

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2596

## PROPOSTA DI LEGGE

### d'iniziativa della deputata RUFFINO

Disposizioni per garantire alle persone non autosufficienti l'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari da parte del Servizio sanitario nazionale

*Presentata il 17 luglio 2020*

ONOREVOLI COLLEGHI ! – La tragica vicenda della pandemia da COVID-19 ha fornito un'ulteriore conferma dell'assoluta importanza e priorità delle prestazioni sanitarie domiciliari in quanto prestazioni che arrecano vantaggi spesso notevoli sul piano terapeutico per gli infermi e risparmi economici per il Servizio sanitario nazionale.

Come già aveva evidenziato l'ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Torino in un documento del 21 marzo 2016, gli interventi sanitari a domicilio nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile, quando soddisfano le loro indifferibili esigenze terapeutiche, comportano, in genere, notevoli benefici per gli stessi soggetti, nonché rilevanti risparmi da parte delle aziende sanitarie locali e dei comuni, in quanto il costo per il Servizio sanitario nazionale

risulta così ripartito: « degenze in casa di cura, 154 euro/giorno (con percorso di riabilitazione fino a 272,7 euro/giorno); degenza in residenza sanitaria assistenziale (RSA) da 71,56 a 104,44 euro/giorno (di cui solo il 50 per cento a carico del Servizio sanitario nazionale); prestazione socio-sanitaria domiciliare dai 26 ai 52,80 euro/giorno (di cui solo il 50 per cento a carico del Servizio sanitario nazionale) ».

Le norme fondamentali dalle quali discende il diritto all'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari e ospedaliere sono l'articolo 32 della Costituzione (« La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ») e l'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che obbliga il Servizio sanitario nazionale ad assicurare « la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomeno-

logia e la durata ». Di particolare importanza è anche l'articolo 23 della Costituzione, che recita: « Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge ». Poiché il Parlamento non ha mai approvato norme che prevedono di attribuire ai familiari degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, compiti già spettanti al Servizio sanitario nazionale, ne consegue che nessuno può imporre ai familiari di persone malate e non autosufficienti l'obbligo di provvedere alla cura dei loro congiunti.

Si segnala, altresì, che il menzionato ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Torino, in un precedente documento del 6 luglio 2015, ha precisato che « gli anziani cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici ». Ovviamente tali affermazioni sono valide per tutte le persone non autosufficienti o con un'autonomia limitata, indipendentemente dall'età e dalle patologie che hanno determinato la loro situazione. Senza un'adeguata assistenza, queste persone sarebbero destinate, senza alcuna eccezione, a morire in breve tempo in caso di mancanza di una diagnosi tempestiva (una diagnosi spesso resa complessa dalla difficoltà o dall'impossibilità dei soggetti di descrivere la durata, l'intensità e a volte anche le caratteristiche dei loro sintomi) e, pertanto, di adeguate prestazioni terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i soggetti non siano in grado di confermare l'efficacia dei trattamenti ricevuti). Inoltre, questi soggetti hanno la necessità di essere alimentati (spesso mediante imboccamento), di essere assistiti per quanto concerne la loro igiene personale (spesso soffrono di incontinenza vescicale e fecale), di essere frequentemente movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere di piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni ne-

cessarie in base alle loro personali esigenze.

Attualmente i soggetti non autosufficienti (e quelli disabili con limitata o nulla autonomia) restano in vita, pur in mancanza di interventi domiciliari da parte del Servizio sanitario nazionale, solo grazie all'assistenza a essi prestata da parte dei loro congiunti che, pur non avendo obblighi di cura come già osservato, accettano di svolgere le attività di cura attribuite dalla legge n. 833 del 1978 al Servizio sanitario nazionale, ma che richiedono di essere regolate e disciplinate con apposite norme.

La presente proposta di legge si prefigge, quindi, di colmare il vuoto legislativo esistente al fine di assicurare il diritto esigibile e prioritario della persona non autosufficiente alle prestazioni sanitarie domiciliari, alle condizioni stabilite dall'articolo 2, compreso l'obbligo dei servizi sanitari territoriali di garantirle (articolo 2, comma 1, lettera e)).

