamento della retta di degenza in Rsa, in quanto tenute agli "alimenti" in base alle previsioni del Codice civile.

La richiesta è ovviamente illegittima, poiché l'integrazione della retta è una prestazione Lea che il Comune è tenuto a garantire, applicando la normativa nazionale (dpcm 159/2013 e seguenti) in base alla quale è il solo ricoverato ad essere tenuto a versare la retta (non i familiari).

---

---

Visto lo stallo della situazione, la figlia richiede l'intervento del Difensore civico regionale, il quale conferma la correttezza della richiesta della figlia e sottolinea come le previsioni contenute nel regolamento comunale siano «illegittime», in quanto non conformi alle norme sull'Isee che regolano la materia.

Il Comune resta però impassibile e, con sprezzo del diritto, informa la figlia che l'intervento del Difensore civico non è corretto e che pertanto il Comune intende applicare le regole proprie, anche se difformi dalle previsioni Isee nazionali.

Tenuto conto che la questione è ferma ormai da tre mesi, interviene la Fondazione a sostegno delle richieste della figlia e, rivolgendosi al Difensore civico, chiede la nomina di un Commissario ad acta, come previsto dal Testo Unico sugli Enti locali, per adeguare il regolamento comunale alle previsioni Isee nazionali. Purtroppo, il Difensore civico informa la Fondazione di non poter intervenire in tal senso, poiché la nomina di un Commissario è possibile solo se la norma violata dall'Ente locale prevede una sanzione in caso di sfioramento dei termini previsti dalla norma nazionale, cosa non prevista dal Dpcm 159/2013.

La figlia decide in ogni caso di procedere con l'inserimento della madre nel posto letto proposto dall'Ats, reiterando la richiesta di integrazione al Comune in base alle norme Isee nazionali. A questo punto, suo malgrado, si vede costretta a prendere contatto con un legale per valutare eventuali azioni nei confronti del Comune.

È qui però che, una volta effettuato il trasferimento in Rsa, le viene fatto notare durante un colloquio con il Direttore sanitario della Rsa che quello proposto dall'Ats non è un ricovero convenzionato con il Servizio sanitario, ma un ricovero privato in una struttura accreditata con l'Ats, che non riceve però ancora il contributo regionale per la copertura della quota sanitaria di ricovero, in quanto ha presentato la richiesta ma non è stata ancora accolta. Sul punto siamo intervenuti anche come Fondazione promozione sociale,

---


---

facendo notare alla Direzione generale dell'Ats che l'informazione non completa data alla figlia, oltre che un impatto economico non indifferente, ha comportato anzitutto un danno al diritto alle cure della malata non autosufficiente, poiché la richiesta di continuità delle cure presentata dalla figlia con l'opposizione alle dimissioni *«non era peraltro motivata da una ragione meramente economica, tenuto conto che le norme adottate dalla Regione Lombardia prevedono che la quota sanitaria delle Ats per i ricoveri convenzionati venga corrisposta direttamente alla Rsa, senza andare ad incidere sulla quota alberghiera a carico dell'utente/Comune, ma bensì dalle garanzie date da un ricovero convenzionato, soggetto a determinati livelli di standard delle prestazioni garantite all'utente ricoverato»*.

In sintesi, abbiamo osservato che *«l'Ats sembrerebbe invece aver agito per portare la figlia e Amministratrice di sostegno della malata ad accettare un ricovero in forma totalmente privata, senza fare menzione della mancata erogazione della quota sanitaria prevista dall'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017»*.

Nonostante ciò, l'Ats si è limitata a confermare la correttezza del proprio operato, senza riconoscere in alcun modo le lacune delle informazioni fornite.

In conclusione, non solo la figlia si ritrova a dover ricorrere alla via giudiziaria per vedere riconosciuta l'applicazione delle norme lsee nazionali da parte del Comune di residenza della madre per via dell'illegittimità – apertamente riconosciuta – del regolamento interno comunale, ma deve pure gestire in forma totalmente privata il ricovero della madre in Rsa, stante la mancata informazione trasparente da parte dell'Ats.

 **PIEMONTE – La nuora di un anziano malato cronico non autosufficiente segue volontariamente per anni il malato nella gestione della vita quotidiana e delle cure, nonostante la mancanza di rapporti affettivi ed economici tra il malato e il figlio. Nel momento però**

---

**in cui la stessa richiede di essere confermata nel ruolo di Amministratore di sostegno del malato, il Giudice tutelare preferisce nominare un Avvocato esterno al nucleo familiare**

Nel gennaio 2023 il signor Mario, un anziano malato cronico non più autosufficiente, affetto da demenza grave e pluripatologie, si trova ricoverato in ospedale a seguito di una caduta presso la sua dimora di Torino.

Mario ha un figlio, con cui però non mantiene rapporti da tempo. La nuora del malato, preoccupata per il fatto che il suocero possa rimanere senza alcuna tutela per la sua condizione sanitaria, si propone quindi per ricoprire il ruolo di Amministratore di sostegno, dopo aver già svolto lo stesso compito in favore della suocera per diversi anni, fino al decesso della malata, che è stata sempre seguita e curata a casa.

Il Giudice tutelare, ricevuta la domanda, acconsente alla nomina provvisoria della nuora come Amministratore di sostegno del malato.

