



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL PIEMONTE

*Processo Legislativo
Settore Commissioni Consiliari*

ORDINE DEL GIORNO N. 593

**IMPEGNO A FINANZIARE NEL 2016
LA SPESA STORICA DELLE POLITICHE
SOCIALI PIU' LO "SLITTAMENTO" DAL
2015, IN PARTICOLARE
GARANTENDO LA COPERTURA DELLE
"PRESTAZIONI DOMICILIARI" CON
RISORSE SANITARIE NON APPENA SIA
COMPLETATO IL PIANO DI RIENTRO
DAL DISAVANZO SANITARIO O SIANO
RICONOSCIUTE COME LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA DAL
GOVERNO**

Presentato dai Consiglieri regionali:

*BONO DAVIDE (primo firmatario), ANDRISSI GIANPAOLO,
BATZELLA STEFANIA, BERTOLA GIORGIO, CAMPO MAURO WILLEM,
FREDIANI FRANCESCA, MIGHETTI PAOLO DOMENICO, VALETTI
FEDERICO*

Protocollo CR n. 45763

Presentato in data 23/12/2015

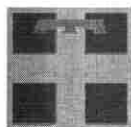
X LEGISLATURA



PRI

A000045763/A0100B-04 24/12/15 CR

19:11 23 Dic 15 A0100B 002367

CONSIGLIO
REGIONALE
DEL PIEMONTE1027
23/12/2015
All. 18.1
Dlu

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

ORDINE DEL GIORNO

583

*ai sensi dell'articolo 18, comma 4, dello Statuto e
dell'articolo 103 del Regolamento interno,*

trattazione in Aula



trattazione in Commissione



2.18.2/586/2015 X

2.6/160/2015 X

OGGETTO: Impegno a finanziare nel 2016 la spesa storica delle politiche sociali più lo "slittamento" dal 2015, in particolare garantendo la copertura delle "prestazioni domiciliari" con risorse sanitarie non appena sia completato il Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario o siano riconosciute come Livelli Essenziali di Assistenza dal Governo

Premesso che:

La Legge regionale n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" definisce come "prestazioni domiciliari":

- a) le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;
- b) le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:
 - 1) prestazioni professionali;
 - 2) prestazioni di assistenza familiare;
 - 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
 - 4) affidamento diurno;
 - 5) telesoccorso;
 - 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione

Le prestazioni domiciliari di cui sopra sono assicurate attraverso:

- a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;
- b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;

- c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;
- d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari.

La Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", all'art. 49 (*Attività di promozione regionale*) fa riferimento tra gli altri a:

- a) realizzazione, anche attraverso specifiche provvidenze, di interventi diretti a mantenere l'autonomia della persona anziana, prioritariamente in un contesto familiare, ad evitare i rischi della non autosufficienza e a favorire un passaggio graduale dalla autonomia alla non autonomia prevedendo il più ampio coinvolgimento di tutti gli attori del percorso di presa in carico;
- b) diffusione omogenea dell'assistenza a domicilio su tutto il territorio;
- c) potenziamento dei servizi di supporto alla famiglia, compresi contributi economici e **assegni di cura** per quelle famiglie che si fanno carico di garantire l'assistenza di un proprio componente anziano non autosufficiente;
- d) realizzazione di servizi e strutture di sollievo per sostenere e integrare l'attività della famiglia nel lavoro di cura;

Considerato che:

la Regione Piemonte, essendo in Piano di Rientro dal 2010, non può finanziare con il riparto del fondo sanitario nazionale spesa sanitaria considerata extra Livelli Essenziali di Assistenza come riconosciuti dal DPCM del 2001.

con la sentenza n. 5538/2015 il Consiglio di Stato ha affermato che i contributi economici, riguardanti le prestazioni di «di assistenza tutelare alla persona» fornite da familiari e da terze persone agli anziani colpiti da patologie invalidanti e da non autosufficienza, non rientrano fra gli interventi obbligatoriamente a carico del Servizio sanitario e che essi, essendo "extra Lea", possono invece essere erogati con assoluta discrezionalità dalle Asl e/o dai Comuni;

