



Via G.B. Bellezia 12/g - 10122 Torino
Tel. 011 518 44 44 - 011 509 21 02
e-mail: alzheimერიpiemonte@aruba.it

Torino 14 febbraio 2023

Al Presidente, ai Vice Presidenti e
ai Parlamentari delle Commissioni
Affari Sociali, Sanità
SENATO DELLA REPUBBLICA

OGGETTO: Proposta di Emendamento al Disegno di Legge n. 506 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane".

Il DDL in oggetto propone interventi a sostegno delle persone anziane autosufficienti e persone anziane non autosufficienti, ma non considera che tutte le condizioni di non autosufficienza hanno un comune denominatore: la presenza di una o più malattie alla base della perdita di salute e la necessità di cure volte alla fase cronica così come alle complicanze e riacutizzazioni che ne segnano il decorso.

La letteratura medico-scientifica ha documentato che la "non autosufficienza dell'anziano" è un problema di salute. Per tale motivo a queste persone/pazienti deve essere riconosciuto il diritto di usufruire di livelli adeguati di cura all'interno di una rete di servizi in relazione allo stato delle malattie e dalle esigenze di cure acute o croniche.

La **cronicità** pertanto non può essere competenza di un sistema diverso dal Servizio Sanitario Nazionale al quale compete l'erogazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie ai sensi della L.833/1978 e successive modificazioni e integrazioni e del DPCM 12/1/2017 "livelli essenziali di assistenza" in tema di prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Si osserva ancora che ai sensi delle vigenti normative le persone non autosufficienti con patologie croniche, le persone con demenza e le persone affette da malattia di Alzheimer sono riconosciute "persone con bisogni sanitari e socio-sanitari".

Alle suddette persone invece **il DDL non assicura l'esigibilità delle prestazioni obbligatorie** laddove ripetutamente fa ricorso al vincolo "compatibilmente con le risorse stanziare a legislazione vigente".

Al contrario una corretta e specialistica gestione dei servizi sanitari per pazienti non autosufficienti (prestazioni socio-sanitarie domiciliari, strutture intermedie e riabilitative, RSA, reparti ospedalieri), si traduce non solo in una migliore qualità delle prestazioni erogate, ma anche in consistenti risparmi economici principalmente derivanti da un minore ricorso alle cure ospedaliere.

Ciò premesso ci rivolgiamo al Presidente, ai Vice Presidenti e ai Parlamentari della Commissione Affari Sociali, Sanità, affinché **siano accolti gli emendamenti proposti qui di seguito**. Chiediamo altresì che per gli anziani non autosufficienti, in particolare con diagnosi di demenza e di malattia di Alzheimer, sia esplicitata la condizione di "**malati cronici**".

Conseguentemente chiediamo di correggere la definizione di "**anziani non autosufficienti**" con "**anziani malati cronici non autosufficienti**", indispensabile per la loro tutela in ambito sanitario, che assicura loro il diritto esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie ai sensi della Legge 833/1978.

PROPOSTE DI EMENDAMENTI AL TESTO DEL DDL n° 506

Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

MOTIVAZIONE DELL'EMENDAMENTO 1

Il budget di cura utilizzabile per l'assistenza domiciliare tutelare (ossia la spesa dalla quale ricavare il piano di assistenza per il supporto negli atti della vita quotidiana) deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello che è già in atto (in base alla vigente normativa sui LEA sociosanitari) per l'assistenza residenziale, per almeno due evidenti ragioni:

- a)** va superata l'incomprensibile attuale differenza nell'impiego di risorse del SSN, perché attualmente i LEA già prevedono che il costo in RSA sia metà a carico del SSN; costo che copre non le spese sanitarie o di professioni sanitarie ma tutte le prestazioni di tutela della vita in RSA (inclusi pasti, pulizie, e altro). Dunque occorre che ciò accada anche nell'assistenza domiciliare tutelare prevedendo che se la stessa persona è assistita a casa riceva la stessa tutela da parte del SSN. Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di non autosufficienti il SSN di fatto incentiva solo il ricovero.

b) Non deve esistere alcuna forma di “convenienza economica”, né per le famiglie né le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare solo dall’appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini

TESTO DELL’EMENDAMENTO 1

All’articolo 4, comma 2, lettera h) punto 3) , dopo il termine della frase esistente è aggiunto il seguente testo:

“Il budget di cura e assistenza è graduato per crescere all’aumentare del grado di non autosufficienza, ed è composto per il 50% da risorse del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dalla condizione economica del non autosufficiente, e per il 50% da risorse dell’utente o degli enti gestori dei servizi sociali quando egli non ha capacità economiche sufficienti. Tale budget viene trasformato nella retta per l’inserimento in strutture residenziali, oppure nella gamma di interventi di assistenza tutelare al domicilio per supportare il non autosufficiente negli atti della vita quotidiana”

MOTIVAZIONE DELL’EMENDAMENTO 2

Come molte esperienze dimostrano l’intervento per l’assistenza domiciliare tutelare non può consistere solo in poche ore di OSS o in denaro alle famiglie (perché ci sono quelle che non riescono ad usarlo da sole). Occorre invece un’assistenza domiciliare con più modalità possibili da concordare con la famiglia, per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche 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, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il meccanismo migliore è: 1) la valutazione individua un grado di non autosufficienza abbinato a un budget di cura da usare, 2) si compone il budget di cura con 50% del SSN, 50% di utente e/o Comuni), 3) si trasforma il budget nell’intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo. Che è ciò che già accade per gli inserimenti in RSA

TESTO DELL’EMENDAMENTO 2

All’articolo 4, comma 2, lettera l) dopo il punto 3) è aggiunto il seguente punto 4):

“4) l’offerta di un piano di assistenza domiciliare tutelare che obbligatoriamente contenga più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattarle alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche 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, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.”.

MOTIVAZIONE DELL’EMENDAMENTO 3

Al contrario di cosa accade ora in diverse norme o prassi nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l’accesso

alle prestazioni e la loro fruibilità ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino. L'accesso alle prestazioni deve essere fondato sulle condizioni di non autosufficienza, per evitare bizzarre e irrazionali distorsioni come quelle che oggi (con l'ISEE) implicano che sia escluso anche solo dalla possibilità di accedere ad interventi un non autosufficiente solo perché è comproprietario di un terreno invendibile, o perché aveva 12 mesi prima risparmi che quando chiede l'intervento ha già speso da sé per la sua assistenza personale

TESTO DELL'EMENDAMENTO 3

All'articolo 4, comma 2, dopo la lettera p) aggiunta la seguente lettera q):

“Previsione che la valutazione della condizione economica non debba essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni e la loro fruibilità, ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino”