

20 MARZO 2014

**II DIRITTO ALLE PRESTAZIONI
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE
DELLE PERSONE
ANZIANE MALATE CRONICHE E NON
AUTOSUFFICIENTI (morbo di Alzheimer, ecc.),
DISABILI INTELLETTIVI GRAVI, ...**

1° DIRITTI

2° FINANZIAMENTI

3° RAPPRESENTANZA

Informazione/formazione

1° DIRITTI



**Costituzione, Legge 833/1978, i LEA
I PROVVEDIMENTI DELLA MAGISTRATURA**

- ▶ **DIRITTO ALLA CONTINUITA' TERAPEUTICA**
- ▶ ▶ **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI**
- ▶ ▶ ▶ **LETTERA FACSIMILE**

SITUAZIONE PIEMONTESE

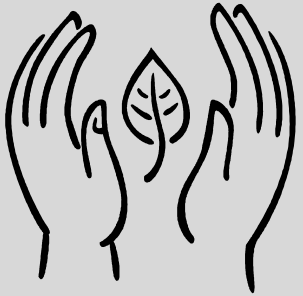
2° FINANZIAMENTI



RISORSE

- ▶ **Petizione popolare Lea**
- ▶ **Petizione popolare cure domiciliari**
- ▶ **ISEE**

3° RAPPRESENTANZA



▶ **INTERDIZIONE**

▶ **AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**



Necessità di **INFORMARE** ed **INFORMARSI**



notiziario **CONTROCITTÀ**



rivista **PROSPETTIVE ASSISTENZIALI**



Libro **“NON è SUFFICIENTE!”**

Premessa

- *Il volontariato dei diritti*

"L'emarginazione sociale si può vincere solo riconoscendo alle persone incapaci di autodifendersi le stesse esigenze e gli stessi diritti degli altri cittadini"



COSTITUZIONE

Art. 32

*«La Repubblica tutela la salute
come **fondamentale** diritto dell'individuo
e interesse della collettività,
e garantisce cure gratuite agli indigenti».*

Legge 833/1978

Art. 2

Il Servizio sanitario nazionale deve assicurare

« la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata »

« la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione »

« la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici »

Art. 117, c.2, lett. m) COSTITUZIONE

“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: (...) m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”

LEA

**LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
SANITARIA E SOCIO-SANITARIA**

*DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
del 29 novembre 2001*

⇒ Dpcm reso cogente dall'art. 54, legge 289/2002

Art. 54. legge 289/2002

(Livelli essenziali di assistenza)

1. Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

*2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e **garantite** dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto.*

3. La individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Dpcm 29/11/2001

⇒ Norme rese cogenti dall'art. 54, legge 289/2002

e concordate dal Governo **con** le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento nelle sedute dell'8 agosto e del 22 novembre 2001, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Bolzano e Trento.

I LEA PREVEDONO
DIRITTO PIENAMENTE ESIGIBILE
DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI
NON AUTOSUFFICIENTI

AL RICOVERO IN RSA

Residenza Sanitaria Assistenziale

I LEA PREVEDONO
DIRITTO PIENAMENTE ESIGIBILE
DELLE PERSONE CON HANDICAP INTELLETTIVO
GRAVE

AL CENTRO DIURNO

E

ALLA STRUTTURA RESIDENZIALE

Detti diritti devono essere
garantiti dal *Servizio Sanitario Nazionale*,

mentre ai Comuni sono stati attribuiti
compiti di natura meramente economica.

Dal Dpcm 29/11/2001

(...)

Allegato 1.C AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

«Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

*In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di **minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV**».*

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
7. ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE					
	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	<ul style="list-style-type: none"> a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [cfr. % colonna a fianco] f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa 	50%	Assistenza domiciliare integrata	L. n. 833/78 art. 25 P.O. Anziani

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
SEGUE Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza.	a) prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori alla coppia e alle famiglia (ivi comprese le famiglie adottive ed affidatarie). prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti		1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative 2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche. 3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni. 4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	L. n. 405/1975 L. n. 194/1978 Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali L. n. 66/1996 L. n. 269/1998 D.M. 24.4.2000 "P.O. Materno Infantile"

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
SEGUE Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socioriabilitative presso il domicilio		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale e domiciliare	D.P.R. 10.11.1999 "P.O. tutela della salute mentale 1998/2000"
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative ivi compreso quelle erogate durante il periodo della disassuefazione; b) i programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale e domiciliare	D.P.R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici psichici e sensoriali	a) prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socioriabilitative presso il domicilio; b) assistenza protesica		1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali e assistenza protesica. 2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, in regime domiciliare	L. n. 833/1978 art. 26 Prov. 7.5.1978 "Linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione" L. n. 104/92 L. n. 162/1998 Leggi regionali*

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
SEGUE Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	a) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare	L. n. 39/1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria a persone affette da AIDS	a) Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare			L. n. 135/1990 D.P.R. 8.3.2000 "P. O. AIDS"
8. ASSISTENZA TERRITORIALE SEMI-RESIDENZIALE					
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo semiresidenziale	D.P.R. 10.11.1999 "P.O. tutela della salute mentale 1998/2000"