Per garantire un'organizzazione efficiente delle prestazioni sanitarie domiciliari in favore delle persone non autosufficienti non è necessario istituire un servizio a sé stante, ma si può fare ricorso al ruolo fondamentale del medico di medicina generale (articolo 2, comma 1, lettera c)), che deve valutare l'idoneità del candidato a ricevere le cure domiciliari e, inoltre, verificare l'operato del soggetto che le deve assicurare, nonché fornire direttamente o, se necessario, tramite le competenti strutture del Servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie necessarie. A sua volta, la persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari deve garantire, direttamente o tramite altri soggetti, una presenza continuativa per l'intero periodo di durata delle cure domiciliari.

Si deve però considerare che in molti casi la persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari è il coniuge della persona non autosufficiente che, a sua volta, può essere una persona molto anziana. Pertanto, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie indispensabili, è necessario prevedere la concessione di un contributo economico in favore della persona non autosufficiente o della persona

che lo rappresenta, a carico del Servizio sanitario nazionale, analogamente a quanto già previsto in caso di ricovero presso strutture sanitarie residenziali (RSA) (articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017). Al riguardo occorre altresì considerare che le cure socio-sanitarie domiciliari continuative sono assolutamente indispensabili sia per rispondere alle esigenze, comprese quelle non programmabili, del malato e alle inevitabili emergenze, sia per evitare che la persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari incorra nel reato di abbandono di persona incapace, in caso di autolesionismo del malato (si pensi, ad esempio, alle persone affette da demenza senile), o qualora il malato subisca danni da parte di estranei, magari introdottisi abusivamente nella sua abitazione.

Si deve inoltre rilevare che il mancato sostegno economico da parte del Servizio sanitario nazionale (e il conseguente carico di tutti gli oneri economici sui familiari delle persone non autosufficienti) continua a essere una delle cause principali e più allarmanti di povertà.

Come risulta dal VII rapporto redatto da RBM Assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa – Sintesi dei principali risultati, presentato il 7 giugno 2017, « ben il 51,4 per cento delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria (spesso per l'illegittimo confinamento di detti infermi in crudeli liste d'attesa, ndr) ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico », che nell'area dei « salute impoveriti » e cioè delle persone (1,8 milioni) che « dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria (...) ci sono finiti anche il 3,7 per cento di persone con redditi medi, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale ».

Al fine di incrementare la disponibilità di risorse economiche del Servizio sanitario nazionale da destinare alle persone non autosufficienti, si suggeriscono alcuni possibili interventi:

1) recuperare le spese vive sostenute dal Servizio sanitario nazionale per le prestazioni di trasporto, di cura e di riabilitazione fornite dallo stesso Servizio alle persone non autosufficienti a causa di eventi dannosi di varia natura (infortuni sul lavoro e malattie professionali, incidenti, attività svolta in zone vietate e altro), ponendo tali spese a carico degli autori del fatto dannoso (imprese, enti o individui) dei quali sia stata individuata, con sentenza definitiva, la responsabilità per violazione di norme previste dalla legge o da altri provvedimenti pubblici;

2) non porre a carico del Servizio sanitario nazionale le spese sostenute per le prestazioni – come risulta dall'articolo « Sanità confusa tra urgenze e scelte impossibili » di Mario Pirani pubblicato su « *La Repubblica* » del 23 dicembre 2013 – attualmente fornite gratuitamente per i « traumi dell'infortunistica stradale, sportiva, sul lavoro e la responsabilità di terzi che non rientrano nel costituzionale "diritto alla salute" », spese valutate nel citato articolo in circa 30 miliardi di euro annui;

3) prevedere, sulla base delle condizioni contrattuali stipulate con case di cura e RSA (numero, qualifica del personale addetto calcolato in relazione al numero dei degenti non autosufficienti e alle loro condizioni sanitarie), le opportune verifiche sulla presenza in servizio del personale previsto, sia mediante la trasmissione mensile dei versamenti effettuati all'Istituto nazionale della previdenza sociale e all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonché della copia delle fatture emesse dagli operatori non dipendenti, sia mediante periodici controlli sulle condizioni di salute dei pazienti non autosufficienti dimessi;

4) impegnare le regioni a stipulare convenzioni con le RSA anche al fine dell'individuazione della quota del 50 per cento

a carico del Servizio sanitario nazionale e a comunicare tali importi sia agli infermi che ai comuni tenuti all'integrazione della quota della retta non corrisposta dall'infermo;

5) obbligare i soggetti ricoverati nelle RSA a chiedere l'indennità di accompagnamento (pari a euro 520,29 mensili nel 2020) e a corrispondere tale indennità per la copertura della quota alberghiera della RSA presso la quale ciascun soggetto è ricoverato;

