



# **Alleanza per la tutela della non autosufficienza**

**Un Manifesto per “Prendersi cura delle persone non autosufficienti”  
Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza.**

Settembre 2018

Il nostro intento, attraverso questo documento, è quello di aprire un dibattito pubblico sia sul piano politico che sul piano culturale rispetto alla condizione di non autosufficienza che colpisce un numero crescente di persone. La popolazione anziana è certamente quella più esposta anche a causa dell'allungamento delle aspettative di vita che per fortuna si sono affermate nel nostro paese.

E' nostra intenzione seguire l'esempio dell'Alleanza contro la povertà che ha saputo imporre nell'agenda politica quell'emergenza nazionale, forti anche dell'essere stati capaci di formulare una proposta che è poi scaturita nel provvedimento varato dal governo nazionale, prima con il SIA e successivamente con il REI.

Il presente Manifesto vuole pertanto essere anche strumento per promuovere delle iniziative pubbliche condivise da soggettività diverse, che si riconoscono nei principi e nei valori che animano il presente documento. La prima iniziativa, vuole avere come scopo sia quello di raccogliere nuove adesioni, sia di richiamare la politica e i decisori, ai vari livelli, per un varo di provvedimenti adeguati a fronteggiare ed a governare questo fenomeno, nonché, per rispondere efficacemente ai bisogni delle persone che vivono una condizione di non autosufficienza, assicurando così ad ognuna, l'esigibilità del diritto alla salute.

## **1) Lo scenario attuale**

La condizione di sofferenza delle persone non autosufficienti a seguito di patologie invalidanti o loro esiti, o colpite dalle diverse forme di demenza, e delle loro famiglie, ha raggiunto livelli insostenibili, che

devono imporre azioni fondate su un minimo di sensibilità etica, prima ancora che su scelte politico organizzative. Almeno alcuni dati dello scenario attuale non possono essere trascurati:

1. E' a tutti evidente la massiccia crescita di persone (prevalentemente anziane) in condizioni di non autosufficienza permanente, in dimensioni che già ora mettono in crisi le capacità di risposta dell'attuale sistema di welfare, e che nei prossimi anni, senza adeguati provvedimenti, rischiano di delegittimarlo ulteriormente e di travolgerlo, certamente non solo per l'insufficienza degli attuali stanziamenti, ma anche per l'inadeguatezza degli attuali servizi e interventi.
2. I bisogni cruciali di queste persone (e delle loro famiglie) non richiedono solo attività infermieristiche, mediche, riabilitative, ma soprattutto la tutela nelle funzioni della vita quotidiana: per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi, non essere soli) e per la cura dell'ambiente (la casa o il luogo di vita). La qualità della vita dipende spesso più che dagli interventi di tecnica sanitaria (certo indispensabili quando appropriati) soprattutto dalla possibilità di supporto permanente negli atti della vita quotidiana. E sono proprio queste le risposte più carenti. Peraltro non c'è operatore sanitario (dal medico di medicina generale sino ai responsabili dell'assistenza sanitaria domiciliare) che non confermi come atti sanitari siano efficaci solo se al non autosufficiente è garantita una adeguata tutela nella quotidianità.
3. Si diffonde il rischio di abituarsi al fatto che tocca alle famiglie assistere, perché i servizi pubblici più di tanto non possono fare. Ossia una insidiosa e distorta concezione del welfare pubblico che si limita solo a "contribuire se e quando può" a supportare le persone non autosufficienti, assegnando primariamente questo compito alle famiglie. Ma moltissime famiglie non sono comunque in grado di garantire ai propri non autosufficienti adeguata assistenza, e dunque questa concezione oltre che iniqua verso le famiglie più fragili, è generatrice di un welfare che abbandona la tutela dei diritti, è anche del tutto illusoria ed inefficace.
4. L'attuale carenza di interventi per la tutela degli atti della vita quotidiana, e le lunghe liste d'attesa per ottenerli, producono (e da tempo) drammatici effetti sia sui non autosufficienti che sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistere da sé il non autosufficiente diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fare a meno di assistere ma non può fruire dei congedi retribuiti, gravi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari.
5. Non è immaginabile che il welfare pubblico regga il crescente impatto delle persone non autosufficienti predisponendo soprattutto strutture di ricovero, perché sono la risposta più costosa in termini di impianto e gestione. L'offerta di posti letto residenziali deve certo essere

adeguata alla relativa richiesta ed ai bisogni appropriati, ma l'assistenza a domicilio (purché sia consistente) non solo è più gradita a utenti e famiglie (come dimostra inequivocabilmente il boom della spesa privata per le assistenti familiari), ma è anche più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita, ed è economicamente più efficiente. Potenziare la tutela al domicilio deve dunque essere la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza.

6. Ciò che serve ai non autosufficienti e alle loro famiglie, anche per una efficace assistenza al domicilio, non è soltanto "denaro per retribuire assistenti familiari". E' invece un più completo "sistema delle cure", che garantisca prestazioni esigibili (e non solo collochi in lista d'attesa) ed offra un insieme coordinato di sostegni, adattabili alla condizione della persona e della sua rete familiare.
7. L'attuazione del sistema di interventi sociosanitari per i non autosufficienti definiti dalla Regione Piemonte presenta rilevanti differenze nei territori piemontesi, sia nelle forme di assistenza al domicilio, sia nell'offerta residenziale. Poiché si tratta di mettere in opera tutele fondamentali, e con la natura giuridica di "livelli essenziali" da garantire, è indispensabile evitare differenze non motivate in ciò che i cittadini possono ricevere nel loro territorio.
8. Occorre anche sviluppare maggiormente una riflessione e un coordinamento su tutte quelle azioni di prevenzione e di riduzione del rischio di non-autosufficienza che appartengono alle politiche di sostegno alla vita attiva degli anziani così come alla sfera di azioni complementari e alle sovrapposizioni di competenze e di trattamento rispetto al mondo della disabilità.
9. Occorre poter ampliare la filiera delle risposte possibili, il nostro sistema è eccessivamente polarizzato sui due estremi: la risposta al domicilio (al di là dell'insufficienza e inadeguatezza) o in struttura. Tra queste due risposte possono e devono poter essere previste, anche sperimentate, altre soluzioni intermedie; risposte in grado di accompagnare la persona con il venir meno della sua autonomia, riconoscendo lo spazio che deve essere riservato alla volontà individuale dell'anziano, il cui rispetto deve essere il primo diritto che governa il diritto alla salute e le modalità con cui deve essere tutelato.

