

Senato della Repubblica
XIX Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 118

Misure dirette alla incentivazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti

14/04/2024 - 03:17

Indice

1. DDL S. 118 - XIX Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 118.	4

1. DDL S. 118 - XIX Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 118

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XIX LEGISLATURA

N. 118

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice **PIRRO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 13 OTTOBRE 2022

Misure dirette alla incentivazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti

Onorevoli Senatori. - Il Senato della Repubblica, nell'ambito dei lavori parlamentari in materia di affari sociali, sanità e previdenza sociale ha, negli ultimi anni, prodotto importanti relazioni sulla questione generale della tenuta del Servizio sanitario nazionale e della notizia, di per sé positiva, dell'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione italiana con conseguente aumento della popolazione anziana, che è in percentuale più soggetta a patologie invalidanti gravi aventi come esito la condizione di non autosufficienza. In particolare, il documento approvato nella XVIII legislatura dalla Commissione igiene e sanità, nella seduta del 10 gennaio 2018, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità (Doc. XVII, n. 13), ha fornito un'esauriente quadro della situazione, confermando peraltro che « l'Italia è uno dei pochi Paesi nei quali la disabilità fra gli anziani tende lentamente a ridursi ». Si tratta di un'evidenza statistica che « contribuisce a ridurre gli allarmi sull'effetto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria ». Tuttavia, il fenomeno dei malati cronici non autosufficienti - e delle persone con disabilità in situazione di gravità e limitata o nulla autonomia, in quanto persone assimilabili per bisogni di prestazioni di tutela della loro salute - interroga le istituzioni e richiede di essere affrontato con migliori garanzie di accesso concreto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che lo Stato ha l'obbligo di garantire in modo universalistico ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi espressi nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del nostro Servizio sanitario nazionale.

Proprio in tale ottica si inserisce il presente disegno di legge, finalizzato alla disciplina delle misure dirette all'incentivazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari per i malati cronici non autosufficienti e le persone con disabilità e limitata o nulla autonomia, come provvedimento che interviene su prestazioni di livello essenziale. Esse, come noto, appartengono a quel « nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana » che il nostro ordinamento e consolidate sentenze della Corte costituzionale (tra molte le sentenze n. 509 del 2000 e n. 275 del 2016) vietano di intaccare per ragioni di bilancio, prescrivendo di « impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto ».

Va osservato, in ogni caso, che il presente disegno di legge è comunque improntato al migliore e più razionale utilizzo delle risorse sanitarie che, nel caso delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, coincide con i desideri e le esigenze del paziente/persona con disabilità, e limitata o nulla autonomia, e dei loro familiari/accuditori.

La già citata relazione della Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica precisava che « una riduzione della spesa sanitaria a carico del finanziamento pubblico (a prescindere dal fatto che si tratti di servizi prodotti da strutture pubbliche o private) potrebbe consentire un risparmio per le finanze pubbliche, ma non è detto che costituisca anche un risparmio per le famiglie ». Affinché tale

condizione si realizzi è necessario « che la riduzione della spesa sanitaria sia frutto di una attenta selezione delle voci da tagliare (...) e che i cittadini non siano costretti (o indotti) a sostituire i minori servizi pubblici con altrettanti servizi privati (il cosiddetto effetto sostituzione). Ovvero che si tagli solo il superfluo (ancora presente nel nostro sistema, nonostante la sua riconosciuta sobrietà) e che il superfluo non venga riproposto come necessario (dalla pressione dei vari gruppi di interesse) ». A ciò punta la presentazione dell'intero provvedimento e l'inquadramento delle prestazioni previste nel contesto di una percorribile e ragionata alternativa alle soluzioni residenziali, laddove si verificano le condizioni espresse nell'articolato. Prendendo spunto dalla relazione conclusiva della *Commission on the future of Health Care in Canada*, istituita nel 2003 dal Governo federale canadese nell'ambito della riforma del sistema sanitario pubblico *Medicare*, al fine di tracciare il percorso per garantire il futuro del sistema sanitario medesimo, e che fece da apripista per numerose commissioni che ebbero lo stesso impegnativo e fondamentale compito, possiamo dire che « il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia ».

Proprio partendo da questo principio, la Commissione igiene e sanità ha già avuto modo di affermare quanto qui si vuole ribadire: « La sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? Quali cure il nostro sistema può riuscire a garantire nel modo migliore ai cittadini? ».

