



Torino, 7 luglio 2026

All'Assessore alla Sanità regione Piemonte  
**Dr. Federico Riboldi**

e p.c. al Direttore **Dr. Antonino Sottile**

[sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

**Oggetto:**

**Proposte dall'incontro del 29/6/2026**

Gentile Assessore, nel ringraziarla della sua cortesia, come concordato nell'incontro del 29 giugno Le riepiloghiamo gli obiettivi e le proposte del Coordinamento fra le associazioni Alzheimer.

Sostanzialmente i nostri obiettivi riguardano la cura dei malati nelle fasi iniziali, e in seguito i problemi delle famiglie e contrastare gli ostacoli della burocrazia, incentivando i centri diurni, l'assistenza domiciliare, i caffè Alzheimer e fare del ricorso alle RSA (e relativi costi) la gestione del fine vita.

In entrambi i casi è fondamentale l'interazione fra associazioni e ASL attraverso i CDCD istituiti con la DGR 28/2014, delibera fra le più avanzate d'Italia, ma che tuttavia oggi nelle ASL piemontesi, per molteplici motivi (cattiva amministrazione, tagli maldestri e carenza di personale) sono ormai alla deriva e ciascuna ASL si arrangia come può e come preferisce.

Questa deriva rende incontrollabile la gestione della spesa e rappresenta un grave rischio economico per i bilanci della sanità. Proprio quel che si va perdendo (diagnosi precoce, presa in carico, collaborazione attiva del terzo settore) si scaricherà in costi ben più elevati per ricoveri indiscriminati in RSA, accessi impropri a D.E.A. e ricoveri ospedalieri in lungodegenze oltre alla saturazione dei servizi sociali. Proprio questo tipo di incuria e negligenza provoca le progressive voragini nei bilanci che costringono le regioni ai famigerati "piani di rientro".

Pertanto, le proposte che Le facciamo, vertono su quattro argomenti:

**1- Rendere tutti i CDCD in condizioni di funzionare a pieno regime:** Senza regole e direttive regionali, per noi Associazioni, pur potendolo, è difficile collaborare in modo produttivo con le équipes decimate dei CDCD e rivendicarne la funzionalità, per questo Le chiediamo una direttiva che vincoli le Amministrazioni delle ASL all'applicazione della citata DGR 28 e la prassi di prescrivere, al momento della presa in carico, l'accesso agli interventi non farmacologici presso gli enti del terzo settore del territorio accreditati ed in grado di erogarli.

Inoltre, in occasione della imminente pubblicazione del "PSDTA demenze", Le chiediamo la garanzia che esso sia gestito e controllato dallo staff del Suo Assessorato, per evitare il rischio che sparisca nelle nebbie di "Azienda Zero".

Il primo banco di prova è rappresentato dall'applicazione della DGR 25/2025, sulla quale l'assessorato ha dato buona prova, prescrivendo progetti dettagliati e precisi, e assegnando un ruolo importante alle Associazioni del terzo settore, tuttavia in alcune ASL e ASO l'uso del finanziamento avviene in modi che possiamo definire irregolari, se non inquietanti, usato anche per assumere personale che probabilmente verrà adibito a mansioni diverse e sulle quali Le suggeriamo di vigilare.

In prospettiva, con il suo staff abbia cura di valutare i risultati e le esperienze dei progetti realizzati tramite contratti fra ASL e Associazioni territoriali in co-gestione con i CDCD, confrontandoli con costi e risultati ottenuti dove le ASL, pur in carenza di personale e legami sul territorio, hanno operato in isolamento.