## **2) Chi deve fare che cosa**

Prima di discutere di "come potenziare l'offerta di interventi" è necessario riflettere sulle responsabilità degli attori pubblici del welfare, anche assumendo scelte sull'applicazione dei nuovi LEA nazionali emanati nel 2017:

### **2.1) Che cosa intendiamo come "diritto alla salute"**

Il sistema di tutela dei non autosufficienti può orientarsi verso due diversi scenari, che evidenziano grandi differenze specialmente nell'assistenza domiciliare:

1. Un modello nel quale il SSN interviene con prestazioni mediche, infermieristiche, di ausili, ma si occupa della tutela delle funzioni cruciali nella vita quotidiana solo fornendo alcune ore di OSS (operatori socio-sanitari). E lasciando tutto il resto di questa tutela alle famiglie od ai servizi socio-assistenziali.
2. Un diverso modello, nel quale il SSN partecipa per sostenere tutte le forme di tutela e di supporto utili al domicilio, anche consistenti non solo di ore OSS.

Il secondo modello ha consentito in diverse zone del Piemonte negli scorsi anni la messa in opera di un'offerta consistente ed articolata di interventi domiciliari. Il primo modello non può essere accettato, per una serie di ragioni:

1. I non autosufficienti hanno importanti bisogni nella vita quotidiana in quanto sono malati, o con esiti di patologie; dunque il SSN non può eludere il tema, anche in ragione dei pilastri sui quali si fonda: la sanità pubblica non può limitarsi a "guarire", ma deve "curare" (anche quando la guarigione è impossibile il "prendersi cura" dei bisogni originati da problemi di salute è suo compito primario). Peraltro da sempre operano in sanità pubblica servizi i cui interventi sono diretti al "prendersi cura" di persone non autosufficienti, ad esempio nella salute mentale o nei servizi per le dipendenze. Inoltre la legge fondativa del SSN (la 833/78, tutt'ora in vigore) prevede all'art. 2 che il SSN deve assicurare diagnosi e cura degli eventi morbosi "*...quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*".
2. Il "diritto alla salute" deve consistere nel ricevere tutto ciò che supporta i bisogni della persona e non nel fornire solo "prestazioni predefinite". Fare salute è generare buone condizioni di vita e tutela della dignità della persona, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti sia dalla forma degli interventi. L'offerta di salute dunque non può che consistere nel ricevere tutto ciò che davvero genera tutela, indipendentemente sia dal tipo di operatori coinvolti (infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti familiari) sia dalla forma degli interventi (lavoro a domicilio di operatori pubblici, assunzione di assistenti con contributo pubblico, lavoro di cura dei familiari, affidamento a terzi, buono servizio per ricevere assistenti familiari da fornitori terzi). Ragionevolezza impone che il nucleo fondamentale del livello di assistenza da garantire sia "il vivere al meglio tutelati", e non "ricevere ore di infermiere o di OSS". Peraltro un intervento di tutela a domicilio va progettato ritagliandolo sulle condizioni del non autosufficiente ma anche della sua rete familiare, e quindi è molto difficile predeterminare quali interventi saranno più efficaci: non è ragionevole assumere a priori che solo interventi di operatori con specifiche qualifiche devono assumere il rango di livello essenziale socio-sanitario, quando altrettanto "essenziali" possono essere molti altri diversi sostegni, di assistenti familiari e/o dei familiari.
3. Assumere che sono a carico del SSN (ossia "sono riconoscibili come LEA") solo le prestazioni svolte

da OSS è irrazionale perché il costo orario dell'O.S.S. è notevolmente superiore a quello dell'assistente familiare, e non è ragionevole che il SSN contribuisca al 50% del costo delle prestazioni solo per l'operatore più costoso, l'OSS.

4. Vi sono già diversi ambiti di intervento che non includono prestazioni soltanto di operatori sanitari e/o di OSS e che pure sono tutti interni alle competenze del SSN, anche finanziarie, come la parte di retta che il SSN garantisce ai ricoverati in RSA, o il ricovero in ospedale e nei posti letto di post acuzie e riabilitazione. La parte di retta di ricovero che il SSN garantisce ai non autosufficienti ricoverati in lungoassistenza residenziale ha chiara natura giuridica di LEA sociosanitario (nel dPCM 12/1/2017 che all'articolo 30 prevede che sia a carico del SSN il 50% degli interventi residenziali e semiresidenziali); e questa spesa tutta sanitaria copre anche prestazioni non svolte da O.S.S. o da personale infermieristico, ma parte del servizio di pulizie, di somministrazione dei pasti, e di gestione corrente delle strutture residenziali. Dunque, e questo è un aspetto cruciale, non ha alcun senso che la sanità pubblica fornisca prestazioni diverse in base al fatto che il non autosufficiente è in una RSA oppure è al suo domicilio. La stessa patologia cronica deve ricevere dal SSN le stesse garanzie di prestazione, che sia gestita in struttura residenziale o a casa. Altrimenti di fatto il SSN genera disincentivi alla permanenza a casa dei non autosufficienti, oltre che incomprensibili asimmetrie nelle sue prestazioni.
5. Sono molti i casi nei quali risorse proprie del SSN sono utilizzate a favore di non autosufficienti per interventi con finalità non tecnicamente sanitarie ma di tutela ampia di bisogni. Non si tratta qui di alimentare un conflitto su "chi deve pagare" tra Aziende Sanitarie ed Enti gestori dei servizi sociali, per far risparmiare i secondi a scapito delle prime. In entrambi i casi si tratta di denaro pubblico, il cui uso efficiente è da perseguire comunque. Si tratta invece di:
  1. Evitare che (anche data l'assenza di livelli essenziali nazionali sui servizi socio assistenziali), assegnare l'intera assistenza tutelare domiciliare agli Enti gestori dei servizi sociali produca maggiori spese per le famiglie o minori offerte di prestazioni, e privi la tutela al domicilio di garanzie giuridiche robuste, perché sottratta alla natura di LEA.
  2. Garantire la responsabilità finanziaria anche delle Aziende Sanitarie come ingrediente necessario a dare concretezza alla loro titolarità nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, comunque si attui la modalità di tutela. In caso contrario l'intera spesa di assistenza domiciliare che non consiste in lavoro di OSS ricade sulle famiglie o sui Comuni.

## 2.2) Un metodo per decidere in Regione

Dopo l'emanazione nel 2001 dei primi LEA nazionali la Regione Piemonte costruì le sue deliberazioni attuative tramite il lavoro di un tavolo con la partecipazione ampia dei soggetti sociali, dagli Enti gestori agli organismi di rappresentanza degli utenti. Adesso la Regione deve attuare i "nuovi LEA" (approvati con il dPCM 12/1/2017), e dunque è importante poter replicare il metodo utilizzato per i precedenti LEA. Costruire atti fondamentali in questo modo non è infatti un rituale elegante o burocratico, ma un meccanismo che dà sostanza alle politiche e alla democrazia partecipativa. In quanto riguardano sistemi

complessi, solo decisioni nate da un vero confronto hanno speranza di una messa in opera diffusa e davvero coerente ed evitando conflitti.