Intanto, il signor Mario dopo il ricovero ospedaliero viene trasferito in una Casa di cura che, al termine del periodo di ricovero originariamente previsto, preme per la dimissione del malato non autosufficiente. Il rientro al domicilio non è praticabile e la nuora, per garantire al suocero le cure sanitarie e socio-sanitarie previste dalle norme nazionali vigenti, decide di presentare opposizione alle dimissioni, con conseguente richiesta all'Asl di residenza del malato di prosecuzione delle cure fino all'autorizzazione al ricovero definitivo in convenzione in Rsa da parte dell'Unità di valutazione geriatrica (Uvg).

Si rivolge quindi alla Fondazione promozione sociale che la segue passo dopo passo nella preparazione della lettera di opposizione alle dimissioni, fornendole tutte le informazioni necessarie in merito ai diritti previsti dalle norme vigenti per il malato.

La nuora, proprio in ragione del suo ruolo di Amministratore di sostegno provvisorio del malato, si attiva tempestivamente per chiedere la rivalu-

---

---

tazione del caso da parte dell'Uvg e continua a seguire costantemente la situazione per i mesi successivi, facendo regolarmente visita al suocero ricoverato.

Nel successivo mese di ottobre si svolge l'udienza per la conferma della nomina dell'Amministratore di sostegno. In vista di tale udienza, sempre con l'aiuto della Fondazione, la nuora predispone una nota di aggiornamento per il Giudice tutelare, in cui rendiconta le proprie azioni a tutela del diritto alle cure del malato e conferma la propria disponibilità alla nomina definitiva nel ruolo di Amministratore di sostegno.

La nuora sottolinea in particolare di aver *«richiesto la prosecuzione delle cure garantita dalle norme vigenti, accettando fin da subito l'eventuale trasferimento del degente in altra struttura residenziale socio-sanitaria, con pagamento della retta alberghiera a carico dell'interessato»* e di essersi attivata *«secondo quanto previsto dalle norme vigenti, per tutelare il diritto alla salute del proprio amministrato, ma – al momento – l'Asl Città di Torino non ha attivato la convenzione, per cui il degente prosegue il ricovero in regime di continuità terapeutica in posto letto Cavs, come previsto dal citato articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017»*.

Il Giudice tutelare del Tribunale di Torino però, anziché riconoscere l'impegno e gli sforzi messi in atto dalla nuora negli anni precedenti al ricovero per tutelare il diritto alle cure del degente, le intima di provvedere all'accettazione della dimissione del malato e di effettuare l'ingresso in Rsa, anche se l'Asl non ha ancora autorizzato il ricovero definitivo in convenzione. È un'azione in contrasto con la norma e l'interesse del malato.

Nonostante i tentativi di spiegare le ragioni della necessità di ottenere la convenzione, il Giudice tutelare si dimostra però impassibile: esonera la persona che fino ad allora aveva seguito il malato dal ruolo di Amministratore di sostegno e nomina in via definitiva un Avvocato scelto tra gli elenchi di professionisti a disposizione del Tribunale.

Su autorizzazione dell'interessata, interviene a questo punto la Fondazione

---

---

promozione sociale direttamente nei confronti del Giudice tutelare e dell'Amministratore di sostegno nominato in via definitiva, per supportare il percorso intrapreso dalla nuora.

A seguito della segnalazione inviata da parte della Fondazione, il nuovo Giudice tutelare, subentrato al precedente, convoca tutte le parti in udienza nel mese di aprile 2024.

Anche in questa occasione, però, sebbene il nuovo Giudice tutelare abbia dimostrato maggiore apertura quantomeno per comprendere le ragioni della nuora del malato, la situazione non subisce modifiche: ritenendo che il ruolo dell'Amministratore di sostegno richieda una competenza – anche giuridica – specifica, il Giudice tutelare conferma la nomina dell'Avvocato esterno.


Il Giudice tutelare giustifica la scelta ritenendo che *«tra la nuora e il sig. \*\*\* non vi sia quale rapporto di fiducia che presuppone l'articolo 408 c.c. quando elenca i criteri di scelta dell'ADS» e che «a prescindere dalle ragioni che avevano condotto all'esonero, che in questo momento l'avv. \*\*\* rappresenta la figura che può al meglio seguire il sig. \*\*\*, con il quale ha instaurato un buon rapporto».*

Nel corso dell'udienza si verrà inoltre a sapere che i Servizi sociali del Comune di Torino avevano inviato una segnalazione al Giudice tutelare, con la quale sarebbe stata sollecitata la nomina di un esterno nel ruolo di Amministratore di sostegno. L'obiettivo non era offrire una miglior tutela del beneficiario, ma trasferire il degente in Rsa, anche in assenza della convenzione Asl, intaccando così il suo patrimonio: non per migliorare la sua vita in Rsa, ma per coprire la retta totale di degenza.

In sintesi, la persona che per anni aveva seguito volontariamente e gratuitamente, prima la situazione della suocera e poi quella del suocero, si è ritrovata di punto in bianco completamente esautorata, con la sola colpa di aver chiesto il rispetto delle norme vigenti da parte delle Istituzioni competenti.

---

---



**PIEMONTE – L’Asl attiva un ricovero temporaneo in Rsa per una persona anziana malata non autosufficiente. Il figlio richiede la continuazione del ricovero e si impegna al pagamento della quota alberghiera di degenza della Rsa, richiedendo l’intervento dell’Asl per coprire la parte sanitaria, ma la Rsa minaccia di ricorrere per vie legali: il figlio è costretto a vendere l’abitazione della madre per evitare l’ingiunzione di pagamento**

La madre del signor Roberto è una persona anziana malata cronica non autosufficiente affetta da una grave forma di demenza senile.