Si tratta di « una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica ». Esigenze, queste, divenute ancora più impellenti ai tempi del Coronavirus. La pandemia ha evidenziato problemi strutturali che vanno affrontati. Il COVID-19, oltre ad essere stato un dramma per il mondo intero, offre, come ha rimarcato il Ministro della salute in Commissione igiene e sanità, anche un'opportunità per il sistema sanitario nazionale per superare le disuguaglianze nel diritto alla cura e alla salute. In tal senso le indicazioni della cabina di regia sul Recovery Fund sono un primario segnale che dimostra la volontà delle istituzioni del Paese di investire in modo prioritario nella salute. Il Ministro della salute ha inoltre aggiunto che la casa deve diventare il primo luogo di cura seguendo un'idea di fondo: negli ospedali devono essere assistite le situazioni gravi, mentre negli altri casi occorre prevedere una cura e un'assistenza domiciliare, che ruotino attorno al paziente, con una sanità circolare e con strutture ospedaliere sul territorio. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) indirizzerà risorse per « il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario » partendo dal territorio e dalla sanità di prossimità. Uno specifico investimento nell'ambito delle cronicità e delle cure a domicilio sarà prontamente attuato per superare le attuali carenze del sistema sanitario delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese, in conformità alla Strategia nazionale delle aree interne.

In conclusione la rinascita del sistema sanitario nazionale è profondamente legata a un cambio sostanziale del paradigma assistenziale seguito in questi ultimi quindici anni. È indispensabile uscire da una visione incentrata sull'assistenza ospedaliera e puntare ad una riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire la gestione domiciliare dei pazienti cronici in generale e di quelli non autosufficienti in particolare.

L'articolo 1 stabilisce le finalità del provvedimento. L'articolo 2 prevede che le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari siano disposte dall'azienda sanitaria locale (ASL) di residenza della persona non autosufficiente, previa accettazione da parte dell'interessato o della persona che lo rappresenta e la valutazione positiva delle prestazioni domiciliari ai fini della cura. L'accuditore domiciliare deve assicurare direttamente, o con l'aiuto di terze persone, la vigilante presenza ventiquattr'ore su ventiquattro per fornire le prestazioni occorrenti alla persona non autosufficiente e per richiedere, anche nei casi di urgenza, gli interventi indispensabili. Si prevede, altresì, che la ASL competente provveda periodicamente alla verifica del buon andamento delle prestazioni domiciliari e sospenda i contributi economici, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), nei casi in cui l'accuditore domiciliare non rispetti le indicazioni previste per gli interventi di urgenza.

L'articolo 3 stabilisce il ricovero in ospedale nei casi in cui insorgano esigenze sanitarie acute della

persona non autosufficiente curata a domicilio oppure l'accuditore domiciliare sia nell'impossibilità di provvedere direttamente o tramite altri soggetti.

L'articolo 4 prescrive che con decreto del Ministro della salute siano stabiliti i criteri direttivi per l'introduzione di un contributo economico in favore delle persone non autosufficienti.

L'articolo 5 prevede un incremento del Fondo per le non autosufficienze e l'articolo 6 inserisce nei livelli essenziali di assistenza (LEA) le prestazioni di assistenza tutelare informale alla persona, comprese quelle fornite volontariamente dai familiari o dai conoscenti sia direttamente sia mediante terzi.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce la priorità delle prestazioni domiciliari per i malati cronici non autosufficienti e le persone con disabilità invalidanti tali da determinare la condizione di non autosufficienza irreversibile, di seguito denominate « persone non autosufficienti ».

2. Le persone non autosufficienti, in alternativa al ricovero in strutture sanitarie o socio-sanitarie, hanno il diritto di scegliere le prestazioni domiciliari previste dalla presente legge, allo scopo di poter beneficiare dei vantaggi terapeutici e psicologici che derivano dal poter proseguire le cure al proprio domicilio, in presenza di familiari o di conoscenti che si assumano il compito di svolgere, direttamente o mediante l'aiuto di terzi, il ruolo di accuditore domiciliare.

Art. 2.

(Prestazioni domiciliari)

1. Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari sono disposte dall'azienda sanitaria locale (ASL) di residenza della persona non autosufficiente, previa accettazione da parte dell'interessato o della persona che lo rappresenta e la valutazione positiva delle prestazioni domiciliari ai fini della cura, dell'adeguatezza dei locali di vita della persona non autosufficiente e dell'idoneità dell'accuditore domiciliare.