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
Segue Assistenza territoriale semi-residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale; b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi [cfr. % colonna a fianco]	30%	1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali in regime semiresidenziale. 2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, in regime semiresidenziale, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia	L. n. 833/1978 art. 26 Prov. 7.5.1978: linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione
		c) rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione; d) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.			L. n. 104/92 L. n. 162/1998 Leggi regionali
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti	a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime semiresidenziale; b) programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime semiresidenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D.P.R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
Segue Assistenza territoriale semi-residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	a) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale , ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]	50%	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi a ciclo diurno, compresi interventi e servizi di sollievo	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/ 1998 D. Lgs. n. 229/99 D.P.R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale			L. n. 135/1990 D.P.R. 8.3.2000 "P. O. AIDS"
9. ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE					
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale b) Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale [cfr. % colonna a fianco]	60%	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo residenziale 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento sociale e lavorativo	D.P.R. 10.11.1999 "P.O. tutela della salute mentale 1998/2000"

<p>Segue Assistenza territoriale residenziale</p>	<p>Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali</p>	<p>a) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale ivi compresi i soggetti con responsività minimale;</p> <p>b) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;</p> <p>c) prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ disabili gravi [cfr.% colonna a fianco]; ▪ disabili privi di sostegno familiare [cfr.% colonna a fianco]; <p>d) rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione.</p>	<p>30% 60%</p>	<p>1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni residenziali.</p> <p>2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione in regime residenziale, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia</p>	<p>L. n. 833/1978 art. 26 Prov. 7.5.1978 "Linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione"</p> <p>L. n. 104/92 L. n. 162/1998 Leggi regionali*</p> <p>DPCM 1° dicembre 2000 DM 21 maggio 2001</p>
	<p>Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di tossicodipendenti</p>	<p>a) trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime residenziale per tutto il periodo della disassuefazione;</p> <p>b) programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.</p>		<p>Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale</p>	<p>D.P.R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999</p>
	<p>Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani</p>	<p>a) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva;</p> <p>b) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]</p>	<p>50%</p>	<p>Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo, compresi interventi e servizi di sollievo</p>	<p>Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/ 1998 D. Lgs. n. 229/99 D.P.R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*</p>

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
Segue Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS	a) Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale	30%	Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali	L. n. 135/1990 D.P.R. 8.3.2000 "P. O. AIDS"
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di malati terminali	a) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale	L. n. 39/1999
11. ASSISTENZA PENITENZIARIA					
	Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei detenuti	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socioriabilitative per le dipendenze e disturbi mentali			

Nota: * Trattasi di leggi regionali relative alle modalità organizzative dei servizi e di erogazione delle prestazioni, che non individuano livelli ulteriori di assistenza rispetto alla normativa nazionale.

I diritti previsti con i LEA sono **CONFERMATI** DA **PROVVEDIMENTI DELLA MAGISTRATURA**

- ***Sentenza 36/2013 Corte cost.***

«L'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani **non autosufficienti** è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri*».

- ***Ordinanza TAR PIEMONTE 381/2013***

“Le prestazioni relative ai **centri diurni** [handicap grave] «*rientrano pacificamente nei Livelli essenziali di assistenza*» e che «*gli Enti locali coinvolti sono (...) immediatamente tenuti a far fronte ai suddetti oneri (...) essendo stati vincolati ad applicare una disposizione immediatamente precettiva introdotta a tutela di una fascia di popolazione particolarmente debole*».

- ***Sentenza 189/2014***

Sono illegittime le liste di attesa per la fruizione delle prestazioni dei **centri diurni per handicap intellettuale grave**.

- ***Ordinanze 609/2012 e 141/2013, Sentenza 199/2014***

Liste di attesa illegali per l'accesso degli anziani malati cronici non autosufficienti nelle **Rsa**

- ***Sentenza 326/2012***

Sono illegittime «*le liste di attesa per la fruizione dei servizi di “educativa territoriale” per i disabili e di “assistenza domiciliare” per i disabili*» poiché si tratta «*di servizi che rientrano, a tutta evidenza, nelle definizioni di cui all'allegato 1.C., punti 8 e 9*».

...Nonché dalla Risoluzione n. 8-00191

Approvata all'unanimità dalla XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei Deputati l'11 luglio 2012 che impegna il Governo:

- ad assumere le iniziative necessarie per assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie e delle cure socio-sanitarie, previste dai Lea.

PETIZIONE NAZIONALE
SUI L.E.A.
Livelli essenziali di assistenza

La **Risoluzione n. 8-00191**
è un risultato importante della

PETIZIONE NAZIONALE
SUL FINANZIAMENTO DEI LEA
(2011-2012)

41.946 FIRME
86 ADESIONI

Sono estremamente utili e urgenti le iniziative volte ad ottenere:

- AUMENTO DEL FINANZIAMENTO DEL **FONDO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**, CHE DEVE ASSICURARE PRIORITARIAMENTE GLI INTERVENTI PREVISTI DAI LEA;
- DEFINIZIONE DI IDONEI STANZIAMENTI ANNUI A FAVORE DEI COMUNI (**FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE** DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 1264 DELLA LEGGE 296/2006) CHE DEVONO INTEGRARE LE QUOTE ALBERGHIERE NON CORRISPOSTE DAGLI ASSISTITI;
- APPROVAZIONE DELLE ALTRE DISPOSIZIONI OCCORRENTI PER LA CORRETTA E TEMPESTIVA ATTUAZIONE DEI LEA.