Nel gennaio del 2024 la malata viene ricoverata in ospedale, a causa di un repentino aggravamento delle sue condizioni di salute e preso atto da parte dei familiari dell’impossibilità di continuare a seguire la malata al suo domicilio.

Risolta la situazione acuta che aveva portato al ricovero ospedaliero, l’Asl Città di Torino dispone il trasferimento della malata non autosufficiente presso una Rsa, con ricovero disposto in regime di Dgr 10-5445/2022 della Regione Piemonte.

Si tratta di un percorso di continuità delle cure temporaneo, per una durata massima di due mesi (il primo a carico dell’Asl e il secondo con retta in compartecipazione al 50% tra Asl e utente/Comune), espressamente finalizzato al rientro al domicilio del degente. Non è un percorso che il malato o il suo familiare sono tenuti ad accettare, ma questo non viene spiegato dall’Asl al signor Roberto, che quindi accetta il trasferimento in Rsa.

Nel mentre, il signor Roberto attiva la richiesta di valutazione Uvg della madre non autosufficiente, a cui viene assegnato un punteggio sanitario di ben 12 punti su 14 che, ai sensi della normativa regionale in materia (Dgr 45-4248/2012), corrisponde ad una situazione di «*Non-autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate*». Nonostante ciò, per l’Asl si tratta comunque di una situazione «*Non urgente*», a causa del

---

---

basso punteggio sociale assegnato, dovuto alla presenza di una rete familiare e di un immobile di proprietà.

Al termine del secondo mese di ricovero (aprile 2024), la Rsa chiede al figlio – che già era stato nominato tutore della malata – la sottoscrizione di un contratto privato di ricovero.

Preso contatto con la Fondazione promozione sociale e informato del diritto della madre non autosufficiente alla continuità delle cure e al ricovero definitivo in convenzione con l'Asl, il signor Roberto non sottoscrive il contratto privato come richiesto dalla struttura e invia una comunicazione Pec di opposizione alle dimissioni della madre dalla Rsa al termine del secondo mese di ricovero autorizzato dall'Asl.

Parallelamente, il figlio e tutore della malata invia inoltre una comunicazione Pec con cui conferma l'impegno alla prosecuzione del versamento della quota alberghiera di degenza della madre non autosufficiente, con richiesta diretta nei confronti dell'Asl Città di Torino per la copertura della quota sanitaria, come previsto dall'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017.

Da quel momento, per un anno e mezzo, il figlio provvede in modo solerte e costante al pagamento del 50% delle fatture mensili emesse dalla Rsa, ogni volta restituendo la fattura con una comunicazione Pec e confermando la richiesta di intervento dell'Asl Città di Torino a copertura del restante 50%, cioè delle quote sanitarie per il ricovero della madre non autosufficiente.

La situazione sembra essere in stallo fino a quando, nel mese di ottobre 2025, la sorella del signor Roberto si vede recapitare una lettera raccomandata A/R da parte della società che gestisce la Rsa in cui è ricoverata la madre, lettera che verrà ricevuta anche dal fratello e tutore della degente, con cui viene contestato il mancato pagamento delle somme relative alle quote sanitarie non versate fino ad allora, per un ammontare complessivo pari ad oltre 27.500 euro. Nella comunicazione viene inoltre indicato che tale avviso è da intendersi quale messa in mora del debitore. Il rischio è quindi che la struttura si rivolga al Giudice per richiedere una ingiunzione di

---

---

pagamento nei confronti della degente non autosufficiente.

Il signor Roberto, sebbene consapevole della possibilità di opporsi ad un eventuale decreto ingiuntivo da parte della Rsa, non volendo però attivarsi per vie legali, preferisce accordarsi con la struttura per concordare un rientro del debito contestato, anche se questo significa mettere in vendita l'immobile di proprietà della madre, unico modo per poter ottenere la liquidità necessaria per ripianare le somme contestate dalla Rsa.

Pur comprendendo la scelta del familiare di evitare un'azione legale dagli esiti incerti, l'aspetto più amaro della vicenda in discorso è la constatazione che l'Asl Città di Torino, nonostante la presenza di una grave situazione sanitaria della degente, peraltro accertata dalla stessa Asl, per oltre un anno e mezzo ha negato l'autorizzazione all'inserimento in convenzione della malata non autosufficiente in Rsa, costringendo di fatto i familiari a vendere l'immobile di proprietà della degente per poter evitare un'ingiunzione di pagamento da parte della struttura.

**SARDEGNA – Una ragazza con disabilità intellettiva, autismo e malattia psichiatrica è inserita in una struttura residenziale da parte dell'Asl. Nonostante il Centro di salute mentale (Csm) riconosca l'aggravamento delle condizioni di salute della ragazza e la necessità di trasferimento in struttura idonea a gestirla, scarica ogni onere sulla famiglia, spingendola a provvedere privatamente**

Cristina è la madre e amministratrice di sostegno di una ragazza di 20 anni affetta da malattia psichiatrica, inserita in struttura residenziale socio-sanitaria dell'Asl locale, nel nord della Sardegna.

I genitori non erano più in grado di gestirla al domicilio, dove devono già occuparsi della sorella, minore, persona con disabilità intellettiva e diagnosi di autismo.

Nonostante la gravità delle condizioni di salute della giovane e consapevole

---

---

delle difficoltà familiari, a inizio agosto 2025 il Csm dell'Asl comunica a Cristina che la figlia dovrà essere trasferita in un'altra struttura in grado di fornire prestazioni sanitarie e socio-sanitarie più rilevanti, vista la gravità della sua condizione patologica. Secondo il Csm, essendo la loro una struttura *«a bassa intensità terapeutica, non risulta più idonea a proseguire con il progetto riabilitativo (...), soprattutto alla luce dell'instabilità emotiva persistente, dell'elevato rischio autolesivo e dell'inadeguatezza dell'attuale setting residenziale (...)*».