Viene in aiuto la nuova legislazione sul Terzo Settore che implementa nuovi spazi di relazione fra Ente pubblico e i soggetti del privato sociale. Il D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore) all'art 55 indica il "Coinvolgimento degli Enti del Terzo settore", in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, e stabilisce che le amministrazioni pubbliche assicurano il coinvolgimento attivo degli enti di Terzo Settore nelle politiche locali attraverso forme di co-programmazione (si individuano insieme i bisogni) e co-progettazione (si individuano insieme le modalità esecutive).

Si apre quindi una fase nuova, anche grazie alla riforma richiamata, in cui si può costruire anche a partire dal supporto alla domiciliarità, un nuovo modello di welfare.

### 2.3) Quale sistema regionale costruire

Il dPCM sui nuovi LEA prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il sociale. Pertanto riteniamo che la Regione Piemonte debba utilizzare questa opportunità per costruire un modello che abbia queste caratteristiche:

1. Garantisca diritti reali e riduca le liste d'attesa. Sebbene la sostenibilità economica sia un tema imprescindibile, i LEA si devono contraddistinguere come "diritti essenziali fruibili"; la loro messa in opera deve puntare quindi a garantire almeno un set minimo di prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili, interpretando in questo senso il significato dei "livelli essenziali", come peraltro già accade in molti altri settori del welfare, e come indicano alcune sentenze della Corte Costituzionale. Di conseguenza è ineludibile la definizione di standard minimi sui volumi di offerta da fornire e sui tempi per la loro attivazione, anche attuando nel merito la legge regionale 10 del 2010 sui servizi domiciliari.
2. Preveda che l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti possa consistere in offerte differenziate da concordare con la famiglia, adattandole alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia (ma con supporti per reperirli e amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio. E' necessario perciò evitare semplicistiche soluzioni che consistano nell'erogare solo denaro alle famiglie, presumendo che tutte siano in grado di utilizzarlo per il non autosufficiente, il che è irrealistico. E invece vanno introdotti meccanismi che vincolino a offrire ovunque il più ampio set di possibili supporti.
3. Assicuri un impegno anche del SSN nel finanziare diverse possibili forme di assistenza domiciliare per i non autosufficienti. Per le ragioni esposte al punto 2.1) è indispensabile non assoggettare

forzatamente i bisogni ai vincoli burocratici e formali, ma fare il contrario, ossia partire da "come è meglio prendersi cura" e non da "a chi tocca spendere". Le modalità tecniche ed amministrative possono essere varie: far confluire, in esito alla valutazione multidimensionale, risorse sia sanitarie che sociali in un "budget di cura", ossia in un pacchetto che sia trasformabile (a prescindere dall'origine delle risorse) nell'intervento domiciliare più adatto alla persona e alla famiglia (meccanismo peraltro già adottato anche in Piemonte). Ed innestando nei gestori locali meccanismi organizzativi che inducano integrazione tra sociale e sanitario ed un governo organico di tutta la filiera dei servizi per la non autosufficienza, in ogni caso garantendo la titolarità in capo alle ASL.

4. Salvaguardi gli interventi sulla non autosufficienza e della cronicità in capo al SSN, con adeguati stanziamenti di risorse, affinché le persone malate con patologie croniche e quelle non autosufficienti non restino solo in carico agli Enti Gestori dei servizi sociali ed ai Comuni. Garantendo così il diritto esigibile alle cure e la piena titolarità del SSN sui problemi della non autosufficienza cronica.
5. Assicuri che la programmazione di posti letto accreditati e convenzionati nelle RSA sia uniformemente adeguata ai fabbisogni dei diversi territori, incrementando la qualità del servizio in termini di dotazione organica, minutaggi, formazione del personale, apertura delle strutture al territorio.
6. Garantisca adeguata uniformità nei meccanismi istituzionali di raccordo tra ASL ed Enti gestori dei servizi sociali, anche supportando i territori che sono lontani da un assetto efficace, ridando efficacia a quanto prescrive la L.R. n. 18/2007 "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", governando una omogenea messa in opera nel territorio regionale dei sistemi di offerte per i non autosufficienti.
7. Revisioni l'attuale meccanismo della valutazione della non autosufficienza, prevedendo che in tale valutazione nelle commissioni competenti non abbia rilievo la condizione economica del richiedente. La condizione economica va utilizzata invece solo per identificare il livello di compartecipazione ai costi degli interventi.
8. Preveda come segmento indispensabile del sistema delle cure la diffusione di "Sportelli sociosanitari" come luogo di primo accesso "facile" per le famiglie, nei quali non solo ricevere la "prenotazione in UVG", ma anche informazione su tutte le altre prestazioni che potrebbero essere utili, anche se non attivate dallo Sportello (prestazioni INPS, sulle barriere architettoniche, sgravi fiscali, etc). Inoltre promuovendo offerte più polivalenti (anche tramite agenzie ad hoc), per sostituire i familiari nel gestire ove possibile le pratiche necessarie per accedere a prestazioni, quando il familiare non è in grado di farlo.

Per l'insieme di queste ragioni e per l'importanza che la questione riveste, invitiamo le persone, le Istituzioni, le Associazioni a sottoscrivere e a diffondere il presente MANIFESTO, inviando la loro adesione a: [segreteria@bottegadelpossibile.it](mailto:segreteria@bottegadelpossibile.it)

Il Comitato promotore è costituito da:

La Bottega del Possibile,

Acli Torino,

Acli Piemonte,

Fondazione Promozione Sociale Onlus,

Forum 3° Settore del Piemonte(\*),

Giovanna Cumino, Piero Demetri, Andrea Ferrato, Pasquale Giuliano, Mimmo Lucà, Maurizio Motta.

**(\*) realtà aderenti:** ADA -TORINO Associazione per i Diritti degli Anziani, AICS Comitato Regionale Piemonte, Anffas piemonte onlus, ANPAS COMITATO REGIONALE PIEMONTE, ANTEAS Piemonte, Arci Servizio Civile Piemonte, Associazione ACLI Piemonte, Associazione Arci Piemonte, Associazione CasaOz onlus, Associazione CICSENE, Associazione di Promozione Sociale La Bottega del Possibile, Associazione Gruppo Abele Onlus, Associazione USAcli Piemonte, Auser Volontariato Piemonte, Avis (Associazione Volontari Italiani Sangue) Regionale Piemonte, AVO Regionale Piemonte ONLUS, Consorzio delle Ong Piemontesi, Coordinamento Regionale Piemontese delle Società Mutuo Soccorso (SOMS), Gioc - Gioventù Operaia Cristiana, Legacoopsociali Piemonte, OPES Italia Comitato Regione Piemonte, SINAPSI s.c.s., Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, UISP PIEMONTE, UNPLI Unione Nazionale Pro loco d'Italia, FEDERSOLIDARIETA', TESC Piemonte, Associazione Giovanile per il Territorio, Comitato Interregionale SCS/CNOS, AGESCI Piemonte, CROCE VERDE Torino, CNCA Piemonte, Associazione Donatori di Sangue del Piemonte Fidas onlus.



