

Ordine del giorno

OGGETTO: Promuovere a livello regionale e nazionale le cure domiciliari in favore delle persone malate croniche non autosufficienti

Premesso che:

- Il Sistema Sanitario Nazionale è un patrimonio da difendere e valorizzare. Purtroppo però in Italia buona parte dell'assistenza oggi è delegata ai pazienti stessi e ai loro cari. Lo Stato deve essere vicino a queste solitudini, rendendo le politiche per la non autosufficienza un diritto di cittadinanza, che riguarda anziani e disabili.
- In un paese sempre più anziano come l'Italia, in cui la Regione Piemonte è seconda solo alla Liguria per numero di anziani sul totale della popolazione, la sanità deve aggiornare le proprie risposte. Gli anziani sono infatti i principali fruitori dei servizi sanitari, la cui sostenibilità rischia di essere minata dall'innalzamento dell'età media.
- La sfida è aggiornare i modelli di cura, evitare la cristallizzazione di procedure non più adeguate ai bisogni e considerare il malato non come un "cliente" o come un "oggetto di cure", ma come una persona a cui va sempre riconosciuta dignità, anche quando non c'è speranza di guarigione.
- le cure domiciliari rivolte alle persone non autosufficienti, croniche, psichiatriche e con malattie neurodegenerative rappresentano la nuova frontiera non solo del sociale, ma soprattutto della sanità italiana.
- Questo tipo di cure garantisce maggiore qualità, interventi più personalizzati, costi più bassi per la collettività, riduzione dei ricoveri inappropriati e degli intasamenti del pronto soccorso.
- Le risorse aggiuntive sulle cure domiciliari nel tempo verranno recuperate coi risparmi sulla sanità. Quella della domiciliarità è davvero la prossima rivoluzione per la sanità italiana.
- L'insufficienza di interventi di sostegno sta producendo effetti drammatici sulle persone non autosufficienti e sulle loro famiglie: dall'impoverimento dei nuclei familiari che devono farsi carico degli assistenti familiari o dei posti letto nelle RSA, alle gravi problematiche che colpiscono le dinamiche familiari quando l'impegno di assistenza diventa insostenibile, con la rinuncia alla dimensione lavorativa per chi non può fare a meno di assistere ma non può usufruire dei congedi retribuiti, fino ai gravissimi rischi di solitudine e abbandono per i malati che non dispongono di solide relazioni sociali
- La convinzione diffusa nella popolazione che l'assistenza delle persone non autosufficienti gravi esclusivamente sulle realtà familiari, perché i servizi pubblici più di tanto non riescono a supportare, costituisce un serio problema culturale, che alimenta il lacerante senso di abbandono da parte del cittadino

- l'attuale emergenza pandemica ha esasperato ulteriormente il carico economico necessario al sostentamento della persona non autosufficiente
- le difficoltà nel contenimento del Covid-19 all'interno di alcune RSA hanno portato ad una minor propensione delle famiglie all'utilizzo di queste strutture per il proprio parente non autosufficiente
- la Mozione n. 1457 (a prima firma Appiano) approvata all'unanimità dal Consiglio Regionale il 12 marzo 2019 impegnava la Giunta 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", promosso per l'Alleanza per la tutela della non autosufficienza;
- L'assistenza domiciliare va quindi considerata un'opzione di pari valore rispetto al ricovero nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Premesso inoltre che:

- Le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) delle ASL sono propedeutiche alla diagnosi di non autosufficienza
- A seguito della valutazione UVG, in accordo con la persona non autosufficiente e con la sua famiglia, viene predisposto dagli operatori sociali e sanitari un Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) che conduce all'attivazione dell'assistenza domiciliare o residenziale.

Considerato che:

- i posti letto accreditati nelle RSA del Piemonte al 31 dicembre 2019 erano **29.595**
- di questi, circa 15.000 erano convenzionati con le ASL tramite la compartecipazione del 50% alle rette di ricovero (fonte della compartecipazione: Fondo Sanitario Regionale)
- **La Dgr 45/2012 e la Dgr 85/2013 prevedono un budget di 265 milioni di euro annui per i convenzionamenti in Rsa (fonte: Fondo Sanitario Regionale)**
- l'impegno assunto sul Fondo Sanitario Regionale, negli esercizi finanziari 2017, 2018, 2019 e 2020, per convenzionamenti in RSA, ex D.G.R. 45 del 2012 e D.G.R. 85 del 2013, è stato il seguente:

2017 i a € 244.895.983;

2018 pari a € 249.402.754;

2019 pari a € 249.370.350;

2020 pari a € 238.474.690.

