

## Disegno di legge Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane Memoria Gruppo Homecare Provider

La programmazione sanitaria nazionale individua l'assistenza domiciliare quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Il Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" stabilisce 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"*.

In linea con il Piano nazionale cronicità, le cure domiciliari rappresentano oggi un bene fondamentale sia per il paziente anziano – spesso cronico, fragile o ad alta complessità assistenziale – che beneficia di una miglior qualità di vita e di positive ricadute sulla sua salute con la sicurezza di essere seguito 365 giorni all'anno, 24 ore su 24; sia per il Sistema Sanitario che, attraverso il domicilio, rende il modello di presa in carico realmente di prossimità, evitando gli accessi inutili verso l'emergenza urgenza e le strutture ospedaliere.

Oltre alle prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, agli accertamenti diagnostici, alla fornitura dei farmaci, di dispositivi medici e di preparati per nutrizione artificiale di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 recante i Livelli Essenziali di Assistenza - proprie dell'Assistenza Domiciliare Integrata – i pazienti domiciliari ricevono servizi ad elevata intensità assistenziale con tecnologie *life support* imprescindibili per la permanenza nel domicilio di pazienti clinicamente complessi, cronici o in cure palliative.

Terapie, servizi e prestazioni sono erogate al domicilio dagli Homecare Provider che garantiscono tutto l'anno 24 ore su 24 la presa in carico dei pazienti nonché la gestione delle emergenze supporto tecnico a domicilio per l'installazione di ausili e device (compresa un'approfondita analisi dei rischi del domicilio), attività di formazione ed educazione alle terapie per pazienti e *caregiver*, oltre che la gestione tramite piattaforme *web-based* della reportistica delle prestazioni svolte.

In tale contesto, tuttavia, oggi l'assistenza domiciliare è vista quasi sempre come coincidente con le sole prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate tramite ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) senza considerarne l'integrazione esistente con le attività di telemedicina e l'insieme delle terapie salvavita (ventilazione meccanica, nutrizione artificiale, ossigenoterapia, dialisi domiciliare, ecc.), imprescindibili per il mantenimento domiciliare del paziente e per garantirgli una migliore condizione di vita.

Appare pertanto opportuno specificare che la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 4, lettera l, punto 2), tenga conto non solo delle condizioni dell'anziano ma anche delle necessità dei pazienti cronici e complessi. Per queste tipologie di pazienti, infatti, è necessario considerare che l'esigenza di cura non può essere legata esclusivamente al numero di accessi (secondo i criteri del Coefficiente di Intensità assistenziale di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017) ma anche alle necessità tipiche dei pazienti cronici e complessi per i quali sono necessarie cure continuative per periodi temporali molto lunghi di quelli tipici dell'ADI e pacchetti di prestazioni e servizi sanitari più ampi rispetto a quelli attualmente previsti. In entrambi i casi, inoltre, è fondamentale prendere in considerazione che l'utilizzo degli strumenti tipici della sanità digitale, quali la telemedicina ed il telemonitoraggio, possono rappresentare la chiave per potenziare l'assistenza alle persone riducendo il numero di accessi.

Il ruolo degli erogatori di prestazioni domiciliari, inoltre, non è oggi definito in modo specifico. Il quadro normativo, infatti, inquadra i criteri per l'accreditamento dell'assistenza domiciliare (Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021) e individua nei soggetti pubblici e privati coloro a cui sono destinate le risorse regionali per la messa a terra dell'ADI (Intesa in Conferenza Stato Regioni del 21 dicembre 2022), ma non individua un ruolo specifico per chi eroga servizi sanitari e forniture a domicilio.

Con il disegno di legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane, il Legislatore si pone l'obiettivo di potenziare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, integrando e razionalizzando i servizi erogati da ASL e Comuni secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura e la razionalizzazione dell'offerta vigente (art.4, lettera l).