**MOZIONE n. 1457**

**Il Consiglio regionale**

*premesso che*

- la condizione di sofferenza delle persone non autosufficienti a seguito di patologie invalidanti o loro esiti, o colpite dalle diverse forme di demenza, e delle loro famiglie ha raggiunto livelli insostenibili anche nella nostra regione;
- è del tutto evidente che la crescita di persone (prevalentemente anziane) in condizioni di non autosufficienza permanente sia tale da mettere in crisi, già ora, le capacità di risposta dell'attuale sistema di welfare, con presumibili esiti ancora peggiori nei prossimi anni in assenza di adeguati provvedimenti che possano contrastare questo trend negativo;
- la legge di bilancio di previsione finanziario 2019-2021, alla missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia), programma 1204 (Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale), ha stabilizzato, per l'intero triennio, la somma di € 55.000.000 (anzi, incrementata di ulteriori € 18.000.000 per l'annualità 2020), allocati nel capitolo 157098;
- detto fondo, incrementato di circa 13 milioni di euro tratti dal fondo sanitario regionale e integrato di 3,6 milioni dal fondo per le non autosufficienze (quota riservata ai pazienti affetti da Sla), garantisce la copertura delle prestazioni definite "extra lea", principalmente, oltre ad azioni sulla disabilità (strutture residenziali e nuclei temporanei) e sulla psichiatria (strutture residenziali psichiatriche socio riabilitative, assegni terapeutici e borse lavoro), le prestazioni attinenti alla cura della non autosufficienza (assegni di cura);

*preso atto che*

- nei mesi scorsi, diverse realtà associative operanti in ambito sociale - nello specifico La Bottega del Possibile, le Acli di Torino e del Piemonte, la Fondazione Promozione Sociale Onlus, nonché il Forum 3° Settore del Piemonte - hanno svolto un importante percorso di approfondimento sul tema della non autosufficienza, culminato nella redazione di un documento denominato Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti". Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza;
- il Manifesto è stato ufficialmente presentato venerdì scorso, 21 settembre 2018, in occasione di un convegno che ha avuto luogo nell'Aula del Consiglio regionale del Piemonte, al quale hanno partecipato anche gli Assessori regionali alla Sanità e alle Politiche sociali. L'intento di tale documento, che rimane aperto a nuove adesioni, è quello di promuovere "un dibattito pubblico sia sul piano politico che sul piano culturale rispetto alla condizione di non autosufficienza che colpisce un numero crescente di persone" e "richiamare la politica e i decisori, ai vari livelli, per un varo di provvedimenti adeguati a fronteggiare ed a governare questo fenomeno, nonché per rispondere efficacemente ai bisogni delle persone che vivono una condizione di non autosufficienza, assicurando così ad ognuna, l'esigibilità del diritto alla salute";

#### *evidenziato come*

- i bisogni cruciali delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie non richiedano solo attività infermieristiche, mediche e riabilitative, seppur fondamentali, ma anche l'assistenza continua nelle funzioni della vita quotidiana. La qualità di quest'ultima dipende spesso, infatti, più che da interventi di mera tecnica sanitaria (certamente indispensabili quando appropriati), dalla possibilità di un supporto permanente negli atti della vita di tutti i giorni;
- sia sempre maggiore il rischio di abituarsi al fatto che tocchi esclusivamente alle famiglie assistere le persone care non autosufficienti perché i servizi pubblici più di tanto non possono fare, ossia il rischio che si diffonda una concezione del welfare pubblico, insidiosa e distorta, che si limita solo a "contribuire se e quando può", assegnando primariamente ai familiari il compito di supporto. Tuttavia, moltissime famiglie, anche se presenti, non sono comunque in grado di garantire ai propri cari non autosufficienti adeguata assistenza e, dunque, questa concezione, oltre che iniqua verso le famiglie più fragili, è anche del tutto illusoria e inefficace;
- la carenza di interventi per la tutela degli atti della vita quotidiana - e le lunghe liste d'attesa per ottenerli - stiano producendo effetti drammatici sui non autosufficienti, oltre che sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistenza diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fare a meno di assistere ma non può fruire dei congedi retribuiti; gravissimi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari, etc.;
- l'offerta di posti letto residenziali debba essere di certo adeguata alla richiesta e ai bisogni, tuttavia non si può non sottolineare come la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza debba essere quella di potenziare la tutela presso il domicilio poiché essa, purché consistente, non soltanto è più gradita agli utenti e alle famiglie - oltre che più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita - ma è anche economicamente più efficiente;

#### *considerato che*

- sia necessario dare risposta all'esigenza di un "sistema di cure" più completo, vale a dire un sistema che si incardini non tanto sulla distinzione tra ambiti (sanitario e assistenziale), quanto piuttosto sulla loro integrazione, a partire dal bisogno di salute delle persone, che assicuri prestazioni esigibili (e non solo collochi in liste di attesa) ed offra un insieme coordinato di sostegni, adattabili alla condizione della persona e della sua rete familiare;
- sia quanto mai urgente e improcrastinabile - anche assumendo scelte puntuali in merito all'applicazione dei nuovi LEA nazionali emanati nel 2017 - che si pervenga ad un nuovo modello nel quale il SSN intervenga con prestazioni mediche, infermieristiche e di ausili ma si occupi anche adeguatamente della salvaguardia delle funzioni essenziali nella vita quotidiana delle persone non autosufficienti, non limitandosi, quindi, a fornire solo alcune ore di operatori sociosanitari (OSS) e lasciando tutto il resto alle famiglie o ai servizi sociassistenziali. La ratio alla base è che la sanità pubblica non possa limitarsi a "guarire" ma debba anche "curare", nel senso che anche quando la guarigione della persona sia impossibile, il suo compito primario deve essere e rimanere quello di "prendersi cura" dei bisogni originati da problemi di salute, anche sulla base di quanto sancito all'articolo 2 della legge fondativa del SSN (L. 833/78) secondo cui tale Servizio deve assicurare diagnosi e cura degli eventi morbosi "quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata";
- sia fondamentale porre rimedio con urgenza ad una delle più evidenti contraddizioni del sistema attuale, occorre cioè che la sanità pubblica fornisca medesime prestazioni a prescindere dal fatto che la persona non autosufficiente sia in una