Il Csm sostiene però che sia la madre a dover provvedere privatamente al trasferimento, perché l'Asl non disporrebbe di strutture idonee.

Inoltre, lo stesso Csm richiede a Cristina di *«individuare una figura educativa che [possa] garantire una maggiore sorveglianza presso la Casa Famiglia dove si trova attualmente ospite*». Si tratta chiaramente di una richiesta illegittima, perché comporterebbe per Cristina l'assunzione di una responsabilità che la legge pone in capo solamente al Servizio sanitario nazionale. La madre, Cristina, decide quindi di opporsi alle dimissioni della figlia dalla comunità e, con l'invio di una lettera raccomandata A/R alla Direzione generale dell'Asl, alla Direzione sanitaria della comunità, alla Direzione del Csm e al Difensore civico regionale, riesce a bloccare la dimissione. Conferma inoltre con la stessa raccomandata la richiesta all'Asl di *«autorizzare per la propria figlia e amministrata affetta da "Disturbi dello spettro dell'autismo livello 2, con compromissione cognitiva di grado lieve, in evoluzione personale verso aspetti narcisistico-istrionici, Disturbo bipolare tipo II, obesità" (...) il trasferimento in struttura residenziale idonea alle necessità terapeutiche della degente, nonché la predisposizione di un progetto individualizzato delle cure sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi degli articoli 33 e 34 del Dpcm 12 gennaio 2017*», in modo da garantire alla figlia non autosufficiente la continuità della presa in carico da parte del Servizio sanitario, fino a che non verrà individuata, da parte della stessa Asl, una struttura più idonea a far fronte alle necessità della propria figlia e amministrata.

---

---

Al momento della stesura di questo testo, novembre 2025, la figlia di Cristina continua ad essere seguita dall'Asl nella stessa struttura e non è stata dimessa. È in corso la ricerca di un'altra struttura sanitaria con livelli di intensità maggiori. La Fondazione promozione sociale si è resa disponibile a colloqui con l'interessata, la madre e l'assistente sociale che la segue e si è concordato l'invio di una lettera raccomandata nella quale si conferma l'opposizione alle dimissioni in attesa dell'individuazione di una struttura residenziale più idonea; si accetta anche il trasferimento in struttura situata in altre Regioni d'Italia, ma nel frattempo si chiede che sia attivato un progetto educativo/abilitativo individualizzato.

### **SICILIA – La figlia di un'anziana malata cronica non autosufficiente richiede all'Asp di autorizzare il trasferimento della madre in Rsa in convenzione, ma l'Asp dimette al domicilio e chiama i carabinieri a rinforzo**

La signora Maria è la figlia di una persona anziana malata cronica non autosufficiente ricoverata presso una Rsa di Enna. La madre è affetta da pluripatologie e presenta un grado di demenza severo, tale da richiedere il ricovero in un nucleo Alzheimer. Il ricovero è stato disposto e autorizzato, per un periodo di un anno, da parte dell'Azienda sanitaria provinciale (Asp) di Enna, con oneri a totale carico del Servizio sanitario.

Nel mese di gennaio 2025, la Rsa informa i figli della degente che il mese successivo terminerà il periodo di ricovero autorizzato dall'Asp. Facendo riferimento ad una "prassi" in uso, i familiari dovranno provvedere alla dimissione della malata, o al domicilio o con ricovero privato in altra struttura, prima di poter presentare una nuova richiesta di ricovero da parte del Servizio sanitario per un altro anno.

La signora Maria non è però d'accordo. Né lei, né il fratello, sarebbero in grado di gestire la madre non autosufficiente al domicilio, anche perché

---

---

residenti in altra provincia. Nemmeno la soluzione di un ricovero in forma privata sarebbe praticabile: le risorse economiche della malata non lo permetterebbero.

Maria decide quindi di cercare informazioni e, visto il sito internet della Fondazione promozione sociale, ci contatta per un chiarimento. Le spieghiamo che, in base alle norme vigenti, i familiari non sono obbligati a provvedere privatamente alla sistemazione della malata non autosufficiente, che ha invece il diritto soggettivo ed esigibile ad ottenere la continuità delle cure da parte del Servizio sanitario nazionale.

Maria e il fratello decidono quindi di opporsi alle dimissioni della madre, inviando una comunicazione Pec a tutti gli Enti interessati, confermando la richiesta di continuità delle cure per la madre non autosufficiente, in attesa di un ricovero definitivo in convenzione in Rsa, ai sensi dell'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017.

A fronte dei riscontri avuti da parte della struttura e del Comune, secondo cui sui figli graverebbe l'obbligo di garantire l'assistenza al genitore non autosufficiente, interviene direttamente la Fondazione, su autorizzazione degli interessati, per precisare che *«non si possono estendere gli obblighi in materia di alimenti, di cui agli artt. 433 e seguenti del Codice Civile, ad una prestazione quale è la Rsa, che è materia sanitaria e alla quale si applica la specifica normativa richiamata nel dettaglio nella lettera di opposizione alle dimissioni e richiesta di continuità terapeutica»* inviata dalla signora Maria. Inoltre, richiamando le norme vigenti (legge 833/1978, d.lgs. 502/1992 e Dpcm 12 gennaio 2017), la Fondazione ha precisato che la signora Maria ha *«agito nell'interesse della tutela del diritto alle cure della propria madre, persona anziana malata cronica non autosufficiente affetta da morbo di Alzheimer, secondo gli strumenti previsti dalle norme nazionali vigenti che, è necessario ricordare, prevalgono su qualsivoglia norma locale in quanto gerarchicamente superiori»*. La Rsa a questo punto, marzo 2025, sollecita correttamente l'Asp di Enna e il Comune di residenza affinché provvedano

---

---

a verificare le condizioni del caso, mediante una valutazione multidimensionale, per poter giungere ad una soluzione.

