



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore LIRIS

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 DICEMBRE 2024

Disposizioni per il potenziamento delle cure domiciliari per la gestione del paziente cronico e complesso e per la definizione di nuovi *standard* per l'assistenza domiciliare

ONOREVOLI SENATORI. – I livelli essenziali di assistenza inquadrano l'assistenza domiciliare come *setting* privilegiato del modello territoriale. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, all'articolo 21, recante percorsi assistenziali integrati, stabilisce infatti che « nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali ».

L'inquadramento normativo nazionale in questi anni è stato tuttavia declinato in modo parziale nella prassi regionale, che ha interpretato l'assistenza domiciliare come coincidente con le sole prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate tramite assistenza domiciliare integrata, ovvero prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, non includendo le attività di telemedicina e i servizi e le terapie dispensate a domicilio per garantire il mantenimento domiciliare del paziente, quali: accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, di dispositivi medici e di preparati per nutrizione artificiale (di cui all'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017).

La mancata integrazione di servizi e prestazioni appare oggi conseguenza anche dei limiti dell'attuale misurazione del sistema di assistenza domiciliare integrata: il coefficiente di intensità assistenziale (CIA). Tale indicatore risulta insufficiente a descrivere l'attività svolta a domicilio, poiché non considera, ad esempio, la complessità assistenziale (che non necessariamente coincide con l'intensità), la multiprofessionalità, gli indi-

catori di esito clinico, e così via. Il disegno di legge proporrà pertanto l'istituzione di profili volti a prendere in carico in modo integrato e completo i pazienti ad alta intensità, i pazienti cronici e i pazienti eligibili per le dimissioni protette.

Per garantire meccanismi più efficaci e omogenei a livello nazionale, anche il fronte « organizzativo » delle cure domiciliari ha visto una significativa evoluzione. Con l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2021 sono stati infatti definiti gli *standard* autorizzativi e di accreditamento che avrebbero dovuto trovare attuazione su tutto il territoriale nazionale entro agosto 2022 e che, oggi, sono spesso oggetto di generiche prese d'atto non in grado di istituire un efficace sistema di gestione delle prestazioni.

Tali ritardi sono legati anche alla tipologia di requisiti individuati dalle regioni. Appare pertanto necessario semplificare procedure e requisiti per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare integrata, in particolare con riferimento al numero di sedi operative e alla necessaria dotazione di personale in fase di avvio dell'accreditamento, andando invece meglio a specificare le dotazioni tecnologiche (ad esempio la telemedicina) e individuare delle modalità di accreditamento che consentano una presa in carico complessiva del paziente a domicilio.

In un contesto in cui servizi, terapie e prestazioni di telemedicina non risultano ancora integrati tra loro, dove le tariffe nazionali per l'assistenza domiciliare risultano assenti da anni e dove, nonostante

l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 2021, ogni territorio preannuncia la volontà di voler procedere all'accreditamento con tempi e modalità differenti, appare necessario un cambio di passo per potenziare la presa in carico domiciliare come previsto dal PNRR (la casa come primo luogo di cura).

Il presente disegno di legge propone pertanto di rivalutare i criteri di autorizzazione e accreditamento in termini di sem-

plicità ed efficacia rispetto all'attività domiciliare, anche integrando le cure palliative ed il fine vita, e di prevedere modelli evoluti per le dimissioni protette, per l'assistenza domiciliare per pazienti cronici e complessi, nonché per l'integrazione della telemedicina.

Tali proposte si configurano non solo come fondamentali per migliorare la presa in carico del paziente ma anche per efficientare la gestione della spesa sanitaria da parte delle regioni.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge è finalizzata a rafforzare la capacità del Servizio sanitario nazionale di assistere a domicilio i pazienti cronici e i pazienti complessi, nonché di potenziare il ricorso strutturato delle dimissioni protette come passaggio prioritario dal ricovero ospedaliero all'assistenza a domicilio.

Art. 2.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) « patologie croniche »: un ampio gruppo di malattie che comprende le malattie respiratorie croniche, cardiologiche, metaboliche e oncologiche che abbiano un alto tasso di mortalità o siano invalidanti, caratterizzate da un lungo decorso clinico e dalla necessità di un'assistenza a lungo termine;

b) « pazienti cronici e complessi »: i pazienti con una o più patologie croniche che per mantenere sotto controllo la malattia necessitano di un monitoraggio clinico e di un'assistenza multidisciplinare continuativa;

c) « assistenza domiciliare integrata »: prestazioni sanitarie erogate da personale medico, generale e specialistico, personale infermieristico e sanitario, fisioterapisti e specialisti della riabilitazione e servizi sanitari che erogano prestazioni al domicilio quali: la dispensazione di medicinali, la diagnostica domiciliare, la fornitura di dispositivi medici e preparati per nutrizione artifi-

ciale, ai sensi dell'articolo 22 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017. Il servizio è attivato a seguito di segnalazione da parte del medico di medicina generale o del responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;

d) « dimissioni protette »: strumento per accompagnare il paziente con particolari condizioni di fragilità nel rientro al domicilio *post* ricovero, con la finalità di facilitare la prosecuzione di alcune terapie a domicilio anziché in ospedale e di fornire un adeguato *training* alla gestione delle stesse, così da ridurre i tempi di ricovero inappropriati, accessi evitabili al pronto soccorso, riospedalizzazioni, nonché migliorare l'aderenza terapeutica *post* ricovero e diminuire il rischio di infezioni e complicanze ospedaliere;

e) « cure palliative precoci »: l'integrazione tempestiva, nel percorso di cura di una patologia cronica e degenerativa ad andamento progressivo, delle cure palliative, finalizzate a un controllo dei sintomi della malattia.