RSA o al suo domicilio. E' inconcepibile che la stessa patologia cronica riceva dal SSN differenti garanzie di prestazione a seconda che essa sia gestita in struttura residenziale o a casa. Questo determina, nei fatti, comprensibili disincentivi alla permanenza a casa dei non autosufficienti, oltre che immotivate asimmetrie nelle prestazioni;

*considerato, altresì, che*

- nell'attuazione dei nuovi LEA sopra richiamati, approvati con DPCM del 12 gennaio 2017, la Regione deve agire attraverso un imprescindibile confronto con i soggetti sociali - Enti gestori e Organismi di rappresentanza degli utenti - poiché costruire atti fondamentali in questo modo non è un mero rituale burocratico, bensì una procedura che dà sostanza alle politiche e alla democrazia partecipativa. Infatti, solo decisioni nate da un vero confronto e dal coinvolgimento attivo del Terzo Settore hanno speranza di una messa in opera diffusa e davvero coerente;
- poiché il DPCM sui nuovi LEA prevede che l'offerta sia costruita "secondo i modelli regionali" ed integrata con il Sociale, occorre che la Regione utilizzi questa opportunità importantissima per pervenire ad un modello che abbia le seguenti caratteristiche:
  - garantisca diritti reali e riduca le liste d'attesa. Sebbene la sostenibilità economica sia un tema imprescindibile, i LEA si devono contraddistinguere come "diritti essenziali fruibili", la loro messa in opera deve puntare, quindi, a garantire almeno un set minimo di prestazioni ai non autosufficienti che siano esigibili e non dilazionabili. Di conseguenza, è ineludibile la definizione di standard minimi sui volumi di offerta da fornire e sui tempi per la loro attivazione, anche attuando nel merito la legge regionale n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti";
  - preveda che l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti possa consistere in offerte differenziate da concordare con la famiglia, adattandole alla specifica situazione (assegni di cura per assumere persone di fiducia, contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni, come pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo e così via);
  - assicuri un impegno anche del SSN nel finanziare diverse possibili forme di assistenza domiciliare per i non autosufficienti;
  - salvaguardi gli interventi sulla non autosufficienza e cronicità in capo al SSN, con adeguati stanziamenti di risorse;
  - assicuri che la programmazione di posti letto accreditati e convenzionati nelle RSA sia uniformemente adeguata ai fabbisogni dei diversi territori, incrementando la qualità del servizio in termini di dotazione organica, minutaggi, formazione del personale e apertura delle strutture al territorio;
  - garantisca adeguata uniformità nei meccanismi istituzionali di raccordo tra le ASL e gli Enti gestori dei servizi sociali, anche supportando i territori che sono ancora lontani da un assetto efficace e governando una omogenea messa in opera, sul territorio regionale, dei sistemi di offerta per i non autosufficienti;
  - revisioni l'attuale meccanismo della valutazione della non autosufficienza, prevedendo che in tale valutazione, ad opera delle commissioni competenti, non abbia rilievo la condizione economica del richiedente, che va utilizzata, invece, solo per identificare il livello di compartecipazione ai costi degli interventi;

- preveda come segmento indispensabile del sistema delle cure la diffusione di "Sportelli sociosanitari" come luogo di primo accesso facile per le famiglie, nei quali non solo ricevere la "prenotazione in UVG", ma anche informazione su tutte le altre prestazioni che potrebbero essere utili, anche se non attivate dallo Sportello (prestazioni INPS, sulle barriere architettoniche, sgravi fiscali, etc);

*ritenuto che le proposte avanzate dal Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti" costituiscano, allo stato attuale, l'elaborazione culturalmente e politicamente più avanzata in tema di servizi per la non autosufficienza*

### **impegna la Giunta regionale del Piemonte**

- a recepire integralmente il Manifesto per "Prendersi cura delle persone non autosufficienti". Verso una alleanza per la tutela della non autosufficienza quale linea guida regionale in materia di organizzazione, governo ed erogazione dei servizi per la non autosufficienza;
- a impegnare sul triennio nel capitolo "extra lea" le risorse tradizionalmente spese per "assegni di cura" per persone non autosufficienti, con l'incremento approvato per l'annualità 2020, affinché queste risorse, unitamente a quelle sanitarie in materia di domiciliarità, garantiscano l'attuazione delle linee di intervento definite nel Manifesto.

-----oOo-----

*Testo del documento votato con modifiche e approvato all'unanimità nell'adunanza consiliare del 12 marzo 2019*

Divisione Servizi Sociali  
Area Politiche Sociali  
MP  
0/B

2018 03860/019

CITTÀ DI TORINO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE

18 settembre 2018

Convocata la Giunta presieduta dal Vicesindaco Guido MONTANARI sono presenti gli Assessori:

Roberto FINARDI  
Marco GIUSTA  
Maria LAPIETRA  
Francesca Paola LEON

Federica PATTI  
Sergio ROLANDO  
Alberto SACCO  
Sonia SCHELLINO

Assenti per giustificati motivi, oltre la Sindaca Chiara APPENDINO, gli Assessori: Paola PISANO - Alberto UNIA.

Con l'assistenza del Segretario Generale Mauro PENASSO.

OGGETTO: ALLEANZA PER LA TUTELA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA.  
ADESIONE DA PARTE DELLA CITTÀ AL COMITATO PROMOTORE.

Proposta dell'Assessora Schellino.

La Città di Torino, fin dai primi anni 2000, in collaborazione con le A.S.L. cittadine (ora A.S.L. Città di Torino) ed in attuazione del D.P.C.M. 29/11/2001 e della D.G.R. 51/2003, ha promosso la realizzazione sul territorio di un sistema di tutela delle persone non autosufficienti, anziani e disabili, per fronteggiare i crescenti bisogni di assistenza sociosanitaria sia a livello domiciliare che residenziale e semiresidenziale. Si è dato corso alla realizzazione e sistematizzazione di una gamma articolata di servizi e prestazioni, in grado di sostenere sia la persona in condizioni di fragilità che le famiglie, coinvolgendo il mondo della cooperazione e dell'associazionismo e valorizzando il lavoro delle diverse figure impegnate nella cura. I percorsi di accreditamento sociosanitari avviati e la creazione di specifici Albi (per le prestazioni domiciliari, per i presidi sociosanitari - disabili e anziani) hanno creato le premesse per un'offerta diversificata e di qualità a disposizione dei cittadini torinesi e delle loro famiglie.

Più recentemente, il piano di rientro della spesa sanitaria della Regione Piemonte, ha determinato un ridimensionamento ed un contenimento delle prestazioni sociosanitarie offerte, con conseguente incremento delle liste di attesa, fatte salve le situazioni con priorità sociosanitaria, aprendo al contempo lo spazio per un ripensamento del modello attuato, all'interno di un quadro legislativo incerto rispetto alla direzione dei cambiamenti e alla applicazione dei nuovi LEA, approvati nel gennaio 2017.