L'Asp risponde che, a seguito di una rivalutazione del caso, ritiene che la soluzione più idonea sia l'attivazione di un progetto Adi e conferma, pertanto, la dimissione della malata per la fine del mese di maggio 2025.

I figli si oppongono nuovamente alla decisione dell'Asl, confermando l'impossibilità di accettare il rientro domiciliare, e reiterando invece la richiesta di ricovero in convenzione in Rsa e la disponibilità ad accettare un eventuale trasferimento in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria.

La Rsa segnala quindi nuovamente la situazione alle Istituzioni competenti, chiedendo un loro intervento per superare l'impasse. È qui che si apre una fase di stallo, perché l'Asp di Enna, nonostante i continui solleciti sia da parte dei familiari, sia da parte della Direzione della struttura, non interviene e non fornisce alcun riscontro.

Nel mese di settembre 2025, stante il perdurare dell'immobilismo dell'Asp, interviene nuovamente la Fondazione promozione sociale. Dopo aver confermato la legittimità dell'opposizione alle dimissioni presentata dai familiari in base alle norme vigenti, la Fondazione conferma che la figlia *«si è da subito rivolta correttamente alla Direzione generale dell'ASP competente per la residenza della degente, soggetto responsabile del ricovero attuale ed unico soggetto investito dalle norme vigenti dell'obbligo della presa in carico della malata non autosufficiente, per garantire alla propria madre la continuità delle cure prevista dalle norme vigenti»*, dichiarando da subito la propria disponibilità al trasferimento della degente e agendo nell'interesse esclusivo della tutela della sua salute.

La Fondazione ha quindi sollecitato *«il tempestivo intervento della Direzione generale dell'ASP di Enna al fine di garantire alla degente non autosufficiente la continuità delle cure prevista dalle norme vigenti, a tutela del proprio diritto alla salute, autorizzando la corresponsione della quota sanitaria in Rsa ai sensi dell'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017»*.

---

---

Correttamente la Rsa si unisce al sollecito inviato dalla Fondazione facendolo suo e rivolgendosi alla Direzione generale dell'Asp di Enna e al Comune di residenza della degente per chiedere un intervento urgente «*nell'interesse primario proprio* [della degente], *il cui diritto alla salute non può essere altrimenti trascurato*». È un comportamento virtuoso solitamente inusuale da parte delle Rsa che, al limite, trasferiscono il malato non autosufficiente al pronto soccorso e poi rifiutano il suo rientro.

Tuttavia, ciononostante, all'inizio del mese di novembre 2025 l'Asp di Enna decide di procedere alla dimissione forzata al domicilio della malata non autosufficiente, avvalendosi anche dell'intervento dei Carabinieri, intervenuti per supportare la dimissione disposta dall'Asp.


Non potendo però accettare il rientro domiciliare e di fronte alla minaccia di segnalazione alla Procura della Repubblica per abbandono di persona incapace, i figli si sono visti costretti a ricorrere alla prima struttura di ricovero disponibile e in regime totalmente privato.

Tenuto conto della gravità dell'accaduto, la Fondazione promozione sociale interviene in questo caso anche nei confronti dei Carabinieri, inviando una comunicazione alla Legione Carabinieri della Regione Sicilia e al Comando provinciale competente per ricordare l'assenza di obblighi di cura da parte dei familiari, poiché posti in capo al Servizio sanitario dalla legge 833/1978, e la non correttezza dell'intervento dell'Arma a sostegno della dimissione forzata disposta dall'Asp di Enna.

È questo un classico esempio in cui le Istituzioni rivoltano le norme vigenti per porle contro il malato non autosufficiente e i suoi familiari: la figlia della malata non autosufficiente, colpevole di aver richiesto il rispetto delle norme vigenti da parte dell'Asp competente, anziché essere aiutata a trovare una soluzione per l'inserimento della madre malata in Rsa in convenzione, come previsto dalle norme vigenti, si è vista "sollecitare" da parte dei Carabinieri a provvedere al rientro domiciliare, salvo preferire il ricovero privato in una Rsa. Dalle Istituzioni si è ottenuto soltanto un silenzio.

---

---



## **TOSCANA – l’Ausl riconosce un contributo mensile di 320 euro per un ricovero privato in Rsa, ma nega l’ottenimento della convenzione, nonostante la malata non autosufficiente sia in lista d’attesa da diversi anni. I familiari sono costretti a riportare la persona al domicilio**

La madre della signora Rita è ricoverata privatamente in Rsa da alcuni anni. La situazione non è più sostenibile e la figlia si rivolge pertanto alla Fondazione promozione sociale per avere un aiuto per ottenere la quota sanitaria da parte dell’Ausl Toscana Sud Est.

La madre della signora Rita era infatti già stata valutata nel 2022 da parte dell’Uvm (Unità valutativa multidimensionale) dell’Ausl, la quale aveva riconosciuto la necessità di un ricovero in convenzione in Rsa e quindi il diritto della malata non autosufficiente alla prestazione richiesta. Come però spesso accade, l’Ausl si era di fatto limitata ad inserire la malata in lista d’attesa, senza dare alcun termine certo per la presa in carico.