2. La condizione di non autosufficienza è certificata dalla commissione medico-legale dell'ASL prevista dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrata da un medico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di cui all'articolo 20, comma 1, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

3. L'ASL provvede periodicamente alla verifica del buon andamento delle prestazioni domiciliari e sospende i contributi economici di cui all'articolo 4, comma 1, lettera *b*), nei casi in cui l'accuditore domiciliare non rispetti le indicazioni previste per gli interventi di urgenza a garanzia delle prestazioni sanitarie e le altre attività indifferibili per le persone non autosufficienti.

4. L'accuditore domiciliare assicura direttamente, o con l'aiuto di terze persone, la vigile presenza ventiquattr'ore su ventiquattro per fornire le prestazioni occorrenti alla persona non autosufficiente e per richiedere, anche nei casi di urgenza, gli interventi indispensabili. Queste attività sono svolte, su specifico mandato dell'interessato o della persona che lo rappresenta, nel pieno rispetto delle disposizioni di legge vigenti.

Art. 3.

(Ricovero in ospedale)

1. Nei casi in cui insorgano esigenze sanitarie acute della persona non autosufficiente curata a domicilio oppure l'accuditore domiciliare sia nell'impossibilità di provvedere direttamente o tramite altri soggetti, si provvede indifferibilmente al ricovero presso l'ospedale competente o altra struttura sanitaria idonea.

Art. 4.

(Contributo economico alle persone non autosufficienti)

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute sono definiti i criteri per stabilire:

- a) nei casi di cui all'articolo 3 le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente, garantendo la dovuta continuità diagnostica e terapeutica, se necessario anche con il ricovero tempestivo in idonea struttura sanitaria o socio-sanitaria;
- b) le modalità di erogazione dei contributi per le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare informale quali:
 - 1) contributi economici forfettari destinati a familiari o conoscenti, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di accuditore della persona non autosufficiente;
 - 2) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari;
 - 3) contributo economico mensile da erogare alla persona non autosufficiente curata a domicilio, o a chi la rappresenta, tenendo conto delle spese vive documentate sostenute per stipendi e contributi del personale non sanitario che assicura le indispensabili attività di vigilanza e di sostegno, nonché gli interventi necessari per la degenza domiciliare sulla base delle intese stipulate con l'ASL.

2. Le prestazioni sanitarie erogate al domicilio dagli operatori delle professioni sanitarie sono a carico del Servizio sanitario nazionale. Le risorse per le prestazioni domiciliari di assistenza tutelare informale alla persona di cui al comma 1, lettera b), indispensabili ai fini della tutela della salute e del mantenimento a domicilio della persona non autosufficiente, sono a carico del Servizio sanitario nazionale nella misura del 60 per cento dell'importo, sostenuto in caso di ricovero in una residenza assistenziale sanitaria per lo stesso utente, calcolato in base al progetto di assistenza individuale (PAI) di cui all'articolo 22, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017. Tali prestazioni sono erogate in via prioritaria, nel caso vi sia la disponibilità dell'interessato e della persona che deve assicurare le prestazioni ventiquattr'ore su ventiquattro, direttamente o mediante l'aiuto di terzi, previo accertamento di idoneità da parte dell'ASL. I costi residui sono a carico dell'utente e in subordine del comune di residenza dell'utente stesso.

Art. 5.

(Incremento del Fondo per le non autosufficienze)

1. Le prestazioni domiciliari di cui alla presente legge rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, sono parte integrante dell'assistenza domiciliare integrata e sono finanziate con le risorse del Servizio sanitario nazionale.

2. Al fine di garantire la copertura degli oneri a carico degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, commi 1264 e 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è incrementato di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2, pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 6.

(Inserimento nei LEA delle prestazioni di assistenza tutelare informale nell'ambito delle cure domiciliari)

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Ministro della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono adottate le modifiche al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine di ricomprendere, nell'ambito delle cure domiciliari di cui

all'articolo 22, comma 4, del suddetto decreto, le prestazioni di assistenza tutelare informale alla persona, comprese quelle fornite volontariamente dai familiari o dai conoscenti sia direttamente sia mediante terzi, secondo le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, della presente legge.

--- Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (<https://www.senato.it>) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.