Nel merito, i ricorsi presentati dalla Città avverso la Regione Piemonte per il ritiro della D.G.R. 26/2013 "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti" e n. 5/2014 "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza" (v. mozione Consiglio Comunale del 10 marzo 2014 mecc. 2014 00752/002) ed il conseguente ricorso da parte della Regione Piemonte al Consiglio di Stato avverso la sentenza del T.A.R. (v. sent. n. 154 del 29/01/2015) tuttora in attesa di pronunciamento, hanno messo in crisi il modello di domiciliarità fino ad allora attuato e creato uno stallo nella ridefinizione del sopracitato modello, con importanti ricadute sulle prestazioni sociosanitarie destinate ai cittadini.

L'Amministrazione comunale, in tale contesto, anche stimolata dal mondo dell'associazionismo di tutela molto attivo sul territorio cittadino, ha mostrato estrema sensibilità rispetto alla necessità di tutela della salute e del diritto alle cure da parte delle persone non autosufficienti, specie quelle sole o con rete familiare fragile, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale, preservando il più possibile gli stanziamenti dedicati e mantenendo, nelle diverse sedi di dibattito istituzionale, un'attenzione costante sui temi della non autosufficienza, impegnando gli organi di governo politico a farsi promotori di specifiche azioni nei confronti dei soggetti istituzionali preposti (Regione, A.S.L.).

Oltre alle azioni già sopradescritte, costituiscono ulteriori esempi di attenzione al tema le recenti mozioni approvate dal Consiglio Comunale entrambe il 9 maggio 2018: la prima – mozione n. 22 – approvata con deliberazione (mecc. 2017 05058/002) avente per oggetto:

“Lista di attesa per malati non autosufficienti” e la seconda – mozione n. 23 – approvata con deliberazione (mecc. 2018 01702/002) avente per oggetto “Informativa scritta ai cittadini torinesi malati e/o con disabilità non autosufficienti sul diritto alla cure sanitarie e socio-sanitarie previsto dalla norma vigente” e, da ultimo, la mozione approvata in data 2 luglio 2018 (mecc. 2018 00805/002) avente per oggetto “Iniziativa per revoca e superamento D.G.R. 45 su assistenza socio-sanitaria”.

Sul complesso e dibattuto tema della non autosufficienza la recente nascita di un Comitato promotore volto a creare un’“Alleanza per la tutela della non autosufficienza” con il coinvolgimento di Istituzioni, associazioni e cittadini, rappresenta un’ulteriore occasione di stimolo e di confronto sui contenuti, con l’obiettivo di creare un dibattito allargato sul tema, per ridefinire a livello regionale politiche socio sanitarie sostenibili ma anche promotrici di una cultura dei diritti e di tutela della fasce deboli della popolazione, attraverso un’azione collettiva che faccia da volano per l’assunzione di decisioni sul piano programmatico e legislativo.

L’adesione dell’Amministrazione comunale al manifesto presentato allo scopo di cui si allega copia, risulta pertanto in continuità con i valori e i principi sui quali si è mossa in questi anni, con il modello che si intende tutelare, in forza del proprio patrimonio esperienziale, nell’intento di contribuire al dibattito politico e culturale sul tema.

Si dà atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa diretti o indiretti a carico della Città.

Si dà atto che il presente provvedimento non è pertinente alle disposizioni in materia di valutazione dell’impatto economico dettate dalla circolare del 19/12/2012 prot. n. 16298, in applicazione alla deliberazione della Giunta Comunale del 16 ottobre 2012 (mecc. 2012 05288/128).

Tutto ciò premesso,

#### LA GIUNTA COMUNALE

Visto che ai sensi dell’art. 48 del Testo Unico delle leggi sull’Ordinamento degli Enti Locali, approvato con D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, la Giunta compie tutti gli atti rientranti, ai sensi dell’art. 107, commi 1 e 2 del medesimo Testo Unico, nelle funzioni degli organi di governo che non siano riservati dalla Legge al Consiglio Comunale e che non ricadano nelle competenze, previste dalle leggi o dallo Statuto, del Sindaco o degli organi di decentramento;

Dato atto che i pareri di cui all’art. 49 del suddetto Testo Unico sono:

favorevole sulla regolarità tecnica;

viene dato atto che non è richiesto il parere di regolarità contabile, in quanto il presente provvedimento non comporta riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell’ente;

Con voti unanimi, espressi in forma palese;

DELIBERA

- 1) di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, l'adesione al manifesto (all. 1) ed alle azioni promosse dal Comitato "Alleanza per la tutela della non autosufficienza";
- 2) di dare atto che il presente provvedimento non è pertinente alle disposizioni in materia di valutazione dell'impatto economico dettate dalla circolare del 19/12/2012 prot. n. 16298, in applicazione alla deliberazione della Giunta Comunale del 16 ottobre 2012 (mecc. 2012 05288/128);
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa diretti o indiretti a carico dell'Ente;
- 4) di dichiarare, attesa l'urgenza, in conformità del distinto voto palese ed unanime, il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, 4° comma, del Testo Unico approvato con D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267.

L'Assessora  
alla Salute, Politiche Sociali e Abitative  
Sonia Schellino

Si esprime parere favorevole sulla regolarità tecnica.

La Dirigente dell'Area  
Marina Merana

Verbale n. 48 firmato in originale:

IL VICESINDACO  
Guido Montanari

IL SEGRETARIO GENERALE  
Mauro Penasso

---



ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione:

- 1° ai sensi dell'art. 124, 1° comma, del Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli EE.LL. (Decreto Legislativo 18.8.2000 n. 267) è pubblicata all'Albo Pretorio del Comune per 15 giorni consecutivi dal 24 settembre 2018 all'8 ottobre 2018;
- 2° ai sensi dell'art. 134, 3° comma, del Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli EE.LL. (Decreto Legislativo 18.8.2000 n. 267) è esecutiva dal 4 ottobre 2018.

