

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3547

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BERTINOTTI, VALPIANA, GIORDANO, DEIANA, TITTI
DE SIMONE, ALFONSO GIANNI, MASCIA, MANTOVANI,
PISAPIA, RUSSO SPENA, VENDOLA**

Disposizioni per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a favore dei soggetti non autosufficienti e dei soggetti affetti da malattie mentali e per l'incremento dei trattamenti pensionistici dei soggetti svantaggiati

Presentata il 16 gennaio 2003

ONOREVOLI COLLEGHE, ONOREVOLI COLLEGHI !
— Con la presente proposta di legge intendiamo rendere esigibile su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute delle persone non autosufficienti a seguito di malattie croniche o ad alto rischio invalidante. Occorre a tal fine rimuovere ogni possibile discriminazione derivante dalla malattia, dalla durata delle cure e dall'età della persona. Intendiamo inoltre rendere esigibile su tutto il territorio nazionale il diritto alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali lievi e gravi nell'intero ciclo della vita delle persone. Ci proponiamo infine di rendere esigibile, senza limiti di età, il diritto all'incremento delle pensioni da parte delle persone con

invalidità civile totale, o sordomute, o cieche civili assolute, titolari di pensioni, o di pensione di inabilità, che hanno i requisiti di reddito richiesti per accedere alle maggiorazioni sociali. Interveniamo, in sostanza, per una questione di giustizia sociale e di eguaglianza sostanziale.

L'arbitraria esclusione, sulla base del criterio dell'età, di una parte delle persone con invalidità civile totale, sordomute e cieche civili, dall'accesso all'incremento delle pensioni in favore di soggetti svantaggiati, decisa con la legge finanziaria 2002 (legge n. 448 del 2001), esige un intervento perequativo in attuazione del principio di uguaglianza di cui all'articolo 3 della Costituzione.

Le difficoltà delle persone non autosufficienti in conseguenza di malattie croniche, o affette da malattie mentali, ad accedere alle cure sanitarie senza limiti di durata sono diventate insostenibili a seguito dell'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, concernente i livelli essenziali di assistenza sanitaria, ora recepito dall'articolo 54 della legge finanziaria 2003 (legge n. 289 del 2002). Come è noto, questo decreto ha stabilito che sino al 60 per cento del costo delle cure a lungo termine per le persone con malattie croniche e mentali deve essere coperto dai comuni. I comuni, a loro volta, chiedono una partecipazione alla spesa alle persone interessate o alle loro famiglie. Come è noto infatti le prestazioni erogate dai comuni hanno carattere assistenziale e, a differenza di quelle sanitarie, la loro erogazione a titolo gratuito è subordinata all'accertamento di una condizione di bisogno economico. Vengono così esclusi dall'accesso alle cure gratuite garantite dal Servizio sanitario nazionale proprio coloro che ne hanno più bisogno: persone non autosufficienti in conseguenza di malattie croniche, o con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, o affette da malattie psichiatriche. Condizioni, tutte, che richiedono una assistenza infermieristica, terapeutica, fisioterapica e riabilitativa, sia essa domiciliare, residenziale o semiresidenziale. Ma non si cancellano — non lo si fa per legge — i bisogni di cure sanitarie. Essi restano, e per soddisfarli si dovrà ricorrere al mercato, con il sostegno di « buoni » per l'acquisto dei servizi (con criteri di accesso ed entità differenziate nei diversi comuni) o agevolazioni fiscali, o infine all'assistenza prestata in famiglia. Si chiamano cioè ancora una volta le donne, in particolare quelle delle classi subalterne, a sobbarcarsi un enorme carico di lavoro in ambito domestico, con il viatico di contributi e agevolazioni fiscali che ne scoraggiano l'inserimento nel mercato del lavoro, per supplire alla demolizione dello stato sociale. Si ripropone così, in forme