La figlia, con l’aiuto della Fondazione, ha quindi sollecitato l’Ausl per l’ottenimento della convenzione in Rsa, facendo leva sulle norme nazionali vigenti, le quali prevedono che l’Ausl sia tenuta a garantire le prestazioni Lea, senza tener conto delle condizioni socio-economiche del malato e del suo nucleo familiare.

La risposta dell’Ausl non è stata quella sperata.

Nella risposta che l’Ausl ha fornito alla signora si ammette, senza mezzi termini, che le risorse che la Regione Toscana destina alle Ausl non sono sufficienti per far fronte alla domanda di intervento da parte dei cittadini non autosufficienti e che, pertanto, non è possibile soddisfare la richiesta di inserimento in convenzione della madre della signora Rita.

L’Ausl è consapevole in particolare che *«le risorse economiche a nostra disposizione per l’attivazione dei percorsi residenziali delle persone non autosufficienti della Zona Distretto Valdarno non sono spesso in grado di*

---

*rispondere in tempi ragionevoli ai bisogni espressi dai cittadini».*

Al riguardo, bisogna ricordare che il finanziamento delle prestazioni rientranti nei Lea, qual è l'ottenimento della quota sanitaria in Rsa, è un obbligo che il legislatore è tenuto a garantire a tutti i livelli – sia nazionale che regionale – e che pertanto non può avere ripercussioni sul diritto alle cure del malato non autosufficiente.

Per far fronte a questa mancanza, l'Ausl Toscana Sud Est prevede però, per i casi che entro 60 giorni dalla valutazione Uvm non ottengano la convenzione, l'erogazione di un contributo forfettario in base all'Isce presentato dall'utente che, nel caso in questione, ammonta a circa 320 euro mensili. Una sorta di "indennizzo" per la mancata convenzione, «*senza corresponsione di quota sanitaria fino a nuova valutazione*».

Si tratta di una soluzione assolutamente inaccettabile di negazione del diritto alla prestazione Lea per la malata non autosufficiente.

La Fondazione provvede pertanto a segnalare la situazione al Ministero della Salute, il quale prontamente interviene per richiedere chiarimenti all'Ausl e alla Regione Toscana.

Tenuto conto della competenza in capo all'Assessorato alla Salute regionale, la Fondazione provvede inoltre a segnalare la situazione al Consiglio regionale e chiedere un intervento urgente in merito, nonché per sondare la disponibilità di alcuni Consiglieri regionali per presentare una interrogazione in merito.

Nelle lungaggini dello scambio di comunicazioni con i vari Enti, la situazione diventa però insostenibile per la signora Rita, che è costretta a prendere una decisione sul da farsi.

Emblematica è la chiusura dell'ultima mail che la Fondazione ha ricevuto dalla signora Rita: «*Mi sto organizzando per riportare mamma a casa dal primo di luglio, con questo non vorrei restare ad aspettare o guardare. Vorrei scrivere alla Regione sulla mancanza dei finanziamenti come pensavate o altro purché rimanga traccia di questo percorso. Vorrei mia figlia non*

---

---

*dovesse trovarsi ad affrontare questo calvario, quindi se non servirà nell'immediato, magari servirà comunque per il futuro».*

La situazione si risolverà solo nell'autunno, quando finalmente l'Ausl Toscana Sud Est autorizza l'inserimento in convenzione in Rsa per la madre della signora Rita.

Meritevole di menzione è stato l'interessamento dell'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo, competente per il territorio dell'Ausl Toscana Sud-Est, che si è messo in contatto con la Fondazione promozione sociale per capire meglio la situazione e valutare un eventuale intervento nei confronti delle Istituzioni regionali.

### **VENETO – I familiari di una persona anziana malata cronica non autosufficiente ottengono in tempi brevi l'autorizzazione all'ingresso in convenzione della madre in Rsa con l'invio dell'opposizione alle dimissioni ospedaliere**

La signora Carla, di Belluno, è una persona anziana malata cronica non autosufficiente, affetta da demenza, curata al domicilio, dipendente in tutto per le attività della vita quotidiana e per le funzioni vitali, tanto da aver già ottenuto l'indennità di accompagnamento da parte dell'Inps. Da diversi anni viene seguita al domicilio direttamente dai figli. Ad agosto 2023 i familiari si rendono conto di non essere più in grado di garantirle le cure a casa, per la loro complessità e per il notevole impegno richiesto senza un adeguato e necessario sostegno da parte del Servizio sanitario per la cura delle piaghe da decubito che sono insorte. Presentano quindi richiesta all'Ulss di residenza per l'inserimento in un posto letto in Rsa in convenzione.

A settembre, a seguito di un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute, Carla viene ricoverata in ospedale, dove però viene fin da subito comunicato ai familiari che, una volta stabilizzata la situazione, sarà compito

---

---

loro provvedere alla presa in carico della madre non autosufficiente, in attesa dello scorrimento della lista d'attesa, o con il rientro al domicilio o con ricovero privato in Rsa.

La figlia di Carla si mette allora alla ricerca di informazioni in merito e si imbatte sul sito internet della Fondazione promozione sociale: preso contatto con noi, le viene spiegato che, se l'ammalata ha superato la fase acuta, l'ospedale è tenuto a trasferirla (e non a dimetterla) in un'altra struttura sanitaria o socio-sanitaria di lungodegenza. La legge infatti prevede il diritto di richiedere la prosecuzione delle cure per il malato in attesa dell'autorizzazione al ricovero in convenzione in Rsa, ma è necessario presentare per iscritto l'opposizione alle dimissioni e, allo stesso tempo, la richiesta di continuità delle cure senza interruzioni.