* FONDO SANITARIO NAZIONALE

Prevede il finanziamento delle prestazioni rientranti nei Lea
(per la quota sanitaria)

* FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

(di cui all'articolo 1, comma 1264 della legge 296/2006)

Stanziamenti ai Comuni per l'integrazione della quota alberghiera che l'utente non riesce a coprire

Fondi per la non autosufficienza

Tentativo intrapreso da alcune Regioni di sostituire i finanziamenti del Servizio sanitario nazionale (che godono di una particolare tutela da parte della Costituzione e dalle leggi vigenti) con una normativa regionale che consente di limitare gli importi assegnati: ne consegue la negazione del diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie anche nei riguardi di migliaia di malati.

Prima dei Lea, il diritto all'accoglienza residenziale era stabilito dai vigenti artt. 154 e 155 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, "Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza".

L'art. 154 stabilisce quanto segue: *«Le persone riconosciute dalle autorità locali di pubblica sicurezza inabili a qualsiasi proficuo lavoro e che non abbiano mezzi di sussistenza né parenti tenuti per legge agli alimenti e in condizioni di poterli prestare sono proposte (...) per il ricovero in un istituto di assistenza o beneficenza del luogo o di altro Comune (...)».*

“Gli articoli 154 e 155 del Testo unico di pubblica sicurezza non sono mai stati abrogati, né lo potevano essere da una legge quadro sull'assistenza, stante la diversità dei fini perseguiti” (M. Dogliotti).

I succitati compiti sono stati trasferiti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 alle Regioni e ai Comuni.

(cfr. articolo “Come abbiamo procurato un ricovero di emergenza a un nostro congiunto colpito da grave handicap intellettivo” pubblicato sul n. 123/1998, *Prospettive assistenziali*).

▶ DIRITTO ALLA CONTINUITA' TERAPEUTICA

▶ ▶ OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI

▶ ▶ ▶ LETTERA FACSIMILE



▶ **OSPEDALE**

▶ ▶  **CASA DI CURA**

▶ ▶ ▶  **RSA**

SENZA LIMITI DI DURATA



“LE DUE SANITA’”

- **Ospedale / Casa di cura conv.**

RETTA 100% a CARICO FONDO SANITARIO

- **Rsa** (x Non autosuff. >65anni)

RETTA =

QUOTA SANITARIA (in genere 50%) + QUOTA
ALBERGHIERA (utente/Comune)

Nei casi di urgenza

Accesso dal Pronto soccorso

(con un testimone - persona adulta non parente)

meglio se con impegnativa del Medico di base
che fa una richiesta di ricovero urgente

**Preliminarmente si può inviare una raccomandata A/R
al Direttore generale dell'Asl di residenza del paziente e
al Direttore sanitario dell'ospedale di competenza territoriale,
per comunicare che tal giorno/ora porterà paziente al Pronto soccorso**

MINACCE

La CORTE DI CASSAZIONE, Sezione II, con la sentenza 89/182005 ha stabilito che *«al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa».*

Attenzione: occorre avere le prove

Articolo 28 della Costituzione

« I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti (...)».

*Non vi sono leggi che impongano
ai familiari dei congiunti cronici non autosufficienti,
oneri di assistenza e cura che spettano al Servizio sanitario*

Art. 23 della Costituzione

*«Nessuna prestazione personale o patrimoniale
può essere imposta se non in base alla legge».*

SITUAZIONE PIEMONTESE

31.000 in LISTA ATTESA

17.000 x cure DOMIC. + 14.000 x ricovero RESID.

TENTATIVO DEL TRASFERIMENTO di competenza dalla sanità all'assistenza

<i>SANITA'</i>	<i>ASSISTENZA</i>
<p>Art. 32 - Costituzione <i>«La Repubblica tutela la <u>salute</u> come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».</i></p>	<p>Art. 38, 1°c. - Costituzione <i>«Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al <u>mantenimento e all'assistenza sociale</u>».</i></p>

Alcune delibere regionali del Piemonte

DGR 45/2012

IL NUOVO MODELLO INTEGRATO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
SOCIO-SANITARIA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI.

(modificata dalla Dgr 85/2013, che a sua volta è stata annullata dalla sentenza Tar Piemonte 201/2014)

- 6 livelli + NAT
- Prevede solo Rsa (no Raf)
- CDAI, CDAA (Alzheimer) 5gg x 8 h/dì
- CDI, CDIA (anziani parzialmente autosufficienti) 5 gg x 10 h/dì
- Assistenza specialistica, protesica
- **Farmaci** garantiti Asl come da PTA. Se non è inserito nel PTA l'erogazione è valutata dalla Commissione terapeutica aziendale
- Per farmaci non esenti, obbligo di evidenziazione in fattura con scontrino fiscale
- Prodotti per la Nutrizione artificiale garantiti dall'Asl
- Fornitura dei materiali per il monitoraggio glicemico
- Ossigenoterapia
- Letti, cuscini, materassi antidecubito, sollevatori garantiti da struttura