Si evidenzia pertanto un crollo dei convenzionamenti in RSA nel 2020, molto al di sotto del budget di 265 milioni di euro annui

- all'8.2.2021 il 26% dei posti letto accreditati in RSA era pertanto vuoto, causa decessi (per Covid o per altre patologie) a cui non è seguita una sostituzione

Preso atto che:

- In base alle necessità della persona, allo stato attuale possono essere proposte, eventualmente combinate tra loro, le seguenti prestazioni: assistenza domiciliare prestata tramite operatori

professionali, assistenza familiare, telesoccorso con custodia chiavi, accompagnamenti sanitari, servizio di supporto al beneficiario/famiglia nella gestione del lavoratore, prestazioni di tregua (in collaborazione con associazioni di volontariato) e ricoveri di sollievo, prestazioni di supporto alla persona (con interventi di parrucchiere/podologo), all'ambiente (con interventi di manutenzione), cure familiari, affidamento diurno e residenziale con il coinvolgimento di volontari, pasti a domicilio

- **Possiamo quindi avere una molteplicità di servizi, sociali o sanitari:**

Assegni di cura, buoni di servizio o rimborsi alla famiglia, finanziati con fondi sociali (Legge Regionale 1/2004, Legge Regionale 10/2010 e Fondo nazionale per la non autosufficienza ex DPCM del 21/11/2019).

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata che consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali),

ADP (Assistenza Domiciliare Programmata che consiste in una serie programmata di visite del medico di base presso il domicilio dell'assistito),

SID (Servizio Infermieristico Domiciliare)

SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare rivolto a persone disabili – minori e adulti – con patologie di tipo fisico, psichico e sensoriale. Le principali prestazioni di questo servizio sono cura della persona e della sua abitazione; accompagnamento a visite mediche; disbrigo di pratiche burocratiche; sostegno alla vita di relazione).

- **Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 50” all'art. 22 Cure Domiciliari comma 3 lettere b) c) e d) stabilisce che “Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia”. Tale presupposto è essenziale per un progetto di Cure Domiciliari (ADI, ADP, SID), quale modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, tant'è che nel modello erogativo del sistema sanitario regionale piemontese la proposta dell'attivazione è in capo al MMG/PLS che con il Servizio Cure Domiciliari del Distretto sanitario dell'ASL di competenza concorda e predisporre la presa in carico e il Piano Assistenziale Individuale del suo assistito per soddisfare i bisogni di cura
- **Dall'1.1.2020 al 30.9.2020 in Piemonte sono state assistite 59.049 persone tramite ADI, ADP e SID**, con 868.052 giornate di assistenza, 183.214 accessi di MMG, 634.236 accessi di IP e 24.009 accessi di FKT (con sensibile diminuzione rispetto al medesimo periodo del 2019)
- **ADI, ADP e SID sono finanziati con fondi sanitari**
- **al 31.12.2019 le prestazioni domiciliari in lungo assistenza (sociali) raggiungevano in Piemonte un totale di 19.392 persone**, tra gravi e gravissimi. Queste prestazioni erano finanziate con fondi sociali

- su Torino città queste prestazioni (assegni di cura e buoni di servizio) sono spese sul capitolo 157098 (INTERVENTI E SERVIZI DESTINATI A SOGGETTI IN CONDIZIONI DI SPECIFICHE FRAGILITA' SOCIALI EX L.R. N.1/2004), conosciuto anche come capitolo degli extra-Lea, e questi fondi sociali transitavano sull'ASL Città di Torino prima di essere erogati
- **al 31.12.2019** con questo capitolo cosiddetto Extra Lea **a Torino città venivano finanziati 6.525 assegni di cura e buoni servizi domiciliari**
- nel 2019 su Torino Città sono stati spesi circa 16 milioni di euro per queste cure domiciliari
- Il capitolo 157098 (EXTRA LEA) non finanzia solo le prestazioni domiciliari, ma anche gli interventi sulla psichiatria (gruppi appartamento, comunità alloggio, assegni terapeutici, borse lavoro, in tutto il Piemonte) e il sostegno ai malati di Sla. **La spesa storica sugli extra Lea era di 55 milioni di euro, ma nel bilancio di previsione 2021, anche dopo il milione in più ottenuto dalle minoranze, sarà di soli 50 milioni di euro. Assistiamo pertanto a un'erosione della spesa per le cure domiciliari da parte della Regione Piemonte, in parte compensata da maggiori trasferimenti statali tramite il Fondo per la Non Autosufficienza.**
- nei 49 Consorzi socio assistenziali fuori dalla città di Torino, le prestazioni domiciliari erano spese sul capitolo 152840 (SERVIZI DOMICILIARI PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI EX L.R. 10/2010) e sul capitolo 153212 (ATTIVITA' DI PROMOZIONE E DI QUALIFICAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI PER LE PERSONE ANZIANE E NON AUTOSUFFICIENTI EX L.R. 1/2004). Nel 2020 erano allocati rispettivamente 10 milioni di euro e 9.150.000 euro
- oltre a questi capitoli, che ospitano fondi regionali, le prestazioni domiciliari sono finanziate con fondi nazionali che transitano sul capitolo 152662 (TRASFERIMENTO DI FONDI AGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI DESTINATI ALLA REALIZZAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZIALI A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI EX ART.1, COMMA 1264, DELLA LEGGE 296/2006)

