



CITTA' DI TORINO

ORDINE DEL GIORNO N° 17

Approvato dal Consiglio Comunale in data 13 marzo 2023

OGGETTO: DDL NON AUTOSUFFICIENZA.

Il Consiglio Comunale di Torino,

VISTA

l'approvazione del DDL, Disegno di legge delega “Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della missione 5, componente 2, riforma 2, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti” (d'ora in poi “DDL non autosufficienza”) da parte del Consiglio dei Ministri in data 19 gennaio 2023;

CONSIDERATO CHE

nel testo del DDL

- si prospetta l'istituzione di un «Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (Snaa)» al quale destinare tutti i malati anziani non autosufficienti, in sostanza in alternativa al Servizio Sanitario Nazionale per le esigenze di cura di lunga durata (long term care);
- si prevede esplicitamente (articolo 5, comma 2 punto 1.) la radicale modifica dell'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 1, della Legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- non è previsto un adeguato impegno strategico per potenziare l'offerta di supporti domiciliari tutelari negli atti della vita quotidiana per gli anziani malati non autosufficienti e che il testo si limita a rimandare alle successive leggi di bilancio e a prevedere «l'integrazione tra ADI e SAD» senza ulteriori specifiche;
- non è previsto alcun rafforzamento dei LEA – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, né più diritti entro il Servizio Sanitario Nazionale per gli anziani malati non autosufficienti. Il DDL prospetta un sistema nel quale gli interventi domiciliari mirati alla cura e alla tutela negli atti della vita quotidiana dei malati (e, prevedibilmente, delle persone con grave disabilità) non autosufficienti debbano essere compito dei soli servizi sociali o delle famiglie;

- il modello delineato, afferente al solo comparto sociale, imporrebbe nuovi e maggiori oneri agli Enti locali, non prevedendo risorse aggiuntive con cui farvi fronte;

CONSIDERATO ALTRESI' CHE

il testo del DDL è stato inviato alle Camere per la discussione con la prospettiva dell'approvazione di un testo di Legge delega al Governo;

IMPEGNA

Il Sindaco ad inviare il presente OdG ai Presidenti della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica, delle Commissioni Parlamentari competenti sul “DDL non autosufficienza”, nonché al Presidente del Consiglio dei Ministri e ai Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali, affinché il testo venga opportunamente emendato al fine:

1. della salvaguardia del carattere universalistico del Servizio Sanitario Nazionale, destinato a tutti i malati, compresi quelli non autosufficienti, e, come previsto dalla Legge 833 del 1978, «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualanza dei cittadini nei confronti del servizio») e dell'indennità di accompagnamento (erogata «a solo titolo della minorazione»);
2. della conferma e il mantenimento della titolarità sanitaria e della programmazione e del finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie in ambito LEA: domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
3. della conferma dell'esigibilità e l'aumento degli interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici (come la radiologia domiciliare e i prelievi per esami), riabilitativi destinati anche ai malati non autosufficienti;
4. della formalizzazione, come diritto esigibile sotto la titolarità del Servizio Sanitario Nazionale (LEA) e con una sua partecipazione finanziaria, di un contributo per la tutela negli atti della vita quotidiana (p. es. aiuto per la messa a letto e l'alzata, accompagnamento all'utilizzo del bagno o pulizia e igiene personale per chi è incontinente, preparazione di alimentazione adeguata e/o imboccamento; aiuto nella vestizione, monitoraggio e somministrazione delle terapie) degli anziani malati non autosufficienti con il seguente meccanismo: 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 Servizio Sanitario Nazionale e il 50% di utente e/o Comuni), 3) si trasforma il budget nell'intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo, sul modello di ciò che già accade per gli inserimenti in Rsa – Residenza sanitaria assistenziale.