- Rsa possono accettare pazienti da Ospedali in continuità assistenziale o dimissione protetta
- Pubblicizzato l'orario di effettiva presenza medica
- Menù personalizzati. Imboccamento compreso
- Lavanderia anche quella piana e personale
- **Parrucchiere** con lavaggio (almeno 1/sett) e taglio (almeno 1 volta al mese)
- Può esserci riabilitazione e sostegno psicologico
- PANNOLONI
- ~~10gg Sanità +20gg Sanità +30 metà. A PAGAMENTO dal 61° (Sentenza 199/2014)~~
- **Trasporti** in ambulanza per prestazioni diagnostiche, specialistiche non erogabili in Rsa, o per ricoveri programmati, paga Asl se utente con retta integrata da Comune. Diversamente a carico utente
- **REGOLAMENTO** (NO contratto). Utente ha diritto alla copia
- All'ingresso in Rsa => **PAI**, Progetto assistenziale individualizzato. Utente ha diritto alla copia. PAI periodicamente aggiornato.
- No **cauzione** per utenti in convenzione con retta integrata. In ogni caso non può superare 1 mensilità.
- **Prestazioni aggiuntive**: la quota differenziata può essere applicata solo a utenti che sono in grado di coprire la retta compresa della quota aggiuntiva. ~~In ogni caso l'ospite è tenuto a accettare o rifiutare per iscritto. Se rifiuta, l'Asl entro 60gg può trasferirlo in altra Rsa. [ex DGR 85/2013 annullata con sentenza Tar Piemonte 201/2014].~~

U.V.G.

equipe multidisciplinare (composta da: medico geriatra, medico dell'assistenza sanitaria territoriale, medico fisiatra, assistente sociale, infermiere professionale, segretario).

strumento per la valutazione globale (sociale e sanitaria, 14 punti max ciascuno)
e la definizione del relativo programma preventivo (Progetto individuale), **curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità socio-sanitaria**

L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie dementigene e/o esiti invalidanti di patologie cerebrali o di gravi traumi

La richiesta di valutazione deve essere inoltrata su apposito modulo, dall'interessato o da chi per esso direttamente alla Segreteria dell'U.V.G. dell'ASL di residenza, ~~previa richiesta MMG~~ [ex DGR 85/2013 annullata con sentenza Tar Piemonte 201/2014]

In sede di valutazione l'utente o chi ne fa le veci può richiedere la presenza di un medico di propria fiducia.

DGR 45/2012

- ▶ Questione 60 GG
- ▶ Questione liste di attesa
 - ▶ Questione trasporto



RICORSO AL TAR

Prima con ordinanza 609/2012

E poi con SENTENZA 199 del 31 gennaio 2014

- NO 60 GG...
 - NO LISTE DI ATTESA...
 - TRASPORTO SE URGENTE A CARICO SSN

Con **Circolare la Regione Piemonte il 14 dic 2012**
riconfermava le liste di attesa

=> altro ricorso al Tar Piemonte

Ordinanza 141/2013

«Ordina alla Regione Piemonte di apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani (malati cronici non autosufficienti, ndr.), così come imposto dalla normativa nazionale sui Lea, ai sensi dell'ordinanza n. 609 del 2012 di questo Tar».

DGR 14/2013

Interventi per la revisione del PERCORSO DI PRESA IN CARICO della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013

- riduce il **perimetro** per l'accesso in RSA attraverso modalità più selettive di valutazione da parte delle Uvg
- allunga i **tempi** di attesa per la presa in carico degli anziani malati cronici non autosufficienti ribadendo le liste di attesa (illegittime => Tar Piemonte ordinanze 609/2012 e 141/2013)

**ANNULLATA DAL TAR PIEMONTE
CON SENTENZA 199/2014 DEL 31 GENNAIO 2014**

- *“La persona interessata ad un intervento di sostegno della rete dei servizi socio-sanitari presenta richiesta all’ASL di competenza, compilando il modulo a dell’Allegato B, (...), previa impegnativa del proprio Medico di Medicina Generale (M.M.G.)”.*
- *“La persona viene riconosciuta “non autosufficiente” con una valutazione sanitaria, data dalle scale ADL (funzione +mobilità), IADL, A.Di.Co., DMI, SPSMQ, pari a 5 o superiore”.*

**ANNULLATA DAL TAR PIEMONTE
CON SENTENZA 199/2014 DEL 31 GENNAIO 2014**

1. CASI URGENTI – se Valutazione U.V.G. 24/28 o più
RISPOSTA ATTUATIVA ENTRO **90 GIORNI** DALLA VALUTAZIONE

2. CASI NON URGENTI - - Significativi problemi sanitari con moderati bisogni assistenziali.
TEMPO STANDARD DI RISPOSTA DI **UN ANNO** DALLA VALUTAZIONE.

3. CASI DIFFERIBILI - Parziale perdita di autonomia nella gestione delle attività della vita quotidiana con presenza di supporto parentale e/o amicale.
NON HANNO UN TEMPO DI RISPOSTA

- Sotto il punteggio 5 (su 28) il malato è escluso da prestazioni
- Sotto 19 si esclude la prestazione residenziale
- Sopra 24 punti, (urgenza), si ha garanzia di intervento, anche se entro 180 gg. (entro 3 mesi, dopo aver atteso altri 3 mesi per ottenere la visita U.V.G.)

**ANNULLATA DAL TAR PIEMONTE
CON SENTENZA 199/2014 DEL 31 GENNAIO 2014**

DGR 85/2013

Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012

- **abbassa** il livello delle prestazioni e le relative tariffe (riporta al 50/50 nazionale), scaricando sui pazienti/Comuni maggiori costi prima a carico Asl.