Constatato che:

- per quanto riguarda le diagnosi UVG di non autosufficienza per le quali non sia stato ancora attivato il progetto residenziale o domiciliare, **al 9.2.2021 in Piemonte le persone in lista d'attesa per progetti residenziali, definitivi o temporanei, erano 7.200. Sempre al 9.2.2021 le persone in lista d'attesa per progetti domiciliari erano 11.945.**
- oltre a questi, vanno considerate **2.240 persone le cui richieste di valutazione all'UVG non sono ancora state concluse entro il termine previsto di 90 gg.** Si tratta quindi di richieste di valutazione UVG in sospeso nelle ASL piemontesi, da sommarsi alle richieste che hanno già ricevuto una diagnosi.

Rilevato quindi che:

- **ad oggi in Piemonte ci sono quasi 22.000 persone in lista d'attesa per progetti residenziali o domiciliari**

- nel 2020 la Regione, rispetto ai 265 milioni di euro previsti dalla Dgr 45/2012 e dalla Dgr 85/2013, ha speso 27 milioni in meno (238 milioni di euro) per convenzionamenti in Rsa e all'8.2.2021 il 26% dei posti autorizzati in Rsa era vuoto.
- nel bilancio di previsione 2021, la spesa sui capitoli di fondi sociali regionali per progetti domiciliari è inalterata per i capitoli 152840 e 153212, ma vede una riduzione di circa 5 milioni di euro sul capitolo 157098 (progetti domiciliari città di Torino e progetti psichiatria in tutto il Piemonte)
- il potenziamento delle prestazioni domiciliari per persone non autosufficienti è ancora più necessario, alla luce delle liste di attesa e della mancata attivazione di nuovi ingressi in convenzione nelle RSA L'assistenza alle persone non autosufficienti è un tema prioritario in una Regione con un quarto della popolazione sopra i 65 anni. Eppure, la Regione Piemonte in questi mesi di pandemia da un lato non ha attivato sufficienti posti in convenzione per sostituire quelli rimasti vuoti nelle Rsa e dall'altro non ha soddisfatto le domande di assistenza domiciliare. Così le famiglie rischiano di scoppiare e lievitano i ricoveri ospedalieri inappropriati. **Esiste pertanto una consistente domanda inevasa a cui nel bilancio di previsione 2021 non si dà la dovuta risposta.**

Sottolineato che:

- Se da un lato l'offerta di posti letto residenziali deve essere in una misura congrua alla richiesta e ai bisogni della popolazione, dall'altro occorre prestare altrettanta attenzione alla garanzia di cure e assistenza presso il domicilio, considerando che questa soluzione non soltanto porta ad un miglioramento della qualità di vita degli utenti e delle loro famiglie, ma è anche economicamente più efficiente e quindi più sostenibile per il bilancio regionale nel medio e lungo periodo
- **Non solo RSA. La cura degli anziani e delle persone più fragili si fonda anche sulla domiciliarità,** soprattutto in una Regione con più di un quarto della popolazione sopra i 65 anni come il Piemonte. Residenzialità e domiciliarità sono i due pilastri complementari della cura alle persone non autosufficienti. Non si può aiutare l'uno dimenticando l'altro.

Tenuto conto che

- **In Parlamento il Pd ha depositato due progetti di legge che mirano a potenziare e finanziare anche con fondi sanitari, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni domiciliari per persone non autosufficienti.**
- Questi progetti sono finalizzati a favorire la permanenza delle persone malate croniche non autosufficienti presso il loro domicilio, anche allo scopo di evitare ricoveri impropri, attraverso un sistema di cure che promuovano il benessere e l'autonomia di tali persone e che prevengano l'aggravamento delle loro patologie.