nuove, ma non per questo socialmente meno dirompenti, quel particolare intreccio tra stato sociale, mercato del lavoro e famiglia, quella propensione a perpetuare, come se fosse biologicamente determinata, la divisione sessuata del lavoro, ad attribuire al reddito da lavoro delle donne lo « status » di reddito complementare che ne penalizza i processi di emancipazione e di liberazione, vanificando il progetto politico di sottrarre il lavoro di riproduzione sociale alla sfera domestica per ricondurlo a quella pubblica e riconoscerne il valore economico e sociale. Non si tratta cioè di discriminazione nell'accesso al lavoro, che pure sussiste. È questione di riconoscimento in senso pieno della cittadinanza femminile, che investe lo statuto più generale dei diritti di cittadinanza: lo svilimento dell'attività di riproduzione sociale si estende infatti al mercato del lavoro, dove viene oggi derubricata ad attività a mero carattere custodialistico e ridotta a lavoro servile, precario e sottopagato. Peggiora così, nello stesso tempo, la qualità del lavoro e la qualità dei servizi prestati. L'esperienza ci insegna che per questa via peggiorano le condizioni di salute della popolazione, dando luogo a pesanti discriminazioni legate al censo, al genere, all'età, alla particolarità della malattia, senza per questo ridurre la spesa sanitaria. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) indica il sistema sanitario degli Stati Uniti — campioni della sanità privata — tra i più costosi sul piano economico e più iniqui sul piano sociale. Esso detiene contemporaneamente il primato mondiale della spesa sanitaria e quello dell'ineguaglianza nell'accesso alle cure tra i Paesi occidentali. Il sistema sanitario statunitense produce una mortalità infantile che non ha pari nei Paesi industrializzati, la ricomparsa e la diffusione di malattie debellate da tempo, l'impovertimento di intere famiglie a causa di malattie gravi e croniche. Larghe fasce di popolazione — la vasta e variegata area delle lavoratrici e dei lavoratori disoccupati e precari — sono escluse dall'accesso alle cure, perché non assicurate o male assicurate.

L'alternativa esiste. Occorre però ribaltare i termini del problema. Anziché assumere come dato di partenza la necessità di contenere la spesa sanitaria pubblica, occorre stanziare fondi pubblici sufficienti a finanziare collettivamente la quantità e la qualità dei servizi, anche di prevenzione, necessari per garantire il diritto di tutti e tutte alla salute insieme ai diritti del lavoro. Solo per questa via si può contribuire alla riduzione della morbilità e al miglioramento delle condizioni di salute dell'intera popolazione, ottenendo una diminuzione delle condizioni di non autosufficienza e di disagio mentale e quindi anche, nel medio e lungo periodo, la stabilizzazione del rapporto tra popolazione bisognosa di cure e popolazione attiva. Si pone cioè una questione di fiscalità generale e di redistribuzione del reddito. Un sistema sanitario che garantisce le cure a tutti e tutte può reggere a due condizioni: il finanziamento fondato sul prelievo fiscale progressivo sui redditi e indipendente dal bisogno di cure, e il controllo pubblico e partecipato sulla spesa. Inadeguatezze e limiti del nostro sistema sanitario — che tuttavia, come testimonia l'OMS, è il caso di ribadirlo, è ancora uno dei migliori del mondo quanto a risultati di salute — derivano dal mancato rispetto di questi due presupposti, su cui poggiava la riforma sanitaria del 1978.

Essi sono alla base di questa proposta di legge. È opportuno ricordare che alle origini del *deficit* della finanza pubblica italiana c'è la mole del debito accumulato dal sistema mutualistico che ha preceduto l'introduzione del Servizio sanitario nazionale, e che è dimostrato e dimostrabile che i sistemi sanitari pubblici costano meno e sono più efficaci sul piano dei risultati di salute di quelli privati. Dal 1978 ad oggi, in nome del contenimento della spesa pubblica, il Fondo sanitario nazionale è stato cronicamente sottofinanziato, e quote crescenti del costo sono state trasferite a carico delle famiglie attraverso *ticket* e tagli delle prestazioni. La spesa sanitaria pubblica italiana è oggi più bassa di quella della maggior parte dei Paesi industrializzati, e lo sarebbe ugualmente

se si fosse anche solo mantenuta la quantità di risorse destinate alla sanità pubblica nel 1990 (il 6,4 per cento del prodotto interno lordo) (PIL). Per questo, riteniamo necessario che le risorse destinate al Fondo sanitario nazionale non siano inferiori all'8 per cento del PIL. Esattamente all'opposto, le risorse per la sanità pubblica sono state progressivamente ridotte. Su questa linea, con la sola, parziale, rottura rappresentata dalla riforma sanitaria del 1999 — subito abbandonata — si sono mossi i diversi governi che si sono succeduti negli anni '90 come negli anni '80. Questo ha abbassato la qualità dei servizi e peggiorato le condizioni di lavoro, producendo disfunzioni e gravi discriminazioni nell'accesso alle cure, sia su base territoriale (il Mezzogiorno) sia sociale. Il citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 che ha escluso gran parte del costo per le cure a lungo termine dai livelli essenziali di assistenza sanitaria aggraverà queste diseguaglianze. La preoccupazione sugli effetti di quel provvedimento è stata del resto apertamente manifestata nel corso del dibattito parlamentare da esponenti di diverse forze politiche, che però si orientano su interventi a carattere assistenziale o previdenziale. Tratto comune di queste proposte è che intervengono nel solco tracciato dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, che prevede interventi a carattere assistenziale (articolo 15) per il sostegno domiciliare, di persone non autosufficienti in condizione di disagio economico (articolo 25), nonché l'utilizzo di fondi integrativi per coprire le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali finalizzate a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili che necessitano di programmi assistenziali intensivi e prolungati (articolo 26). Questo quadro legislativo si fondava però su una premessa precisa ed esplicita: « Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolar-

mente per i soggetti non autosufficienti » (articolo 15).