- modifica peggiorandola la Dgr 45/2013

=> Con la successiva **Dgr 10/2013** sono state congelate sino al 31/12/2013 le tariffe per i malati Alzheimer (NAT e CCDDA)

**ANNULLATA DAL TAR PIEMONTE
CON SENTENZA 201/2014 DEL 31 GENNAIO 2014**

QUESTIONE TARIFFE, EX DGR 85/2013

Caso A	Malato di Alzheimer ricoverato in Rsa	La quota alberghiera a carico utente non è più prevista (eccezione strutture a bassa intensità => 60% utente). <i>=> Comunica per iscritto che sulla base della sentenza del Tar Piemonte n. 199/2014 più nulla è dovuto all'utente in quanto 100% sanità. Chiede inoltre la restituzione delle somme versate dall'inizio del ricovero in Rsa.</i>
Caso B	Anziano cronico non autosufficiente (non Alzheimer) ricoverato in Rsa a cui è stata - applicata la Dgr 85/2013	<i>=> Comunica che non accetta la nuova tariffa in quanto la Dgr 85/2013 è stata annullata dal Tar Piemonte il 31 gennaio 2014 (sentenza 201/2014). Continua a corrispondere l'importo pagato prima dell'ottobre 2013 (data di applicazione delle nuove tariffe ex Dgr 85/2013), defalcando le somme impropriamente versate.</i>
Caso C	Anziano cronico non autosufficiente (non Alzheimer) ricoverato in Rsa a cui è stata - rivista la "fascia assistenziale" - e applicata la Dgr 85/2013	<i>=> Comunica che accetta la nuova "fascia assistenziale" stabilita dall'Uvg ma chiede di applicare le tariffe vigenti prima della Dgr 85/2013, in quanto detta norma è stata annullata dal Tar del Piemonte, e cioè considera le tariffe stabilite dalla Dgr 64/2010. Segnala pertanto che verserà l'importo previsto dalla Dgr 64 + adeguamento Istat, defalcando le somme impropriamente versate.</i>

ATTENZIONE - Si segnala che la Regione Piemonte ha dichiarato che presenterà ricorso al Consiglio di Stato e pertanto le tariffe potrebbero subire nuove modifiche.

10.7.1/115
 Consiglio Regionale del Piemonte
 PR1
 400000389/DC-R 06/03/14 DC

**REGIONE
 PIEMONTE**

DIREZIONE SANITÀ
direzioneB20@regione.piemonte.it

Il Direttore

Torino, **4 MAR. 2014**
 Protocollo n. **5061/DBLO.00**
 Classificazione **14. PP**

- **Dr.ssa Giovanna BRICCARELLO**
 Direttore Generale ASL TO 1

e p.c. - **Dr. Ugo CAVALLERA**
 Assessore alla Sanità

- **Avv. Antonio CAPUTO**
 Difensore Civico
 della Regione Piemonte

LORO SEDI

OGGETTO: Centro S. Maria ai Colli di Torino.

È giunta alla scrivente Direzione copia del modulo "Impegno alla dimissione" in uso presso il Centro S. Maria ai Colli di Torino, della Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS.

Si tratta dell'impegno, richiesto ai parenti dei ricoverati, "ad assicurare il trasferimento del paziente al proprio domicilio e/o presso altro Istituto di Cura alla dimissione del paziente".

Occorre ricordare come la Regione Piemonte garantisca ai cittadini il cosiddetto "percorso di continuità assistenziale", attraverso la presa in carico del paziente da parte delle Aziende Sanitarie Locali di residenza dell'assistito e degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti.

J.



Tale principio, sancito sia da provvedimenti amministrativi della Giunta regionale, ad iniziare dalla D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004, attuative di quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 in tema di livelli essenziali di assistenza, sia dalla D.C.R. n. 167 – 14087 che ha approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, trova la propria concretizzazione nella gamma di interventi, prevalentemente ricompresi nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, previsti per garantire al paziente, laddove necessario, la possibilità di proseguire e completare le cure.

Ciò premesso, appare evidente che il compito di "governare il percorso di continuità assistenziale" sia in capo all'ASL competente per territorio e non ai parenti dei pazienti ovvero alla struttura di ricovero che costituisce una delle tappe di tale percorso.

A tal fine, si invita la S.V. ad adottare tutti i provvedimenti necessari per ripristinare il profilo istituzionale della questione relativa all'iniziativa del Centro S. Maria ai Colli di Torino, con particolare riferimento al modulo "Impegno alla dimissione".

Cordiali saluti.

Dott. Sergio MORGAGNI

NUOVE E DELETERIE DELIBERE DELLA REGIONE PIEMONTE

- SMANTELLANO IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

- LIMITANO LE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

AI SOGGETTI COLPITI DA PATOLOGIE E/O HANDICAP GRAVI E NON AUTOSUFFICIENZA

DGR N. 26/2013

REGIONE PIEMONTE BU6 06/02/2014

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 26-6993

Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti

E 5/2014

REGIONE PIEMONTE BU7 13/02/2014

Deliberazione della Giunta Regionale 27 gennaio 2014, n. 5-7035

Criteria di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza

Spostano le risorse destinate agli assegni di cura ed a altre prestazioni finora garantite al domicilio dal settore sanitario (LEA) a quello assistenziale (EXTRA LEA) rendendone pertanto incerta nel tempo l'entità e l'effettiva erogazione;

Con nota inviata all'Assessore Regionale alla Sanità il 22 gennaio 2014 l'ANCI Piemonte ha affermato che la riclassificazione operata dalla Regione per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari è "*sicuramente lesiva del diritto alle cure delle persone non autosufficienti*".

DGR N. 25/2013

REGIONE PIEMONTE BU6 06/02/2014

Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 25-6992

Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012

Vengono introdotte, o prospettate demandandole a delibere da adottare nel prossimo futuro, iniziative negative e lesive dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei disabili e dei soggetti con handicap intellettivo.

