

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 3321

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DI VIRGILIO, PALUMBO, BIONDI, MASSIDDA, MINOLI ROTA, CUCCU, AIRAGHI, AMATO, EMERENZIO BARBIERI, BERTOLINI, DORINA BIANCHI, BONDI, BORRIELLO, BRUSCO, BUONTEMPO, BURANI PROCACCINI, CAMINITI, CAMPA, CARLUCCI, CASTELLANI, CATANOSO, COLLAVINI, COSTA, CRIMI, D'AGRÒ, DELL'ANNA, DI TEODORO, GIUSEPPE DRAGO, FALLICA, FALSITTA, FERRO, FIORI, FRAGALÀ, FRATTA PASINI, GALLO, GALVAGNO, GIUSEPPE GIANNI, GRIMALDI, IORIO, JACINI, JANNONE, LA GRUA, LAVAGNINI, ANNA MARIA LEONE, LISI, LO PRESTI, LOSURDO, LUCCHESE, MAGGI, GIANNI MANCUSO, MANINETTI, MARINELLO, LUIGI MARTINI, MASINI, MAURO, MAZZOCCHI, MEREU, MEROI, MESSA, MICHELINI, MILANATO, MILANESE, MISURACA, MONDELLO, MURATORI, OSVALDO NAPOLI, ONNIS, PACINI, PALMA, PALMIERI, MARIO PEPE, PITTELLI, PORCU, RAMPONI, RICCIOTTI, RICCIUTI, ROMANO, ROSSO, SANTORI, SANTULLI, SANZA, SAVO, SCHERINI, SELVA, SERENA, SGARBI, STAGNO D'ALCONTRES, TARANTINO, VOLONTÈ, ZAMA, ZANETTA**

Tutele socio-sanitarie in favore delle persone non autosufficienti

*Presentata il 29 ottobre 2002*

ONOREVOLI COLLEGHI! — In tutti i Paesi sviluppati si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione che ha comportato inevitabilmente alcune trasformazioni della società e della famiglia e nuovi approcci alla programmazione so-

cio-sanitaria con rilevanti ripercussioni sul versante dei costi. In Italia il 16,8 per cento della popolazione ha oltre sessantacinque anni, e si stima che nel 2030 si giungerà addirittura al 27 per cento e nel 2050 al 33,4 per cento: infatti, se nel 1996

vivevano 9,6 milioni di persone anziane, nel 2030 si stima che saranno 14,4 milioni, con un costante incremento del tasso percentuale di persone non autosufficienti.

Questo incremento deve quindi fare riflettere sul fatto che l'età che avanza comporta, oltre al peggioramento delle condizioni di salute, tutta una serie di patologie invalidanti, disabilitanti e degenerative (ad esempio il morbo di Parkinson, o quello di Alzheimer) che portano alla non autosufficienza, anche se si deve tenere presente che tali patologie a volte affiorano anche in età adulta e perfino giovanile.

Si è verificato un incremento notevole delle patologie degenerative croniche e delle condizioni di dipendenza parziali o totali, e tale incremento è in fase di costante evoluzione. Per contro le famiglie, sempre più fragili numericamente e anche psicologicamente, non sono spesso in grado di sostenere il carico fisico, psichico ed economico per assistere adeguatamente questi tipi di malati. In questa prospettiva devono essere considerate a buon diritto, accanto alle strutture formali di assistenza, quali l'ospedale e i presidi territoriali, spesso insufficienti e inadeguati, anche le strutture informali quali quelle assicurate dal volontariato e le stesse famiglie dei malati, opportunamente sostenute.

Se la nostra società e la cultura dominante pongono a fondamento dell'esistere, e quindi del senso del vivere, l'averlo, il potere, il piacere o in altri termini il « trinomio produzione, consumo, profitto » che domina in un'epoca postmoderna come l'attuale, si è inevitabilmente condotti a valutare le persone non più per quello che sono ma per quello che hanno, che fanno o producono. In una simile società e cultura la condizione di anziano non può allora che considerarsi come una condizione di emarginazione.

