



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 2500

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria territoriale

18/12/2022 - 07:09

Indice

1. DDL S. 2500 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 2500	4

1. DDL S. 2500 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 2500
XVIII Legislatura

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria territoriale

Iter

4 marzo 2022: assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Successione delle letture parlamentari

S.2500

assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Iniziativa Parlamentare

[Felicia Gaudiano](#) ([M5S](#))

Cofirmatari

[Francesco Castiello](#) ([M5S](#)), [Emiliano Fenu](#) ([M5S](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **19 gennaio 2022**; annunciato nella seduta n. 398 del 24 gennaio 2022.

Classificazione TESEO

ASSISTENZA SANITARIA

Classificazione provvisoria

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede redigente il 4 marzo 2022.

Annuncio nella seduta n. 412 del 9 marzo 2022.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 5^a (Bilancio), 11^a (Lavoro), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 2500

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 2500

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **GAUDIANO**, **CASTIELLO** e **FENU**
COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 GENNAIO 2022

Disposizioni in materia di assistenza sanitaria territoriale

Onorevoli Senatori. - L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessita di rafforzare la capacità del Servizio sanitario nazionale (SSN) e di fornire servizi adeguati sul territorio. La missione « salute » del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha indicato tra i vari obiettivi quello di intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e sociosanitaria), nonché equità di accesso alle cure. La missione « salute » è composta da due componenti: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Gli interventi della prima componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della comunità (1288 entro la metà del 2026) e la realizzazione di 381 ospedali di comunità.

La riforma - si legge nel PNRR - intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo che consenta al Paese di conseguire *standard* qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei, e che consideri sempre più il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario. Pertanto è fondamentale rafforzare le azioni per la medicina territoriale e le cure domiciliari, ed è necessario mettere al centro di un nuovo sistema di *governance* territoriale un *team* di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti della salute.

L'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 40 dicembre 1992, n. 502, alla lettera *b-bis*), inserita con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto « decreto Balduzzi ») ha stabilito di garantire, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, attraverso aggregazioni funzionali territoriali nonché forme organizzative multiprofessionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria. Successivamente, con il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (cosiddetto « decreto Calabria »), era stata inserita una disposizione con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla suddetta lettera *b-bis*) del decreto Balduzzi, sulla base di accordi regionali o aziendali, prevedendo un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multiprofessionali nei quali è prevista la presenza, oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. La necessità di una evoluzione del sistema assistenziale territoriale, in termini di medicina di prossimità, dovrebbe tenere conto della conformazione orografica, la viabilità dei differenti territori e

l'accesso alle strutture sanitarie. Pertanto, bisognerebbe incentivare la rete di assistenza territoriale affinché vada incontro alle molteplici e croniche esigenze della popolazione, a cui va associata la quotidiana gestione delle acuzie minori, e definire un'organizzazione professionale, un gruppo che comprenda il medico di medicina generale, un infermiere e personale amministrativo che punti a garantire omogeneità nell'offerta ai cittadini.

La differente concentrazione di popolazione comporta la necessità di investire su una nuova unità operativa di base, che coinvolga il medico di medicina generale, l'infermiere e il personale amministrativo, mediante un'azione coordinata e competente, sia per visite in ambulatorio che domiciliari. Un gruppo che lavori non più in termini di popolazione afferente, ma di popolazione afferente per chilometro quadrato.

Il presente disegno di legge reca disposizioni in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali e per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, si prevede che, in relazione alle finalità del PNRR miranti a potenziare la rete di assistenza territoriale e rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, al fine di garantire l'attività assistenziale attraverso un'offerta integrata delle prestazioni, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, sono definiti i criteri e le modalità, tra i quali l'istituzione di un'unità erogativa di base, denominata « gruppo di assistenza primaria », composta da medici di medicina generale, infermieri e personale amministrativo, al fine di assicurare continuità di cure per almeno dieci ore giornaliere mediante un'azione coordinata e competente. Inoltre, la valutazione della sede di riferimento del gruppo di assistenza primaria dovrà tenere conto del bacino di utenza in considerazione delle condizioni orografiche e in funzione delle caratteristiche legate alla popolazione, attraverso: una sede unica per territorio con densità abitativa alta (più di 100 abitanti per chilometro quadrato); una sede unica ed ambulatori periferici per territorio con densità abitativa media (da 100 a 50 abitanti per chilometro quadrato); ambulatori locali per territorio con densità abitativa bassa (meno di 50 abitanti per chilometro quadrato).