«Sferra un altro duro attacco alle prestazioni socio-sanitarie finora garantite alle persone non autosufficienti e svela definitivamente una volontà di ridimensionamento dell'offerta dei servizi nel settore, come se a questa fossero ascrivibili le ragioni del disavanzo sanitario»

(Anci Piemonte, nella comunicazione indirizzata il 26 febbraio 2014 all'Assessore alla sanità della Regione Piemonte, Ugo Cavallera)

ALTRO RICORSO AL TAR PIEMONTE



**La mancanza di risorse è un falso problema
La questione è la loro dislocazione
ovvero le PRIORITA'**

Corruzione, evasione ed elusione fiscale,
spese a vantaggio dei poteri forti (salvare Banche, ecc.),
spese esorbitanti per armamenti...
spese non indispensabili, sprechi,...

PER ESEMPIO - 200 milioni di euro Reg. Piemonte no parte civile processo “quote latte”,

- Reg. Piemonte: 8 milioni nel 2011 per il “Bonus bebè” e 5,5 mil 2012 e 2013,

- i contributi per l’agri-tata!

- i finanziamenti a pioggia delle centinaia di iniziative paesane, fiere e sostegni a “nocciole” varie, saloni del gusto

- i rimborsi gonfiati a dismisura dei Consiglieri regionali;

- i costi del palazzo di rappresentanza a Bruxelles;

- Com Torino 3,5 milioni di euro per il nuovo stadio Filadelfia, nello stesso tempo con la delibera 11 giugno 2012 taglia di 3,2 milioni assistenza fasce più deboli...

(...)

CONTRIBUZIONI ECONOMICHE



D.Lvo 109/1998 modificato da D.Lvo 130/2000
**VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA
 DI CHI RICHIEDE PRESTAZIONI O SERVIZI SOCIALI
 O ASSISTENZIALI**

Il riferimento è il **NUCLEO FAMILIARE**
 (=> famiglia ANAGRAFICA)

MA per quanto riguarda gli ultra65enni non autosufficienti ed i soggetti con handicap grave,
 gli oneri di assistenza devono essere calcolati esclusivamente sulla base delle loro personali risorse economiche, senza alcun onere per i congiunti, compresi quelli conviventi.

L' ISEE è dato:

*SITUAZIONE ECONOMICA **REDDITUALE***
 + 20% DELLA SITUAZIONE ECONOMICA **PATRIMONIALE**

÷ un parametro che è funzione del numero dei componenti il nucleo familiare

+ SITUAZIONE ECONOMICA REDDITUALE

Reddito complessivo ai fini Irpef + reddito attività finanziarie
 da ciò si può detrarre affitto casa di abitazione fino a 5.165 eu/anno

+ SITUAZIONE ECONOMICA PATRIMONIALE

somma di:

- + Patrimonio immobiliare (Valore dell'imponibile ai fini ICI)
da questo importo è possibile scalare l'ammontare del debito contratto col mutuo. Altresì è possibile detrarre il valore della casa di abitazione sino a **51 646** euro
- + Patrimonio mobiliare, bot, cct, investimenti vari...con franchigia sino a **15 494** euro

Diviso un parametro:

<i>N° componenti</i>	<i>Parametro</i>
1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Maggiorazione di 0,35 per ogni ulteriore componente.

Maggiorazione di 0,2 in caso di presenza nel nucleo di figli minori e 1 solo genitore.

Maggiorazione di 0,5 per ogni componente con handicap (invalidità sup. al 66%)

Maggiorazione di 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa.

QUOTA PER SPESE PERSONALI

Alle persone ultra65enni non autosufficienti
e/o con disabilità in situazione di gravità

ricoverate in strutture residenziali convenzionate (Rsa,...)

in base alla normativa regionale vigente (Dgr 37/2007 e Dgr 64/2008) è riconosciuta una quota personale che, tenuto conto delle rivalutazioni Istat, ad oggi (2013) ammonta a circa **125,00** euro mensili.

NEW! attenzione! **NUOVO ISEE**



Dpcm 159, 5 DICEMBRE 2013

Pubblicato il 24 gennaio 2014 in Gazzetta ufficiale

Vigente dall'8 febbraio 2014

Per il comparto socio-sanitario:

- 1. COINVOLGE CONIUGE E FIGLI ANCHE NON CONVIVENTI**
- 2. abbassa significativamente LA FRANCHIGIA SUL PATRIMONIO IMMOBILIARE**
- 3. PREVEDE QUALI REDDITI la PENSIONE DI INVALIDITA' E INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

Possibili eccezioni di costituzionalità

- l'articolo 32 della Costituzione che garantisce agli **indigenti** la gratuità delle cure sanitarie;
- il primo comma dell'articolo 38 della Costituzione che riconosce il **diritto al mantenimento agli inabili** al lavoro privi dei mezzi necessari per vivere;
- il secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione così redatto: *«È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana ...*
- le norme della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, notificate dal nostro Paese con la legge n. 18/2009: *«La giurisprudenza ha già sottolineato che la Convenzione si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile (v. l'articolo 3, che impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona, che nel settore specifico rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé, come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato, anche se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici)»*. Le norme di legge riguardanti i soggetti con handicap grave sono identiche a quelle concernenti gli ultra65enni non autosufficienti.
- le evidenti disparità di trattamento che verrebbero introdotte fra i congiunti conviventi dei soggetti colpiti da patologie e/o handicap invalidanti e da non autosufficienza costretti a corrispondere contributi economici ed i congiunti conviventi dei disoccupati e dei cassaintegrati le cui risorse economiche non vengono prese in considerazione per la corresponsione dei sussidi economici;
- le analoghe disparità di trattamento, per quanto concerne i congiunti conviventi che verrebbero introdotte (v. sopra) con i congiunti non conviventi le cui condizioni economiche non sono prese in considerazione (contributi pubblici per il pagamento dell'affitto dell'alloggio delle persone e dei nuclei in difficoltà; l'integrazione al minimo delle pensioni; l'assegnazione degli alloggi dell'edilizia economica e popolare; ecc.).