Se non riusciremo a spezzare o invertire questa spirale di emarginazione delle persone anziane, così come dei più deboli e indifesi, favorendo quindi la crescita e la diffusione dell'accoglienza e della solidarietà, base di una nuova cultura della vita,

non potremo che assistere passivamente alla crescita di domande senza risposte, al rifugio in gesti di disperazione, al dominio dell'indifferenza e all'affermazione dell'egoismo in un mondo arido e senza valori.

Inoltre, è stato considerato che circa il 5 per cento della popolazione italiana è colpita da almeno una disabilità. La fascia di popolazione affetta da disabilità necessita di particolari attenzioni sia perché costituita da persone destinate a convivere con una limitazione spesso rilevante della propria autonomia funzionale e sia perché esposte al rischio di possibili ulteriori involuzioni. È evidente che i bisogni complessi di tali soggetti necessitano di risposte assistenziali articolate e composite che devono di logica scaturire da una revisione e da una riorganizzazione dei servizi offerti tesi non solo a gestire la « menomazione » o la « minorazione funzionale del soggetto » ma orientati verso un processo sanitario, sociale ed educativo diretto a potenziare le funzionalità residue e a valorizzare le cosiddette « abilità diverse ».

La lotta alla disabilità deve essere un problema prioritario nella moderna società post-industriale, dato che la caratteristica saliente, specialmente nell'anziano, dal punto di vista sociale, è esattamente il rischio della non-autosufficienza. Il *goal* della politica socio-sanitaria per l'anziano deve essere allora quello di potenziare le strutture e le risorse non solo e non tanto per il trattamento della patologia acuta, ma specialmente per la prevenzione della disabilità.

È pertanto pressante l'esigenza di individuare nuovi strumenti perché la società possa fare fronte ai costi, crescenti in misura iperbolica, collegati alla disabilità in particolare nella sua componente anziana. Da qui la proposta della istituzione di un Fondo nazionale di solidarietà (articolo 1 della proposta di legge).

Si tratta di un problema di grandissima e crescente rilevanza economica, per i numeri in progressivo aumento della popolazione cui si rivolge; in più, si tratta, come è noto, di bisogni su cui è assai arduo operare una valutazione statistica

preliminare. Oltre ad adeguate risorse (molto superiori a quelle attualmente disponibili) è altrettanto indispensabile una adeguata organizzazione sia sul versante della assistenza sanitaria che su quella sociale prevalentemente tese a mantenere il paziente al suo domicilio.

Appare urgente allora una riorganizzazione delle strutture territoriali del Servi-

zio sanitario nazionale e, soprattutto, la effettiva realizzazione di quella rete di servizi aperti sul territorio che dovrebbe costituire la più efficace modalità di assistenza globale, facilitando e stimolando tutte le iniziative necessarie per consentire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio o presso il proprio nucleo familiare (articolo 4).

## PROPOSTA DI LEGGE

### ART. 1.

*(Sistema di protezione sociale e di cura).*

1. Sono considerati non autosufficienti tutti coloro che per età o condizione di malattia hanno sviluppato disabilità tali da rendere permanentemente impossibili le attività della vita quotidiana senza una continua assistenza esterna.

2. In attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328, al fine di sviluppare un sistema di protezione e di assistenza globale per le persone non autosufficienti, anche allo scopo di prevenire e rimuovere le cause che possono concorrere alla loro emarginazione, è istituito un Fondo nazionale di solidarietà, di seguito denominato « Fondo ».

### ART. 2.

*(Beneficiari).*

1. Alle prestazioni del Fondo hanno accesso, indipendentemente dalla loro partecipazione agli oneri contributivi e dal reddito familiare, tutte le persone non autosufficienti identificate con le modalità previste dal decreto legislativo di cui all'articolo 6.

### ART. 3.

*(Servizi e prestazioni).*

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di assistenza, prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche delle persone anziane e particolarmente per i soggetti non autosufficienti, il Fondo è destinato alle seguenti finalità:

a) favorire l'accesso alla rete dei servizi, con particolare riguardo agli in-

terventi di assistenza alla persona, all'assistenza domiciliare diurna e notturna, di cui agli articoli 14 e 15 della legge 8 novembre 2000, n. 328;

b) erogare titoli per l'acquisto di prestazioni sociali e sanitarie, parzialmente o totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza, secondo specifiche indicazioni cliniche e specifiche modalità;