Art. 3.

(Profili per l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti cronici e complessi)

1. Al fine di rispondere con maggiore adeguatezza al bisogno di salute dell'assistito, il Ministro della salute individua con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'elenco delle patologie croniche e i requisiti dei pazienti cronici e complessi che necessitano di una assistenza domiciliare integrata, nonché gli obiettivi assistenziali da perseguire a medio e lungo termine, quali educazione sanitaria, aderenza alle terapie, percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

2. Le modalità per la presa in carico dei pazienti cronici e complessi che necessitano di assistenza domiciliare integrata prevedono che le prestazioni sanitarie multiprofessionali del piano assistenziale individuale integrato convergano con ulteriori servizi domiciliari, quali l'utilizzo di dispositivi medici, anche salvavita, e la somministrazione di farmaci, individuati a seconda del livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale necessario a soddisfare il bisogno di salute del paziente.

3. Per dare continuità all'assistenza domiciliare integrata dei pazienti cronici e complessi, le modalità di presa in carico di cui al comma 2 prevedono altresì l'accesso al percorso delle cure palliative domiciliari tramite la somministrazione di cure palliative precoci unitamente ad altri trattamenti curativi al domicilio, cosiddette « *simultaneous care* ».

Art. 4.

(Implementazione delle dimissioni protette)

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza domiciliare integrata per tutti i pazienti cronici e complessi, inclusi gli anziani, sia nella fase pre-ricovero che post-dimissioni, assicurando che i presidi medici prescritti abbiano gli stessi *standard* tecnologici e qualitativi di quelli ospedalieri.

2. Al fine di facilitare il percorso di dimissione protetta, il Ministro della salute emana, previa intesa in sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le linee guida per la gestione efficiente ed efficace delle dimissioni protette, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le linee guida individuano le modalità con cui i reparti ospedalieri attivano direttamente le dimissioni protette, le quali sono svolte per un periodo di tempo non superiore a sessanta giorni,

durante il quale i distretti territoriali di competenza formulano l'eventuale piano di gestione individuale di lungo periodo ove necessario.

3. Le organizzazioni pubbliche e private accreditate di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 4 agosto 2021 concorrono alla valutazione del livello di intensità e all'individuazione delle attività del piano assistenziale individuale in stretta sinergia con i prescrittori e con le unità di valutazione multidisciplinare dei distretti di competenza, oltre che garantire l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate al domicilio.

Art. 5.

(Definizione degli standard delle cure domiciliari)

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio. Tali interventi sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, anche attraverso il ricorso a organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari in regime di accreditamento ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il paziente ha diritto all'erogazione integrata di servizi professionali medici, sanitari, infermieristici e della riabilitazione con prestazioni domiciliari quali: la dispensazione di medicinali, la diagnostica domiciliare, la fornitura di dispositivi medici, preparati per nutrizione artificiale e le cure palliative ai sensi degli articoli 22 e 23 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017. Le prestazioni e i servizi di cui al primo periodo si intendono

erogati anche attraverso gli strumenti della telemedicina.

3. Al fine di garantire le corrette prestazioni assistenziali e una omogeneità del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, sentite le regioni, individua con proprio decreto gli *standard* per le cure domiciliari e l'assistenza domiciliare integrata.

4. I nuovi *standard* devono definire, per ogni distretto:

a) gli *standard* strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per l'accreditamento ai sensi dell'articolo 6;

b) la dotazione minima di personale delle organizzazioni di cui al comma 1 che erogano i servizi di assistenza domiciliare integrata.

Art. 6.

(Semplificazione della procedura di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari)

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 3, il Ministero della salute, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, aggiorna i requisiti di autorizzazione e accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari secondo il principio di proporzionalità, così da adeguarli alla reale attività che le organizzazioni di cui al comma 1 svolgono per i pazienti.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano i requisiti di cui al comma 2 entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 7.

(Disposizioni finali)

1. Il Ministro della salute adotta con proprio decreto, di concerto con il Ministro dell'economia delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le tariffe per le prestazioni connesse all'assistenza domiciliare integrata di cui alla presente legge.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo si provvede nell'ambito delle risorse destinate all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1, comma 288, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e dell'articolo 1, comma 235, della legge 30 dicembre 2023, n. 213.

€ 1,00