L'OBBLIGO ALIMENTARE (articoli 433 e segg. Codice civile) NULLA HA A CHE FARE CON LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE.

Compete esclusivamente **all'interessato** richiedere gli alimenti.

Detta richiesta è vietata agli altri soggetti, Comuni compresi (art. 438 del Cod.civile, e dal 6° comma art. 2 del d.Lvo 109/1998).

Ai sensi art. 441 del Cod.civile **compete esclusivamente al Giudice intervenire nei casi di disaccordo** fra i soggetti interessati per la definizione dell'eventuale importo degli alimenti da corrispondere.

Gli "alimenti" sono materia di competenza dello Stato (cfr. lettera l) del 2° comma dell'articolo 117 della Costituzione).

PETIZIONE CURE DOMICILIARI

DIRITTO PRIORITARIO ALLE PRESTAZIONI DOMICILIARI
SANCITO DAI **LEA**,
A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

www.fondazionepromozionesociale.it

Le cure domiciliari non sono ancora un diritto pienamente esigibile

manca la definizione delle modalità di accesso, contenuti e finanziamenti

**In Piemonte le delibere regionali
DGR 39/2009 (ultra65enni) e 56/2010 (infra65enni)
legano le prestazioni ai finanziamenti
e i finanziamenti non sono stanziati a sufficienza**

La legge regionale n. 10/2010 è rimasta inattuata

**Le ultime delibere regionali Dgr 26/2013 e Dgr 5/2014
ne trasferiscono le competenze dalla sanità all'assistenza**

RAPPRESENTANZA

CODICE CIVILE

CAPACITA' GIURIDICA

Art. 1.

La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita

CAPACITA' DI AGIRE

Art. 2. (...)

Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa.

INTERDIZIONE

Art. 414.

(Persone che possono essere interdette).

Il maggiore di età e il minore emancipato,
i quali si trovano in condizioni di
abituale infermità di mente
che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi,
sono interdetti quando ciò è necessario
per assicurare la loro adeguata protezione

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

(legge 6/2004)

Art. 404.

(Amministrazione di sostegno).

La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere **assistita** da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.

INTERDIZIONE

Art. 414.

(Persone che possono essere interdette).

Il maggiore di età e il minore emancipato,

i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente

che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi,

sono interdetti quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Art. 404.

(Amministrazione di sostegno).

La persona che, per effetto di una

infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica,

si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi,

può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.

Art. 357 Codice Civile

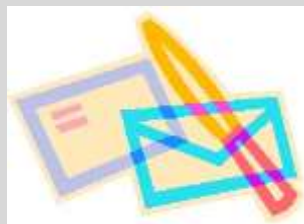
Il tutore ha la cura della persona del minore,
lo rappresenta in tutti gli atti civili e
ne amministra i beni.

Art. 406 Codice Civile

I responsabili dei servizi sanitari e sociali
direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona,
se sono a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna
l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno,
sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso o a fornirne
comunque notizia al pubblico ministero.



www.tutori.it



MODALITA' **per Utente/tutore/Ads:**

- **SCRIVERE!**

- con RACCOMANDATA A/R
- Ai Responsabili
- Citare la legge 241/1990

(obbligo di risposta entro 90 giorni)

- Aggiungere p.c. il Difensore civico regionale, Avv. Antonio Caputo

Profili penalmente rilevanti

Art. 591 Cp -- Abbandono di persone minori o incapaci

Art. 571 Cp – Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina

Art. 572 Cp -- Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli

Art. 348 Cp – Abusivo esercizio di una professione

Art. 358 Cp – Nozione della persona incaricata di pubblico servizio

Art. 331 Cpc – Obbligo di comunicazione della notizia di reato

Art.640bis Cp – Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche

NECESSITA' DI INFORMARE...

- Volantini, opuscoli, ecc.

...e di **INFORMARSI**



notiziario **CONTROCITTÀ**



rivista **PROSPETTIVE ASSISTENZIALI**

www.fondazionepromozionesociale.it

Storie di chi - con l'aiuto di Fondazione promozione sociale - ha ottenuto per i propri cari le cure previste dalla legge

Non sono non autosufficienti, ancora molti corredi familiari con il marchio Alzheimer nel Parlamento spesso fanno di domanda sociale, possono positivamente imporsi di provvedere a se stessi. Sono i più deboli, inguaribili e indifesi, non sempre mandati in Italia come più di un milione quasi tutti non esistono almeno loro, spesso in un centro familiare. In questi casi "incrociati" i loro diritti non è sufficiente: questo libro racconta le numerose famiglie che le persone non autosufficienti in le loro famiglie hanno integrato o visto perché hanno una malattia o malattia e diritti alle cure previsti da Costituzione, leggi e Linee - Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria - Sono individui che che riguardano tutti i settori: salute, reddito, vita, giustizia e operatori del diritto alle loro figli, fratelli e coniugi che si oppongono alle decisioni arbitrarie dei ospedali e case di cura che riescono a ottenere dal Pnl il contributo per cure a casa. I propri cari o familiari per trovare le cure e la terapia giusta il proprio salute, perfino il che non può essere la famiglia.