Al fine di riorganizzare il frammentato quadro normativo dell'assistenza domiciliare, appare pertanto fondamentale che il Legislatore intervenga per riconoscere in modo esplicito il ruolo e le attività dei soggetti pubblici, privati e non-profit che operano come erogatori dei servizi di assistenza e cura domiciliare.

L'attuale sistema di accreditamento previsto ai sensi dell'intesa in Stato Regioni del 4 agosto 2021, inoltre, pur sancendo un importantissimo passo avanti verso il riconoscimento e l'attuazione dell'assistenza domiciliare, individua nei criteri di accreditamento specificità strutturali che paiono essere ancora ispirati ad un modello prettamente ospedaliero in luogo che ai servizi domiciliari.

Sul punto, la previsione di cui all'art. 4, lettera o) volta a rivedere i criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del terzo settore, per servizi domiciliari potrebbe dunque essere pensata esplicitamente in ottica di semplificazione per l'erogazione di terapie domiciliari o servizi di diagnostica domiciliare.

Nel caso specifico dell'assistenza domiciliare, infatti, appare limitante e, in alcuni casi fuori contesto, che i criteri di accreditamento siano focalizzati sulla disposizione dei locali quali, ad esempio, lo spogliatoio per il personale (per servizi erogati nelle case dei pazienti).

## Proposta

### Art. 4

1. Alla lettera l) aggiungere le seguenti modifiche:

a) sostituire il punto 2), con il seguente *“la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sanitarie e socioassistenziali che tenga conto delle condizioni dell'anziano anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi”*;

b) dopo il punto 3), aggiungere il seguente:

3-bis)

*“l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite di soggetti pubblici e privati di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività identificate dal Piano di Assistenza Individuale”*;

2. alla lettera o), sostituire le parole *“revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, socioassistenziali e sanitari,”* con le seguenti *“revisione e semplificazione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, socioassistenziali e sanitari, e per l'erogazione di terapie domiciliari o servizi di diagnostica domiciliare”*.

## Testo a fronte

Testo art. 4 - Ddl Anziani	Proposte di modifica
<p>l) con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ATS e del Servizio sanitario nazionale, nei limiti della capienza e della destinazione delle rispettive risorse, finalizzata, con un approccio di efficientamento e di maggior efficacia delle azioni, della normativa e delle risorse disponibili a legislazione vigente, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, anche progressivamente, entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale:</p> <p>1) l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali e dai comuni;</p> <p>2) la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni sociosanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano;</p> <p>3) l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, come determinati sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;</p>	<p>l) con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD), assicurando il coinvolgimento degli ATS e del Servizio sanitario nazionale, nei limiti della capienza e della destinazione delle rispettive risorse, finalizzata, con un approccio di efficientamento e di maggior efficacia delle azioni, della normativa e delle risorse disponibili a legislazione vigente, a garantire un'offerta integrata di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria, secondo un approccio basato sulla presa in carico di carattere continuativo e multidimensionale, orientato a favorire, anche progressivamente, entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale e sociosanitaria statale e regionale:</p> <p>1) l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati dalle aziende sanitarie locali e dai comuni;</p> <p>2) la razionalizzazione dell'offerta vigente di prestazioni <b>sanitarie e</b> sociosanitarie che tenga conto delle condizioni dell'anziano <b>anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi</b>;</p> <p>3) l'offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, come determinati sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;</p> <p><b>3-bis) l'integrazione e il coordinamento dei servizi e delle terapie erogate a domicilio, anche attraverso strumenti di telemedicina, per il tramite di soggetti pubblici e privati di cui all'Intesa Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 151/CSR) che possano garantire la gestione e il coordinamento delle attività identificate dal Piano di Assistenza Individuale.</b></p>
<p>o) revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione;</p>	<p>o) revisione <b>e semplificazione</b> dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari, <b>e per l'erogazione di terapie domiciliari o servizi di diagnostica domiciliare</b>, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione;</p>