**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza  
fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36  
In attività ininterrottamente dal 1970  
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95  
e-mail: [info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)

**Fondazione  
Promozione sociale**

ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino  
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595  
[info@fondazionepromozionesociale.it](mailto:info@fondazionepromozionesociale.it)  
[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

**IL SERVIZIO SANITARIO HA L'OBBLIGO DI CURARE I MALATI CRONICI  
CHE DIVENTANO NON AUTOSUFFICIENTI**

## **SFATIAMO LE "FAKE NEWS" SANITARIE!**

**che riguardano i ricoveri in ospedale e nelle altre  
strutture sanitarie convenzionate (case di cura, Cavs)**

<b>«GLI OSPEDALI E LE CASE DI CURA POSSONO DIMETTERE IL MALATO NON AUTOSUFFICIENTE, PERCHÉ SONO I FAMILIARI CHE DEVONO TROVARE UNA RSA DEFINITIVA»</b>	<b>FALSO!</b> Se i parenti della persona malata non sono disponibili ad accettare le dimissioni del proprio congiunto non autosufficiente possono opporsi alle dimissioni, come previsto dalla normativa vigente. In base all'art. 23 della Costituzione <i>«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»</i> : non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai congiunti compiti affidati al Servizio sanitario resta confermato l'obbligo sopra riportato stabilito dall'art. 2 della legge 833/1978.
<b>«I MALATI CRONICI ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENTI SONO "CASI SOCIALI" ED HANNO BISOGNO SOLO DI "ASSISTENZA"»</b>	<b>FALSO!</b> Come ha precisato l'Ordine dei Medici nel documento del 6 luglio 2015 <i>«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»</i> .
<b>«POSSO PORTARE IL MIO CONGIUNTO MALATO CRONICO NON AUTOSUFFICIENTE E/O CON DEMENZA AL PRONTO SOCCORSO IN CASO DI URGENZA?»</b>	<b>VERO!</b> Tenuto conto che le Commissioni di valutazione dell'Asl non riconoscono il diritto indifferibile alle prestazioni del malato non autosufficiente, l'accesso al Pronto soccorso è la modalità prevista per ottenere diagnosi, cure e continuità terapeutica. In Piemonte, in base alla delibera n. 72/2004, i Pronto soccorsi possono trasferire, anche immediatamente, gli infermi cronici non autosufficienti alla Rsa anche allo scopo di evitare intasamenti inutili.
<b>«SE MI OPPONGO ALLE DIMISSIONI, IL PAZIENTE PUÒ COMUNQUE ESSERE TRASFERITO IN ALTRA STRUTTURA»</b>	<b>VERO!</b> Se ci opponiamo alle dimissioni di un nostro congiunto non autosufficiente, il paziente rimane a carico del Servizio sanitario nazionale, che può disporre il trasferimento in altro reparto o in altra struttura. L'importante è che ogni eventuale trasferimento rimanga a carico del Servizio sanitario: ai parenti non può essere chiesto di attivarsi in alcun modo (prenotazione e/o pagamento dell'ambulanza, ecc.).
<b>«IL RICOVERO IN CASA DI CURA CONVENZIONATA DURA AL MASSIMO 60 GIORNI»</b>	<b>FALSO!</b> Non è vero che esiste un limite di tempo ai ricoveri in ospedali, case di cura e centri di riabilitazione. L'art. 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario è tenuto ad assicurare <i>«la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata»</i> .
<b>«SE NON ACCETTI LE DIMISSIONI DI UN MALATO NON AUTOSUFFICIENTE RICOVERATO RISCHI UNA DENUNCIA PER ABBANDONO DI PERSONA INCAPACE»</b>	<b>FALSO!</b> I parenti dei malati non hanno alcun obbligo di accettare le dimissioni dei propri cari, in base all'art. 23 della Costituzione ( <i>«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»</i> ). Inoltre, fintanto che la persona malata rimane in carico al Servizio sanitario nazionale ogni responsabilità diagnostica e curativa permane in capo alla sanità.

<p><b>«SE NON ACCETTI LE DIMISSIONI DI UN MALATO NON AUTOSUFFICIENTE PUOI ESSERE DENUNCIATO PER REATO ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA»</b></p>	<p><b>FALSO!</b> Non c'è nessun reato. La Procura della Repubblica può eventualmente richiedere la nomina, a seconda delle condizioni, di un tutore o di un amministratore di sostegno per il malato. È bene ricordare che è sempre meglio che siano i congiunti del malato ad attivarsi per primi in tal senso: se si attiva prima la struttura, c'è il rischio che venga nominata una persona terza che estromette i familiari da ogni decisione.</p>
<p><b>«SE NON ACCETTI LE DIMISSIONI DEL MALATO NON AUTOSUFFICIENTE RICOVERATO CHIAMIAMO CARABINIERI»</b></p>	<p><b>FALSO!</b> Non c'è nessun reato. I Carabinieri non hanno competenza in materia; è bene ricordare che non esiste alcuna legge che obblighi i familiari a curare il proprio congiunto anziano malato cronico non autosufficiente.</p>
<p><b>«SE MI OPPONGO ALLE DIMISSIONI DI UN MALATO NON AUTOSUFFICIENTE DEVO PAGARE LE FATTURE PER IL RICOVERO 'OLTRE IL TERMINE'»</b></p>	<p><b>FALSO!</b> Dal momento in cui ci si oppone alle dimissioni e fino a che non avvenga la presa in carico da parte dell'Asl di competenza del malato, la degenza rimane a completo carico del Servizio sanitario se permane la condizione di non autosufficienza.</p>
<p><b>«É OBBLIGATORIO PRESENTARE L'ISEE PER POTER OTTENERE LA VALUTAZIONE UVG»</b></p>	<p><b>FALSO!</b> Le prestazioni sanitarie non possono dipendere da valutazioni di natura socio-economica (art. 1 legge 833/1978). La richiesta di presentare l'Isee per l'accesso alle prestazioni è una violazione del principio fondamentale contenuto nell'art. 1 della legge 833/1978 in base al quale il Servizio sanitario nazionale deve fornire le prestazioni domiciliari e residenziali «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario nazionale, in quanto discriminatorio rispetto agli altri malati ed altresì in contrasto con la legge 67/2006.</p>
<p><b>«SONO OBBLIGATO A GARANTIRE IL PAGAMENTO DELLA RETTA DI RICOVERO DEL MIO FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE IN BASE ALL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE (ALIMENTI)»</b></p>	<p><b>FALSO!</b> L'art. 433 del Codice civile individua i soggetti obbligati al pagamento degli alimenti. La degenza presso una Rsa non riguarda gli alimenti: si tratta infatti di prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie. Restano salve le disposizioni sull'Isee, previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013 e s.m.i.</p>
<p><b>«È OBBLIGATORIO OTTENERE LA VALUTAZIONE UVG»</b></p>	<p><b>VERO!</b> Le attuali previsioni normative regionali prevedono che, per poter ottenere dall'Asl di competenza la prestazione richiesta (sia che si tratti di cure domiciliari, sia che si richieda l'ingresso in convenzione in Rsa) è necessario ottenere la valutazione da parte dell'Uvg dell'Asl di riferimento.</p>
<p><b>«UNA VOLTA OTTENUTA LA CONVENZIONE, DEVO INDICARE ALL'ASL IN QUALE STRUTTURA ATTIVARLA»</b></p>	<p><b>VERO!</b> Una volta ottenuta la convenzione occorre inviare formale accettazione all'Asl per richiedere che la convenzione venga attivata in una determinata struttura che può essere individuata dagli stessi congiunti del malato.</p>
<p><b>«SE OTTENGO IL RICOVERO IN CONVENZIONE IN UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (RSA) LA RETTA MENSILE È CARICO DELL'ASL»</b></p>	<p><b>PRECISAZIONE.</b> Ottenere un ricovero in Rsa in convenzione con l'Asl non significa ottenere un ricovero gratuito. In regime di convenzione, il costo totale della retta viene ripartito secondo le norme di legge: almeno il 50% a carico dell'Asl (retta sanitaria) e la parte restante (retta alberghiera), mai superiore al 50%, a carico del paziente e, se del caso, del Comune di residenza del malato che integra in base a quanto previsto dalle norme Isee sopra citate.</p>
<p><b>«POSSO SEMPRE OPPORMI ALLE DIMISSIONI»</b></p>	<p><b>PRECISAZIONE.</b> È possibile opporsi alle dimissioni di un paziente non autosufficiente (quindi non in grado di badare a sé stesso, né di vivere autonomamente) se il ricovero è stato disposto dal Servizio sanitario nazionale. Se il ricovero è <u>privato</u>, detto ricovero è regolato da un contratto privato che (salvo preveda diversamente) può essere risolto in qualsiasi momento da entrambe le parti: non è quindi possibile opporsi alle dimissioni in caso di ricovero privato.</p>