Maria Grazia Breda, presidente di Fondazione promozione sociale, che promuove il diritto alle cure delle persone non autosufficienti e la tutela dei casi individuali. Da oltre 30 anni è impegnata sul campo nel volontariato dei diritti.
Andrea Ciartaglia, giornalista, collabora con La Stampa e il settimanale La Voce del Popolo. Da tre anni si interessa di volontariato dei diritti, in particolare di non autosufficienti.

14,00 euro

globeconomia
L'ESPRESSO
www.espressonline.it



globeconomia

Non è sufficiente!

Maria Grazia Breda - Andrea Ciartaglia

Maria Grazia Breda - Andrea Ciartaglia

Non è sufficiente!

Storie e proposte di chi lotta per garantire il diritto alle cure alle persone non autosufficienti



L'ESPRESSO

INDICE del volume “**NON è SUFFICIENTE!**”

Introduzione

Diritto alla salute, diritto di tutti

Prima parte. Le storie, le norme, i documenti

Capitolo 1

*Può capitare anche a noi. Due **storie esemplari** di difesa del diritto alla salute*

Curare a casa si può (e fa bene). Storia di Stefano O.

Come sottoscrivere un “contratto di cura domiciliare” .

Facsimile 1

Come ottenere la continuità delle cure fino al ricovero in una Rsa. Storia di Gabriele C.

Come opporsi alle dimissioni. Facsimile 2

Raccomandazioni e ulteriori informazioni

Capitolo 2

I diritti delle persone non autosufficienti.

Guida alle norme essenziali e ai Lea

Che cosa dicono - in sintesi - le leggi?

Che cosa succede, in realtà?

Diritto alla salute, diritto di tutti

Il quadro normativo attuale. Cosa affermano le leggi

Chi ha diritto alle cure sanitarie

Le prestazioni socio-sanitarie previste dai Lea

Perché le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea sono un diritto esigibile?

Interdizione e amministrazione di sostegno

Amministratore di sostegno provvisorio in casi di particolare urgenza

Capitolo 3

Il diritto ad avere diritti.

La parola agli esperti

*Il diritto ai diritti: la forza di chi non può difendersi, di **Antonio Caputo***

*La tutela della salute dei malati non autosufficienti acuti e cronici, di **Mario Bo***

*Il volontariato dei diritti. Incontro con **Francesco Santanera***

Capitolo 4

Storie di ordinaria violazione delle norme.

Strumenti per difendersi da inganni, false informazioni, intimidazioni

Per non dimenticare mai. Storia di Claudio ed Emma

Gli obblighi degli operatori dei servizi socio sanitari

Un dramma a distanza. Storia di Mauro, malato psichiatrico cronico

*Per opporsi a dimissioni di malati **psichiatrici** con limitata autonomia*

Facsimile 3

Un'opposizione alle dimissioni dalla comunità psichiatrica. Storia di Marta

Le informazioni non bastano mai. Storia di Paola, anziana non autosufficiente

Un esempio positivo di comunicazione scritta di un ente pubblico agli utenti

Chi paga le prestazioni? Tra vecchio e nuovo Isee

Capitolo 5

Per non dimenticare, perché non accada più.

Lo specchio dei media sulla non autosufficienza

Tragedie familiari annunciate

Le responsabilità delle istituzioni

La negligenza terapeutica, anticamera della morte per abbandono

Seconda parte. Le proposte e le “economie possibili”

Capitolo 6

10 proposte per una nuova organizzazione delle cure ai malati non autosufficienti

1. Far rispettare i principi dell'art. 32 della Costituzione

2. Superare la separazione tra i malati acuti, cronici, autosufficienti e non

L'acuzie e la non autosufficienza totale e parziale

3. Assicurare la continuità delle cure

4. Sviluppare le strutture di deospedalizzazione protetta

Due esempi di pazienti non autosufficienti in deospedalizzazione

5. Rendere esigibile il diritto alle prestazioni domiciliari

Quanto costa curare un malato non autosufficiente

6. Prevedere una nuova funzione per le Uvg, Unità di valutazione geriatriche

7. Attribuire al Servizio sanitario nazionale la competenza su tutto il personale sanitario e socio-sanitario

8. Assegnare alla sanità le funzioni sociali che riguardano i Lea

9. Prevedere capitoli di spesa nei Fondi regionali o provinciali per la sanità per garantire i Lea socio-sanitari

10. Stanziare finanziamenti aggiuntivi per l'attuazione dei Lea socio-sanitari

Capitolo 7

Ma dove sono i soldi?

Percorsi per coniugare i principi etici e le economie possibili

Inguaribili, ma curabili

I percorsi possibili

Le economie praticabili nel Servizio sanitario nazionale.

La spesa per il servizio sanitario italiano nel contesto europeo

Trovare nuove entrate

Ricorrere se necessario a contributi di solidarietà

Evitare trasferimenti di soldi pubblici a persone che non ne hanno bisogno

Recuperare i patrimoni delle Ipab, Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza

Esempio di patrimonio Ipab

Chi siamo

Gli obiettivi e le attività della Fondazione promozione sociale Onlus

Gli autori

Ringraziamenti