**2- Il problema dei centri diurni:**

I centri diurni sono presidi, successivi alle terapie non farmacologiche, fondamentali per la gestione delle demenze nelle fasi gravi; essi continuano l'opera di rallentamento del declino, offrono sollievo ai caregivers e prevengono il ricovero precoce in RSA, quindi potrebbero rappresentare un risparmio



importante sui bilanci regionali. Tuttavia, il sistema sconta una grave crisi strutturale ed economica, aggravata dall'aumento dei costi a carico delle famiglie e dalla carenza di posti dedicati. Infatti noi raccogliamo e condividiamo le proteste dei familiari e degli stessi centri a causa della riduzione dell'intervento economico della sanità pubblica. L'aumento della quota a carico degli utenti (circa 800 euro mensili in convenzione e circa 1600 da privato), oggi rende spesso il servizio inaccessibile a molti nuclei familiari. Questo si aggiunge alla grave carenza nel numero e nella distribuzione dei centri, ed alle lunghe liste di attesa. Proponiamo che la Regione, in collaborazione con i servizi sociali, definisca una politica che incentivi le strutture per anziani ad istituire o ampliare centri diurni, considerando che ogni accesso in RSA procrastinato rappresenta un risparmio in convenzioni di 18.000 €/anno per Asl e almeno 36.000 per un malato senza convenzione al quale si aggiunge la diminuzione dei ricoveri impropri e dello stress dei caregivers.

### **3- L'assistenza territoriale per affrontare liste di attesa e il rischio di tracollo delle RSA:**

Oggi l'intero sistema è fragile, vittima della burocrazia e presenta numerosi punti oscuri che, nonostante le sempre più numerose sentenze della Cassazione e dei Tribunali civili, non pensiamo siano risolvibili attraverso la Magistratura (anche se ci viene sempre più spesso chiesto dai cittadini); riteniamo sia necessario insieme restituire fiducia nelle Istituzioni soprattutto a fronte delle risposte che gli interessati ricevono dalle UVG, che comunque consentono alle ASL di differire i termini dell'intervento, incrementando le liste di attesa, senza tuttavia segnalare l'urgenza alle cure domiciliari per una presa in carico immediata in attesa del ricovero, nonostante tali prestazioni rientrino nei LEA. La famiglia in questi casi è assolutamente sola ed è costretta a ricorrere a ricoveri in Pronto Soccorso come unica strada percorribile senza assistenza: quasi una legittima difesa.

Quindi, Le proponiamo di istituire una prassi di confronto periodico fra l'Assessorato ed il nostro coordinamento per riflettere sulle difficoltà dei familiari nella gestione dei loro malati, in modo da trovare, nel rispetto delle vigenti norme, le migliori forme di organizzazione dei servizi territoriali, ragionando inoltre sul ruolo, i costi e l'utilità dell'UVG.

### **4- Caffè Alzheimer Diffuso:**

è un'evoluzione del tradizionale Caffè Alzheimer in una rete organizzata di punti di incontro sul territorio secondo un modello comune, per garantire omogeneità degli interventi e integrazione con i servizi sociosanitari. È compreso fra gli interventi non farmacologici del PSDTA in pubblicazione e chiediamo che venga compreso fra i progetti delle ASL.

In effetti il Caffè Alzheimer Diffuso è un nodo della rete integrato con i CDCD, le Case di Comunità, i Mmg, i servizi sociali, le Asl, gli Enti del Terzo Settore (Associazioni dei familiari e volontariato organizzato) ed è gestito da un'equipe multidisciplinare di professionisti (psicologo, educatore professionale, terapeuta occupazionale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, operatori socio-sanitari, volontari formati, ed esperti per specifiche attività (musicoterapisti, arteterapeuti, ecc).

Infine, in ultima sintesi, Le lasciamo la considerazione che il nostro ruolo non è quello di "progettifici" e che l'esperienza di collaborazione ASL-terzo settore dovrà proseguire anche oltre il termine del finanziamento dei piani nazionali, fornendo noi associazioni, le risorse e le esperienze sin qui maturate a costi equivalenti a quelli del personale di cui le ASL sono carenti.

Questa collaborazione potrà permettere importanti risparmi al bilancio regionale; consideri che in un momento così difficile per la sanità noi non siamo il problema, ma piuttosto una risorsa per la soluzione.

Con l'occasione La ringraziamo per la sua disponibilità salutandola cordialmente.

Per il Coordinamento CAAP:

Franco Ferlisi - ( [franco.ferlisi@pec.it](mailto:franco.ferlisi@pec.it) )