Questa premessa è oggi venuta meno, per effetto dell'articolo 54 della legge finanziaria 2003 (legge n. 289 del 2002), che dà forza di legge al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001. L'effetto di questa disposizione è la cancellazione dal nostro ordinamento giuridico della gratuità delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone non autosufficienti, che sino ad ora facevano interamente carico al Servizio sanitario nazionale, nell'ambito delle attività ad alta integrazione sociosanitaria, in attuazione del comma 4 dell'articolo 3-*septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 della legge 19 giugno 1999, n. 229. Si è così ovviato alla illegittimità del decreto in questione, che alcuni comuni avevano sollevato davanti al tribunale amministrativo regionale, proprio perché contravveniva al citato decreto legislativo n. 502 del 1992. Confermando la partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie per le malattie croniche, la citata legge finanziaria 2003 mette in discussione il principio solidale fondato sulla fiscalità generale e progressiva. Secondo questa impostazione la sanità si farà carico per intero solo della fase intensiva delle malattie, di quelle che hanno durata breve, oppure di alcune malattie croniche che hanno una certa rilevanza medica. Nel merito, ricordiamo che nel solo corso del 1999 due milioni di famiglie italiane sono scese sotto la soglia della povertà per le spese sostenute per curare una persona con una malattia cronica; e che il diritto alle cure sanitarie gratuite e senza limiti di durata nei casi di malattie della vecchiaia, è stato introdotto nel nostro Paese dalle leggi 30 ottobre 1953, n. 841, e 4 agosto 1955, n. 692, con le quali sono stati introdotti prelievi contributivi aggiuntivi, mai abrogati. Una intera generazione di lavoratrici e lavoratori che ha versato una maggiorazione contributiva per assicurare a sé e alle proprie famiglie le cure sanitarie nell'intero ciclo di vita si trova ora, nel momento in cui ha bisogno dei servizi,

a non poterli esigere. Occorre perciò intervenire, per ristabilire l'eguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie delle persone non autosufficienti in conseguenza di malattie croniche e di quelle con malattie mentali, superando ogni indebita discriminazione tra malattie acute e croniche e una concezione residuale della sanità pubblica.

Non riteniamo infatti che il patto di stabilità non possa essere messo in discussione nel momento in cui mette a rischio la tutela del bene salute, e non pensiamo che il risanamento della finanza pubblica debba necessariamente passare per il ridimensionamento di una spesa sanitaria che è la più bassa tra i Paesi europei e la demolizione di un sistema sanitario tra i migliori del mondo per risultati di salute.

Solo dopo aver garantito a tutte e tutti, a carico della fiscalità generale e progressiva, il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata, aumentando a tal fine le risorse destinate alla sanità pubblica, si potrà correttamente valutare quali interventi assistenziali integrativi si rendano necessari.

Allo stesso modo, la proposta di ricorrere a fondi integrativi, dopo che sono stati esclusi dal Servizio sanitario nazionale servizi e prestazioni sanitarie essenziali, non è altro che un intervento sostitutivo del diritto alle cure sanitarie.

La condizione delle persone non autosufficienti a seguito di malattie croniche o ad alto rischio invalidante.

La condizione sanitaria delle persone non autosufficienti a seguito di malattie croniche o ad alto rischio invalidante è davvero precaria.

Ci sono oggi in Italia tra le 800.000 e le 900.000 persone in queste condizioni, affette da patologie singole o plurime. Tra le persone anziane primeggiano le malattie neurologiche gravi, come la malattia di Alzheimer.

La maggior parte di queste persone vive in famiglia, per scelta o per l'impossibilità di ricovero gratuito in strutture qualificate a costi accessibili. I costi

attuali di ricovero sono un peso insostenibile per la famiglia, spesso composta solo dalla persona direttamente interessata, o dalla stessa e dal coniuge, entrambi anziani, e si registra una diffusa difficoltà, quando non la materiale impossibilità, di ottenere cure adeguate attraverso i servizi di medicina sul territorio.