c) erogare risorse integrative necessarie al pagamento della quota sociale a carico dell'utente nel caso di ricovero in una residenza sanitaria assistita o in centri diurni integrati;

d) sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento delle organizzazioni di volontariato legalmente riconosciute, alle famiglie nel cui nucleo sono presenti disabili, finalizzate ad agevolare il loro mantenimento nell'ambito familiare;

e) attivare servizi che facilitino la permanenza dell'anziano e del disabile all'interno del nucleo familiare, quali, tra gli altri, l'assistenza domiciliare e il tele-soccorso;

f) sostenere il reddito delle famiglie al fine di permettere loro di risolvere autonomamente i bisogni delle persone non autosufficienti, così come definiti nei livelli essenziali delle prestazioni sociali, integrandone il reddito con l'equivalente delle prestazioni riconosciute necessarie alla singola persona non autosufficiente.

#### ART. 4.

*(Iniziative per consentire la permanenza di persone non autosufficienti nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare).*

1. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono provvedere con risorse proprie alla eventuale concessione di benefici aggiuntivi rispetto a quelli determinati dalla presente legge. In particolare, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni rientranti nel sistema di assistenza domiciliare, le regioni, le province autonome di Trento e

di Bolzano e gli enti locali promuovono e incentivano iniziative volte a consentire alle persone prive di autonomia fisica o psichica, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e nei centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di continuare a vivere nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare di appartenenza.

ART. 5.

*(Centrale operativa territoriale).*

1. In ogni distretto sanitario le aziende sanitarie locali attivano una centrale operativa territoriale al fine di identificare, di valutare e di monitorare il bisogno globale delle persone di cui al comma 1 dell'articolo 1.

2. La centrale opera in stretta connessione con i medici di medicina generale del territorio, con l'ospedale e con i servizi allo scopo attivati dagli enti locali.

3. Nelle grandi città la centrale può attivare antenne di quartiere per gli anziani e per i disabili.

ART. 6.

*(Funzionamento del Fondo).*

1. Entro il 30 giugno 2003, il Governo è delegato ad adottare, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, un decreto legislativo che definisca, sulla base dei principi e dei criteri direttivi di cui alla presente legge:

a) i criteri di determinazione e di accertamento della non autosufficienza;

b) le modalità di gestione del Fondo e di erogazione degli interventi economici;

c) nell'ambito della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di

cui all'articolo 22, comma 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, la tipologia delle prestazioni e dei servizi a carico del Fondo;

d) le modalità e le procedure attraverso le quali, nell'ambito del distretto socio-sanitario di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, siano valutati il bisogno assistenziale e le prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;

e) le modalità di controllo e di verifica della qualità delle prestazioni erogate e delle spese sostenute dalle famiglie;

f) la identificazione delle fasce di reddito cui fare corrispondere i diversi scaglioni contributivi ed il livello minimo di reddito richiesto per l'obbligo contributivo, di cui all'articolo 7.

#### ART. 7.

*(Istituzione dell'assicurazione obbligatoria).*

1. Con il decreto legislativo di cui all'articolo 6 sono definiti le modalità, i criteri ed i termini per l'istituzione di una assicurazione obbligatoria, le cui risorse sono destinate al finanziamento del Fondo gestito dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, a decorrere dal 1° gennaio 2003, nonché le misure fiscali atte a compensare il maggiore onere a carico dei lavoratori e delle imprese.

2. L'assicurazione è obbligatoria per tutti i produttori di reddito, con contribuzioni graduate secondo le fasce di reddito identificate dal decreto legislativo di cui all'articolo 6. Dal pagamento dei contributi assicurativi sono escluse le persone il cui reddito familiare risulti inferiore al livello minimo previsto dal citato decreto legislativo.

#### ART. 8.

*(Fase sperimentale).*

1. Fino all'effettiva istituzione dell'assicurazione obbligatoria di cui all'articolo 7,

è avviata una fase sperimentale del Fondo della durata di un anno.

2. Agli ulteriori oneri di 5 milioni di euro derivanti dall'attuazione della presente legge, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente « Fondo speciale » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

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

#### ART. 9.

##### *(Promozione della ricerca).*

1. Il programma nazionale di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi per il miglioramento delle prestazioni relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie e di altre condizioni patologiche che sono causa di « non-autosufficienza ».