fra le sopracitate prestazioni «di assistenza tutelare alla persona» non autosufficiente e quindi totalmente e definitivamente impossibilitata a provvedere autonomamente anche alle proprie esigenze di vitali, vi sono quelle di natura sanitaria fornite da congiunti o da terze persone anche a pagamento (badanti) quali la preparazione e la somministrazione diretta dei farmaci, il controllo e l'eventuale regolamentazione delle infusioni (flebo) predisposte dagli infermieri, la verifica e la sostituzione delle piccole medicazioni effettuate da infermieri, la movimentazione diretta a prevenire l'anchilosi e l'insorgere delle piaghe da decubito, la rilevazione e registrazione dei dati richiesti dal personale sanitario (febbre, pressione, dolori, respirazione, ecc.), le attività relative all'igiene ambientale e personale dell'infermo, l'individuazione delle eventuali insorgenze di esigenze sanitarie e la messa in atto dei relativi interventi indifferibili, l'eventuale tenuta del diario giornaliero sanitario, la raccolta dei rifiuti sanitari e il loro avvio ai relativi centri di smaltimento, nonché gli altri eventuali compiti assegnati dagli operatori sanitari;

le sopra citate incombenze e la presenza 24 ore su 24 di uno o più accuditori familiari o persone da esse incaricate, è la condizione sine qua non per l'attuazione delle prestazioni occorrenti per il

mantenimento al domicilio della persona malata cronica non autosufficiente e/o con gravi disabilità invalidanti e limitata o nulla autonomia.

Considerato ancora che:

nelle innumerevoli esperienze italiane e straniere le prestazioni socio-sanitarie domiciliari rappresentano la soluzione migliore per la cura degli anziani malati cronici non autosufficienti non necessitanti dell'utilizzo di tecnologie particolari;

l'importo dei costi delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari è di gran lunga inferiore agli oneri occorrenti per le analoghe prestazioni socio-sanitarie residenziali (mediamente 25 euro al giorno a fronte di euro 50 per la quota sanitaria delle Rsa) e ancora inferiori, ovviamente, al ricorso al ricovero ospedaliero per il tramite del sistema di emergenza urgenza;

la Petizione popolare nazionale per il riconoscimento della priorità delle prestazioni domiciliari ha ottenuto l'adesione di 46 enti pubblici e privati ed è stato sottoscritto da oltre 20mila cittadini elettori;

in data 11 luglio 2012 la Commissione "Affari sociali" della Camera dei Deputati aveva approvato all'unanimità la Risoluzione n. 8-00191.

l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino in data 6 luglio 2015 ha chiesto agli Organi istituzionali della Regione Piemonte di predisporre urgenti provvedimenti: «a) per assicurare concretamente agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile le necessarie prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e per l'abbattimento delle attuali liste di attesa riguardanti le prestazioni domiciliari e residenziali; b) per il riconoscimento effettivo dell'assoluta priorità degli interventi socio-sanitari domiciliari; c) di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici di medicina generale di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile – per le quali già possono disporre il ricovero presso i Dipartimenti di emergenza e accettazione degli ospedali – sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di attivare direttamente le cure domiciliari di lunga durata o un ricovero in Rsa, senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg; d) di riconoscere, con un apposito provvedimento, ai Medici ospedalieri e delle strutture di riabilitazione e lungodegenza, di operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi di assicurare a tali malati la continuità terapeutica prevista dalle vigenti leggi»;

tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono anche soggetti con disabilità grave. Pertanto nei loro riguardi devono essere rispettate sia le norme della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle Nazioni Unite, sia la legge n. 67/2006 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni".

Valutato che:

la Deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2015, n. 18-1326 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015" ha stanziato a carico del SSR 15 milioni di euro in più per l'assistenza residenziale e semiresidenziale degli anziani non autosufficienti, con uno stanziamento di 280 milioni anziché 265

il capitolo 153157 della direzione A15 "fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali (art. 35 della l.r.1/2004)", a fronte di uno stanziato di 44,580 milioni ne vedrà assegnati solo 20,980 milioni più 3,292 milioni per un totale di 24,272 milioni, con uno slittamento di oltre 20 milioni nel bilancio del 2016.

Il complessivo dei capitoli statali e regionali sulle politiche sociali vedrebbe circa 200 milioni di € stanziati, ma solo 180 assegnati.

Il Consiglio regionale impegna la Giunta regionale

a finanziare nel 2016 la spesa storica per le politiche sociali più gli slittamenti del 2015, con quota parte del riparto del FSN, non appena la Regione esca dal Piano di Rientro del disavanzo sanitario;

a richiedere agli organi competenti (Ministero della salute e delle politiche sociali, Conferenza Stato-Regioni) di assumere le necessarie urgentissime iniziative affinché le attività domiciliari riguardanti le prestazioni «di assistenza tutelare alla persona» siano considerate una parte integrante dei Lea socio-sanitari ed i relativi costi siano a carico del Servizio sanitario nazionale nella misura minima del 50% e dei Comuni per la parte non coperta dalle risorse degli infermi.

PRIMO FIRMATARIO Davide Bono

Altre firme