La situazione dei servizi di medicina sul territorio.

Le persone non autosufficienti a seguito di gravi malattie che richiedono cure continue hanno il diritto teorico alle cure domiciliari, sotto la forma della « assistenza domiciliare integrata » (ADI) o della « ospedalizzazione a domicilio », quando ce ne siano le condizioni cliniche e con il consenso della persona malata e del suo nucleo familiare di convivenza.

Le cure domiciliari che le aziende unità sanitarie locali prestano tramite il servizio ADI consistono in genere nella presa in carico della persona da parte del medico di base, che la visita più di frequente, nelle prestazioni infermieristiche necessarie e, in alcuni casi più rari, nelle visite specialistiche. Teoricamente, l'assistenza sanitaria è assicurata nell'arco delle 24 ore e in ogni giorno dell'anno attraverso il servizio di guardia medica.

L'ADI prevede anche l'intervento del comune che — dove questo servizio esiste — fornisce l'assistenza e le prestazioni domestiche, di pasti, pulizia della casa e simili. L'ADI non è garantita e diffusa in tutte le regioni, e gli stessi servizi di guardia medica non sono strutturati per coprire questo bisogno di servizi. Anche dove esistono, non sono in grado, salvo rarissime eccezioni, di risolvere tutti i casi che si presentano o di dare risposta a tutte le persone non autosufficienti che possono essere curate a casa.

La « ospedalizzazione a domicilio » non esiste, salvo rarissime eccezioni. In molte regioni non è neppure prevista.

In un numero limitato di aziende unità sanitarie locali o di distretti sono state attivate le « dimissioni protette » dagli ospedali. Si tratta di accordi fra ospedali

e aziende unità sanitarie locali nei quali viene stabilito che la divisione ospedaliera informa il servizio di dimissioni protette prima di dimettere le persone malate non autosufficienti che possono essere curate a casa utilizzando l'ADI. In teoria le dimissioni dovrebbero avvenire quando l'ADI è stata attivata, senza che si interrompa la continuità delle cure sanitarie.

In altre aziende unità sanitarie locali o distretti sono state attivate le « unità di valutazione geriatrica », organizzate in modo diverso da una azienda unità sanitaria locale all'altra, senza rispondenza e uniformità con quanto previsto dal Progetto obiettivo nazionale del 1992 « *Tutela della salute degli anziani* ».

La situazione dei servizi semiresidenziali e residenziali.

I centri diurni presso cui fornire l'assistenza alle persone non autosufficienti a seguito di malattie croniche che vivono in famiglia non sono uniformemente diffusi e sono organizzati e regolamentati in modo molto differenziato per prestazioni offerte, qualificazione e condizioni contrattuali del personale, orari e regole per l'accesso al servizio.

Inoltre, c'è una diffusa propensione a classificare i centri diurni come servizi di sollievo alle famiglie, anziché come servizi sanitari, chiamando le persone e le famiglie a partecipare alla spesa. Questo sulla base di una indebita classificazione delle malattie « inguaribili » come malattie « incurabili » mentre, per limitarsi a un esempio significativo, la medicina basata sull'evidenza clinica registra un miglioramento della funzione cognitiva e del comportamento a seguito di interventi centrati sull'orientamento alla realtà nel caso della malattia di Alzheimer.

Le « residenze sanitarie assistenziali » (RSA), pur avendo caratteristiche diversissime fra di loro, per il numero di persone ricoverate, per tipologia di struttura, per qualificazione e condizioni contrattuali del personale e per stato giuridico, hanno due aspetti in comune. In primo luogo le persone ricoverate sono quasi tutte persone

malate gravi non autosufficienti (le patologie più ricorrenti sono quelle tumorali, cardiovascolari, neurologiche e psichiatriche). In secondo luogo, l'ammissione al ricovero è subordinata all'accettazione di un contratto con il quale la persona da ricoverare, piuttosto che parenti o conviventi, accetta di pagare una retta per il ricovero di rette richieste, diverse da regione a regione, sono insostenibili per molte famiglie. Quando si tratta di persona sola, priva di parenti e sprovvista di mezzi economici, il pagamento della retta intera o di una parte di essa è sostenuto dal comune di residenza al momento del ricovero.