- Questi progetti propongono un insieme coordinato di prestazioni socio-sanitarie assicurate dalle professioni sanitarie e sociali, valorizzano il profilo dell'assistente familiare, sostengono i familiari che si incaricano di provvedere all'assistenza, anche in modo parziale, promuovono il ruolo degli enti del Terzo settore, dei volontari e del vicinato. In tal modo consentono la scelta tra le cure presso il proprio domicilio o presso residenze sanitarie assistenziali.
- In queste proposte, i costi delle prestazioni domiciliari sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale, per la quota sanitaria, in misura pari alla metà dell'importo che dovrebbe essere pagato in caso di ricovero presso una residenza sanitaria assistenziale per lo stesso utente, calcolato in riferimento ai previsti livelli di intensità assistenziale.
- I restanti costi, rappresentati dalla quota assistenziale, di importo non inferiore a quello previsto per la quota sanitaria, sono coperti da:
 - a) l'indennità di accompagnamento, per il suo completo importo; ogni altro reddito e trattamento assistenziale, anche non soggetto a ritenute fiscali; i trattamenti ricevuti a seguito della disabilità ove soggetti alla prova dei mezzi; i patrimoni del soggetto beneficiario.
 - b) i comuni o gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, in subordine e come eventuale integrazione.
- **I due progetti sono il Disegno di Legge Laus depositato al Senato il 16.10.2018 e la Proposta di Legge Lepri depositata alla Camera il 12.1.2021**
- **Questi due progetti costituiscono un modello di applicazione della quota sanitaria anche alle prestazioni domiciliari, in alternativa al modello che punta ad un equilibrio tra spesa sanitaria e spesa socio assistenziale (aumentando rispettivamente i fondi per l'ADI e quelli per il Fondo per la Non Autosufficienza) e in alternativa anche al terzo modello che punta al potenziamento dell'indennità di accompagnamento**

Il Partito Democratico del Piemonte si impegna a:

1. **Richiedere in fase di assestamento che il bilancio della Regione Piemonte ripristini la spesa storica di 55 milioni di euro sul capitolo 157098 (extra Lea, Fondo Regionale per la Coesione Sociale dedicato alle Fragilità sociali ex LR 1/2004), che finanzia gli assegni di cura e i buoni servizio a**

domicilio nella città di Torino, i servizi territoriali per la psichiatria in tutto il Piemonte (gruppi appartamento, comunità alloggio, assegni terapeutici, borse lavoro) e il sostegno ai malati di Sla.

2. Fare tutto il possibile per **rendere effettiva la libertà di scelta tra cure domiciliari e cure residenziali**, cioè tra permanenza a domicilio, con adeguati supporti socio sanitari, e ricovero in struttura residenziale, prevedendo che **la quota sanitaria sia a carico del Servizio Sanitario Regionale (Lea) anche per le cure domiciliari**. A tal fine, non interrompere il finanziamento della **Legge regionale 10/2010** (“Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”) tramite il capitolo di spese sociali n. 152840, ma promuovere anche l’introduzione del finanziamento tramite spese sanitarie e promuovere l’approvazione del Regolamento attuativo della Legge.
3. **Promuovere un dibattito pubblico sul tema delle cure domiciliari e sulla piena applicazione della normativa sui Lea socio sanitari, a partire dalla Proposta di Legge Lepri e dal Disegno di Legge Laus**, al fine di riconoscere il diritto soggettivo ed esigibile del malato cronico non autosufficiente, di qualunque età, a ricevere le prestazioni domiciliari sanitarie al proprio domicilio e a ricevere un contributo economico a carico del Servizio sanitario, oltre alle altre prestazioni sanitarie già previste (ospedalizzazione a domicilio, ADI e cure palliative e di contrasto al dolore di cui alla legge 38/2010).
4. **Promuovere il riempimento dei posti letto autorizzati nelle Rsa piemontesi e la spesa annuale di 265 milioni di euro per inserimenti in convenzione**
5. **Dare attenzione e centralità alla domiciliarità nella stesura del prossimo Piano Socio Sanitario regionale**
6. **Coordinare e potenziare gli investimenti regionali e nazionali sulle cure domiciliari con i fondi del Next Generation EU (missioni salute e coesione sociale)**

Monica Canalis

Maria Peano