L'articolo 2 reca disposizioni in materia di prestazione del servizio medico nelle zone interne o disagiate. Si prevede che, al fine di favorire l'inserimento di medici specialistici nelle strutture sanitarie collocate in zone interne o disagiate, comprese le piccole isole, e garantire lo svolgimento dell'attività assistenziale, al medico che opera nelle suddette strutture sia garantito un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto per servizio prestato nelle strutture medesime ai fini della valutazione come titolo di carriera nel concorso per il primo livello dirigenziale medico. Si prevede, altresì, ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte, ai medici dipendenti dalle aziende e dagli enti del SSN, un'indennità di servizio per l'assistenza nelle zone interne e disagiate.

L'articolo 3 reca disposizioni finanziarie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Disposizioni in materia di assistenza sanitaria territoriale)

1. In relazione alle finalità del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), miranti a potenziare la rete di assistenza territoriale e a rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, al fine di garantire l'attività assistenziale attraverso un'offerta integrata delle prestazioni, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri e le modalità per la:

- a) definizione di *standard* strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture sanitarie a essa deputate;
- b) definizione del volume di prestazioni resi in assistenza domiciliare;
- c) istituzione di un'unità erogativa assistenziale di base, denominata « gruppo di assistenza primaria », composta da medici di medicina generale, infermieri e personale amministrativo, al fine di assicurare

continuità di cure mediante un'azione coordinata e competente;

d) valutazione della dotazione di personale da afferire al distretto sanitario dell'azienda sanitaria di riferimento, garantendo, nelle sedi di cui alla lettera e), la presenza per almeno dieci ore giornaliere di personale medico, infermieristico e amministrativo, al fine di implementare l'assistenza territoriale nei confronti degli assistiti;

e) valutazione della sede di riferimento del gruppo di assistenza primaria in base al bacino di utenza, in considerazione delle condizioni orografiche e in funzione delle caratteristiche legate alla popolazione, utilizzando i seguenti criteri:

1) una sede unica per territorio con densità abitativa alta (più di 100 abitanti per chilometro quadrato);

2) una sede unica ed ambulatori periferici per territorio con densità abitativa media (da 100 e 50 abitanti per chilometro quadrato);

3) ambulatori locali per territorio a densità abitativa bassa (meno di 50 abitanti per chilometro quadrato);

4) articolazione delle prestazioni da erogare e delle attività da svolgere del personale di cui alla lettera d), differenziando l'attività medica dai servizi infermieristici e amministrativi;

5) dotazione delle sedi di riferimento di cui alla presente lettera di dispositivi tecnologici ed informatici, al fine di aumentare la risposta assistenziale e la presa in carico dei pazienti.

Art. 2.

(Disposizioni in materia di prestazione del servizio medico nelle zone interne o disagiate)

1. Al fine di favorire l'inserimento di medici specialistici nelle strutture sanitarie collocate in zone interne o disagiate, comprese le piccole isole, e di garantire lo svolgimento dell'attività assistenziale, al medico che opera nelle suddette strutture è attribuito:

a) l'indennità di cui al comma 2;

b) un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto per anno per servizio prestato nelle strutture di cui al presente comma, ai fini della valutazione come titolo di carriera nel concorso per il primo livello dirigenziale medico di cui al capo I del titolo III del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483.

2. Ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte, ai medici dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale è riconosciuta, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2022-2024 relativa al comparto sanità, un'indennità di servizio per l'attività di lavoro svolta nelle zone interne e disagiate, da riconoscere al predetto personale con decorrenza dal 1° gennaio 2022 quale parte del trattamento economico fondamentale. Le misure e la disciplina dell'indennità di cui al periodo precedente sono definite in sede di contrattazione collettiva nazionale.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni del comma 2, nel limite di 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, che è corrispondentemente incrementato a decorrere dall'anno 2022.

Art. 3.

(Disposizioni finanziarie)

1. All'onere di cui alla presente legge, pari a 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2022-2024, 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 2022, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