6) nei casi di prolungamento della degenza presso le case di cura convenzionate determinato – a seguito dell'opposizione alle dimissioni di malati non autosufficienti – dal mancato trasferimento del malato presso una RSA da parte dell'azienda sanitaria locale competente, imporre agli utenti il pagamento all'azienda sanitaria locale della quota alberghiera praticata dalle RSA;

7) utilizzare l'istituto della concessione di pubblico servizio per la realizza-

zione dei posti letto mancanti per malati non autosufficienti, nonché per le comunità alloggio destinate ai soggetti con disabilità intellettiva grave. In base a tale istituto, gli oneri per la creazione di strutture socio-sanitarie sono interamente assunti dal concessionario, che comunque provvede a recuperare una parte di essi inserendo il relativo importo nelle rette per il periodo temporale concordato. L'istituto della concessione di pubblico servizio può essere anche utilizzato per l'affidamento della gestione a privati da parte degli enti pubblici proprietari di immobili;

8) verificare l'effettivo rendimento dei beni mobiliari e, soprattutto, immobiliari posseduti da ogni regione e procedere alla vendita di patrimoni (spesso imponenti) valutati proficuamente cedibili;

9) modificare i criteri di valutazione della povertà assoluta, inserendo tra essi, ad esempio, quello relativo al possesso di beni immobiliari e mobiliari di qualsiasi valore.

## PROPOSTA DI LEGGE

## Art. 1.

*(Oggetto)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni a statuto ordinario o speciale e le province autonome di Bolzano e di Trento adottano le opportune iniziative legislative volte a garantire il diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di cui alla presente legge in favore delle persone affette da patologie croniche invalidanti o da disabilità, con gravi limitazioni funzionali che comportano una condizione di non autosufficienza, di seguito denominate « utenti ».

## Art. 2.

*(Condizioni)*

1. Le prestazioni sanitarie domiciliari in favore degli utenti, di cui all'articolo 1, sono assicurate dal Servizio sanitario nazionale alle seguenti condizioni:

- a) benefici terapeutici per gli utenti;
- b) volontaria disponibilità di un congiunto o di un altro soggetto ad assumere i compiti e le responsabilità delle cure socio-sanitarie domiciliari all'utente;
- c) valutazione positiva dell'idoneità del candidato alle cure socio-sanitarie domiciliari da parte del medico di medicina generale dell'utente;
- d) impegno scritto della persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari di garantire, direttamente o tramite altre persone di sua scelta, una presenza continuativa per assicurare all'utente le prestazioni necessarie, comprese quelle relative alle emergenze, richiedendo, ove occorra, l'intervento dei servizi dell'azienda sanitaria locale competente per territorio;

e) garanzia da parte delle competenti strutture del Servizio sanitario nazionale delle occorrenti prestazioni sanitarie all'utente in caso di effettiva necessità o urgenza ovvero di oggettiva impossibilità di intervenire da parte della persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari;

f) erogazione da parte dell'azienda sanitaria locale competente per territorio di un adeguato contributo economico mensile per assicurare le prestazioni di cui alla lettera d), il cui importo è stabilito dalla stessa azienda sanitaria locale sulla base dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale relativi al ricovero presso una struttura residenziale adeguata alle condizioni dell'utente.

2. L'utente o la persona che lo rappresenta deve assicurare, ai sensi della legislazione vigente in materia, la tutela di coloro che forniscono allo stesso utente prestazioni retribuite nell'ambito delle cure domiciliari.

### Art. 3.

*(Progetto di assistenza individuale)*

1. Il medico di medicina generale dell'utente può chiedere e ottenere in qualsiasi momento la collaborazione dell'unità valutativa del Servizio sanitario nazionale per approfondimenti diagnostici e terapeutici e per la predisposizione del progetto di assistenza individuale.

### Art. 4.

*(Funzioni temporanee della persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari)*

1. In caso di utente incapace di intendere e di volere, nelle more della nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore, la persona responsabile delle cure socio-sanitarie domiciliari esercita le funzioni di amministratore o di tutore, ad esclusione di quelle concernenti la gestione patrimoniale.

Art. 5.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Agli oneri derivanti dall'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari di cui alla presenta legge si provvede a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale.



\*18PDL0110000\*