ALTRE INFORMAZIONI UTILI SONO RECUPERABILI SUI SITI [WWW.FONDAZIONEPROMOZIONESOCIALE.IT](http://WWW.FONDAZIONEPROMOZIONESOCIALE.IT) E [WWW.TUTORI.IT](http://WWW.TUTORI.IT)

## Incontri di informazione in Circoscrizione

- Anziani malati non autosufficienti, malati di Alzheimer o con altre forme di demenza, malati di Parkinson o con esiti invalidanti da patologie acute.
- I nostri diritti in ospedale e nelle case di cura.
- Come ottenere cure a domicilio e ricoveri in RSA senza lista d'attesa.

**VENERDÌ 6 DICEMBRE ALLE ORE 16**  
**PRESSO**  
**La Casa del Quartiere - BARRIO**  
**VIA TEPICE 23, TORINO**

*Cosa possiamo fare se l'ospedale o la casa di cura vogliono dimettere un malato non autosufficiente? Come si ottiene il ricovero in Rsa? Che cosa garantiscono l'Asl e il medico di medicina generale al domicilio? A cosa serve l'Isce?*

Saluti iniziali:

**Davide Ricca, Presidente Circoscrizione 8**

Introduce:

**Lorenzo D'Agostino, Coordinatore III Commissione della Circoscrizione 8.**

Intervengono:

**Andrea Ciattaglia, Fondazione Promozione sociale onlus.** I diritti e le informazioni pratiche per la tutela e le cure dei malati cronici non autosufficienti, compresi i malati di Alzheimer e con altre forme di demenza.

**Edoardo Benedicenti, Presidente Consiglio dei Seniores Città di**

**Torino.** Presentazione dell'opuscolo informativo "Aiutiamo gli anziani a non farsi ingannare dalle false notizie - Opposizione alle dimissioni forzate e diritto alla continuità delle cure".

L'incontro è rivolto a tutti i cittadini, in particolare a familiari di malati non autosufficienti, assistenti familiari, volontari delle associazioni e operatori delle organizzazioni sociali del territorio.

**Per informazioni:**

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

Tel. 011.8124469

## INFORMAZIONI SUI DIRITTI DEI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E DEI MALATI DI ALZHEIMER

*Nell'incontro saranno fornite informazioni sulle prestazioni socio-sanitarie (cure domiciliari, centri diurni, ricoveri in Rsa) e sulle norme che garantiscono il diritto a ottenerle in convenzione dell'Asl, cioè con almeno il 50% del costo della prestazione a carico del Servizio sanitario regionale. Le cure sanitarie e socio-sanitarie sono un diritto soggettivo ed esigibile del malato, che può essere ottenuto direttamente, ma è necessario conoscere i nostri diritti e sapere come e a chi si devono richiedere le prestazioni e i servizi sanitari necessari ai nostri familiari non autosufficienti. Chi non è informato finisce in lista d'attesa.*

*Almeno 10mila torinesi malati non autosufficienti (con demenza, esiti da ictus, incidenti...) sono in attesa di cure continuative, 24 ore su 24, che devono essere assicurate dall'Asl.*

*Al loro fianco decine di migliaia di parenti sui quali si scaricano le fatiche e i costi del mancato intervento della sanità. Ti riconosci in questa situazione? La stai vivendo a casa o hai parenti/amici che sono sfiniti e abbandonati dai servizi? L'obiettivo degli incontri è dare voce alle storie di malati e accuditori che hanno richiesto e ottenuto le cure secondo le*

*leggi, illustrare gli strumenti e i percorsi che hanno garantito le prestazioni di cui avevano bisogno, in modo che altri cittadini nelle stesse condizioni possano ottenere le prestazioni a cui hanno diritto i loro cari malati e non autosufficienti.*

*Quali sono le tutele che assicura la legge; a cosa ha diritto il tuo parente non autosufficiente? È vero che se ho un po' di soldi da parte non mi spetta niente? E la proprietà della casa, davvero mi può negare le cure?*

*Informazioni fondamentali nei momenti di debolezza e sofferenza causati dalla gravissima malattia di un parente, che ci espongono ad essere vulnerabili e facilmente raggiungibili, specialmente se le informazioni non corrette vengono date da operatori sanitari o sociali di cui istintivamente ci si fida.*

**Per informazioni:**  
[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)  
Tel. 011.8124469

"Fotocopiato in proprio, Fondazione promozione sociale onlus,  
via Artisti 36 - 10124 Torino, 20 settembre 2019"

## **ARCIDIOCESI DI TORINO**

*Ufficio Pastorale Migranti - Ufficio Pastorale Sociale e del Lavoro  
Caritas - Ufficio per la Pastorale della Salute*



**“Veniva nel mondo  
la luce vera,  
quella che  
illumina  
ogni uomo”**

*Gv 1.9*

*“Il Natale è sempre nuovo, perché ci invita a  
rinascere nella fede, ad aprirci alla speranza, a  
riaccendere la carità”*

*Papa Francesco*

# **Santa Messa di Natale**

per il mondo del sociale, movimenti e aggregazioni laicali

**Presieduta da  
S.E.R.ma Mons. Cesare Nosiglia  
Arcivescovo di Torino**

**Giovedì 12 dicembre 2019, ore 19**

**presso la Chiesa del Presidio Molinette  
della Città della Salute e della Scienza di Torino**

**Corso Bramante 88 - Torino**