I figli inviano quindi alle Istituzioni competenti la comunicazione Pec, predisposta con il supporto della Fondazione, con la quale sin da subito dichiarano la loro disponibilità ad accettare il trasferimento della madre non autosufficiente in altra struttura residenziale sanitaria e/o socio-sanitaria, come previsto dalla normativa nazionale di riferimento, fino al *«passaggio dalla fase estensiva al trattamento di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale (...) con garanzia di continuità assistenziale (...) a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera'»*.

La reazione dell'Ospedale è quella di confermare – verbalmente – l'intenzione di procedere con la dimissione della malata non autosufficiente. A questo punto è importante sostenere la richiesta anche con il primario del reparto, perché come spesso accade i diritti dei degenti non sono noti agli operatori. In questo caso, la figlia conferma la richiesta presentata, non essendo possibile accettare il rientro domiciliare e ribadisce che resta in attesa delle risposte scritte dell'Ulss di Belluno in merito alle proposte di continuità delle cure che intendono attivare.

I figli si attivano anche per richiedere la nomina di uno di essi nel ruolo di

---

---

Amministratore di sostegno della madre. Alla fine del mese di ottobre 2023, il Giudice tutelare nomina come Amministratore di sostegno uno dei figli di Carla, specificando espressamente che all'Amministratore vengono conferiti *«i poteri necessari alla cura della persona della beneficiaria»*.

Viene informato l'ospedale e, nell'incontro che segue tra il figlio Amministratore di sostegno e la Direzione sanitaria, si accorda il trasferimento in posto letto presso un Ospedale di Comunità, in attesa di poter arrivare alla conclusione dell'iter di valutazione multidimensionale (che in Veneto prende il nome di "Svama"), formalità necessaria in base alle previsioni normative nazionali per poter arrivare ad ottenere la presa in carico definitiva del malato non autosufficiente da parte del Servizio sanitario.

La soluzione del trasferimento in Ospedale di Comunità, benché si tratti di una sistemazione temporanea, garantisce in ogni caso la continuità delle cure alla malata non autosufficiente e la presa in carico del Servizio sanitario. La degenza, nel primo mese, viene garantita da parte dell'Ulss e *«di norma non può oltrepassare i 30 (trenta) giorni di ricovero»*.

Nello stesso giorno del trasferimento presso l'Ospedale di Comunità, l'Unità locale socio sanitaria (Ulss) di Belluno comunica al figlio Amministratore di sostegno della madre che è stata accettata la richiesta di ricovero in convenzione in Rsa: a distanza di pochi giorni, la degente viene quindi trasferita, sempre da parte del Servizio sanitario, direttamente nella Rsa scelta per il ricovero definitivo in convenzione, dove il ricovero prosegue tuttora.

In sintesi, nell'arco di tre mesi, i figli della signora Carla sono riusciti ad ottenere una soluzione definitiva e idonea a garantire alla propria madre le cure sanitarie e socio-sanitarie di cui necessitava, soluzione resa possibile dalla mera richiesta di applicazione delle norme attualmente vigenti, mentre la degente ha, allo stesso tempo, ricevuto tutte le cure di cui aveva bisogno.

---

## Conclusioni

Le storie fin qui raccontate dimostrano che gli anziani malati cronici non autosufficienti e le loro famiglie sono costretti a subire una continua ingiustizia, da parte degli Enti e delle Istituzioni che dovrebbero tutelarli, nel momento in cui richiedono il rispetto dei diritti previsti dalle norme vigenti.

La situazione attuale, già drammatica, non accenna a migliorare e – anzi – è destinata a peggiorare ulteriormente nel prossimo futuro.

Il Censis da tempo ha evidenziato che gli italiani sono sempre più poveri, l'ascensore sociale è bloccato, aumentano le spese per le cure private a pagamento e le liste d'attesa (cfr. Rapporto Censis 2024). Moltissime sono le famiglie che si vedono costrette a rinunciare a tutto ciò che non è necessario e non procrastinabile: il fatto – sconcertante – è che in tali categorie inizia a rientrare anche la spesa per la salute, soprattutto quando ci si trova davanti a situazioni di non autosufficienza.

Laddove lo Stato manca ai propri doveri, le famiglie sono costrette a ricorrere al privato che però è spesso troppo costoso. Famiglie che sostengono mediamente dai 2.000 ai 2.500 euro al mese per il mantenimento a domicilio (oltre a tutti i costi fissi di una normale famiglia) con l'assunzione di personale per essere aiutati, e fino a 3.500/4.000 euro per un posto in Rsa, quando non è praticabile la permanenza domiciliare.

Questo accade in tutto il Paese, perché le Regioni – di ogni colore politico – non stanziavano risorse adeguate al bisogno (liste d'attesa). La non autosufficienza è un problema trasversale, ma ovviamente incide maggiormente sul ceto medio, che è la parte più consistente della società.

Si dà fondo ai risparmi accumulati in una vita e si compromettono gli investimenti per le nuove generazioni. Risultato: il costante impoverimento dei nu-

---

---

dei familiari.

L'abbandono dei malati cronici e delle persone con disabilità non autosufficienti e delle loro famiglie ha raggiunto livelli intollerabili. È diventata “normale” la spinta verso il suicidio assistito e a ruota chiedere la legalizzazione dell'eutanasia. Con le conseguenze che sono facilmente intuibili, perché non mancano le estensioni ad altre situazioni ritenute non degne di vivere, già in atto nei Paesi in cui si pratica.

Nei prossimi anni è previsto un aumento esponenziale degli ultrasessantacinquenni: il progresso della medicina ci consentirà di sopravvivere sempre più a lungo, ma in condizione soprattutto di non autosufficienza.

Di fronte a tale prospettiva, la Fondazione promozione sociale è intervenuta – di concerto con altre organizzazioni del settore – sul tema delle cure di lunga durata (LTC) già durante il dibattito per la stesura della discussa legge 33/2023 sulla non autosufficienza.

Abbiamo presentato emendamenti ed organizzato occasioni di incontro con le parti sociali ed esperti del settore che sono stati recepiti dal Governo per quanto riguarda l'imprescindibile riferimento alle prestazioni Lea, nelle quali rientrano le cure di lunga durata, nell'articolo 26 del d.lgs. 29/2024, testo adottato in attuazione della legge 33/2023 sulla non autosufficienza. Per tutelare i malati cronici non autosufficienti, conservando e migliorando le prestazioni Lea già esistenti, c'è però ancora molto da fare.

In prima battuta, occorre implementare le prestazioni domiciliari, che per la non autosufficienza non possono limitarsi (come oggi succede) alla sola Assistenza domiciliare integrata (ADI), utile, certo, ma limitata nel tempo e nelle prestazioni fornite, quasi sempre solo di tipo infermieristico. Infatti, sono circa due milioni i malati non autosufficienti potenzialmente interessati, se prendiamo come riferimento i dati relativi all'indennità di accompagnamento dell'Inps: la stragrande maggioranza necessita di prestazioni sanitarie di lunga durata, indispensabili per la loro stessa sopravvivenza.

---

---

L'ultima ricerca presentata da “Domina” certifica che le famiglie degli anziani malati cronici non autosufficienti accuditi al domicilio hanno speso oltre sette miliardi di euro, costi sostenuti per essere aiutati da un assistente familiare per poter garantire le cure nel tempo. È questa una delle principali cause dell'impoverimento delle famiglie come sopra esposto, comprese quelle del ceto medio.

La telemedicina può essere una risorsa a certe condizioni, ma se non c'è il familiare “caregiver”, non è neppure praticabile.

Riteniamo che la Sanità – che è quella che realizza il maggior risparmio rispetto al ricorso all'ospedale o alla Rsa – dovrebbe pertanto inserire nelle prestazioni sanitarie domiciliari un assegno di cura in tutte le situazioni in cui le prestazioni socio-sanitarie domiciliari possono essere una soluzione alternativa al ricovero in Rsa, con la garanzia della presa in carico dell'Asl. Vi è l'esigenza di ripristinare nei Lea la copertura sanitaria in tutto o in parte per le prestazioni indifferibili informali erogate al domicilio, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Intervento che si rende indispensabile per contrastare l'impoverimento delle famiglie e per consentire di evitare gli oneri decisamente maggiori del ricorso frequente al ricovero ospedaliero tramite pronto soccorso.

Parallelamente, la Fondazione si è fatta promotrice di una proposta per introdurre una indennità di accompagnamento graduata in base al bisogno, incardinata nella legge 18/1980, ma implementata dalla contribuzione dei cittadini. L'obiettivo è inserire nella previdenza sociale statale (Inps) un'assicurazione statale pubblica contro il rischio non autosufficienza.

Infine, si rende necessario un ripensamento ed una conseguente riorganizzazione delle Rsa, che dovrebbero diventare presidi sanitari di collegamento tra ospedale e territorio. Sul tema, la Fondazione promozione sociale ha già inviato un contributo critico, ma propositivo, alla bozza del decreto del Ministero della Salute sulla riforma delle Rsa (aprile 2025).

---





«Ci sono Regioni da prendere a modello?». Chi opera, come la Fondazione promozione sociale Ets, per la promozione e la difesa dei diritti dei malati non autosufficienti si sente spesso chiedere da politici, tecnici e anche dai parenti dei malati, se esistono istituzioni che rispettano le leggi e garantiscono ai più deboli fra i malati tutte le cure di cui hanno bisogno, che sono un loro diritto esigibile.

La risposta è «no». Non esistono Regioni modello. In tutta Italia continuano le dimissioni da ospedali e altre strutture di ricovero dei malati non autosufficienti senza che a loro venga prospettata una presa in carico di lunga durata. Le norme vigenti assicurano il diritto alla continuità delle cure fino alla convenzione in lungoassistenza (il ricovero definitivo in strutture sanitarie-assistenziali, con una quota a carico del Servizio sanitario pubblico), ma le Regioni hanno approvato norme che ritardano l'accesso a queste misure e costringono i familiari dei malati a pagare rette private da capogiro.

Il risultato: si esauriscono in fretta i risparmi di una vita, le famiglie devono vendere la casa dei genitori malati e spesso intaccare anche le risorse che i figli dei non autosufficienti stavano accantonando pensando al proprio futuro e a quello dei propri figli. Risorse che si bruciano e che non ci saranno più per chi verrà dopo: i nipoti sono avvertiti e anche solo per questo dovrebbero reagire.

Questo Libro Bianco descrive alcuni dei casi di ingiustizia manifesta seguiti dalla Fondazione promozione sociale in tutta Italia, raccontando anche di Giudici tutelari, Servizi sociali e forze dell'ordine che spesso agiscono contro le tutele sanitarie e socio-sanitarie previste dalla legge per i malati non autosufficienti.