La maggior parte delle persone malate croniche non autosufficienti viene dimessa dagli ospedali (o non viene ricoverata) con modalità che non sembra eccessivo definire « selvagge », senza cioè fornire loro alcuna comunicazione sul diritto a ottenere cure sanitarie domiciliari, residenziali o semiresidenziali. Questa situazione è stata provocata dalla nuova modalità di finanziamento degli ospedali da parte del Servizio sanitario nazionale prevista dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cioè dal pagamento delle cure « a prestazione » (DRG) in luogo del pagamento « a giornata di degenza ». Su questa base, e con l'obiettivo economico del pareggio del bilancio, gli ospedali sono, di fatto, incoraggiati ad aumentare la quantità di prestazioni meglio pagate a scapito di quelle meno remunerative. Tra queste ultime ci sono, appunto, quelle per le malattie croniche.

È anche necessario ricordare che gli ospedali generali non hanno lo scopo di curare esclusivamente le malattie « acute ». Al contrario, le leggi prevedono che i posti-letto degli ospedali debbano essere programmati per malattie acute, malattie croniche, lungodegenze e convalescenze; e che per le lungodegenze deve essere previsto un posto-letto ogni mille abitanti. Il rispetto di questi *standard* non è ad oggi garantito su tutto il territorio nazionale.

Gli interventi e le strutture per la salute mentale.

Le leggi n. 833 e n. 180 del 1978 sono rimaste largamente inattuata anche per

quanto riguarda le cure psichiatriche. Quanto definito nei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale viene attuato in modo differenziato e con criteri in larga misura discrezionali, non avendo quelle norme sufficiente forza giuridica e non essendo adeguatamente finanziate.

La conferenza nazionale sulla salute mentale tenuta all'inizio del 2000 ha denunciato la pressoché totale assenza di servizi e strutture per l'età evolutiva. Le famiglie, è stato testimoniato, si rivolgono al privato che, oltre essere a pagamento, non sempre garantisce l'appropriatezza e l'adeguatezza delle prestazioni.

Le finalità della proposta di legge.

Questa sia pur sintetica analisi della situazione evidenzia la necessità di determinare e rendere esigibili i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie per la non autosufficienza e la salute mentale che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale in attuazione del combinato disposto degli articoli 3 e 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione.

Si tratta, in sostanza, di portare a compimento l'esperienza politica e sociale che ha contrassegnato il passaggio novecentesco dai regimi liberali a quelli democratico-sociali, esperienza che oggi è sorretta da norme di diritto positivo anche negli Stati federali europei.

Nel nostro Paese quell'esperienza si è tradotta in un ordinamento costituzionale peculiare, fondato sulla centralità attribuita ai diritti civili e sociali: essi costituiscono una componente essenziale della democrazia italiana e del progetto di emancipazione sociale delineato nella parte prima della Costituzione.

Il carattere programmatico ed evolutivo del patto sociale iscritto nella nostra Costituzione pone il rispetto dei diritti civili e sociali fondamentali come limite non superabile di un ordinamento federalista: nel nostro Paese questa forma di ordinamento deve in ogni caso fornire la garanzia dell'effettività di tali diritti. Le norme costituzionali che li riconoscono possono restare sprovviste di leggi attuative, o es-

sere solo parzialmente attuate, come è anche avvenuto; ma non possono in alcun modo essere contraddette dalla legislazione ordinaria. In particolare, non si può contravvenire al principio di uguaglianza sostanziale affermato all'articolo 3, che nella nostra Costituzione è un vero e proprio criterio sovraordinatore, cui la legislazione deve uniformarsi.

Gli elementi di differenziazione territoriale del processo di emancipazione sociale introdotti dall'ordinamento federalista trovano perciò nella nostra Costituzione il limite invalicabile del rispetto del principio di uguaglianza nelle condizioni di vita di tutti i cittadini e le cittadine.

Con questa proposta di legge intendiamo garantire il rispetto di quel principio fondamentale di uguaglianza, individuando i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere assicurati per le non autosufficienze e la malattia mentale su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla tipologia della malattia e dall'età della persona e stabilendo altresì che i soggetti svantaggiati, a parità di condizioni di reddito, hanno diritto all'incremento delle pensioni indipendentemente dall'età.

Per rendere esigibili tali diritti, occorre definire con chiarezza chi sono gli aventi diritto; quali soggetti hanno l'obbligo di fornire i servizi e le prestazioni; i contenuti degli interventi; le modalità organizzative; le sedi di erogazione dei servizi e delle prestazioni; i tempi di attuazione e l'esercizio delle attività sostitutive; le fonti di finanziamento. L'erogazione delle prestazioni con le modalità appropriate alle necessità di cura delle persone, individuate nella presente proposta di legge, costituisce perciò componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

A tal fine, la presente proposta di legge riordina la normativa in materia inserendo i servizi e le prestazioni in un sistema uniforme, che consenta a tutti i cittadini e le cittadine, ovunque residenti, di conoscere i diritti esigibili alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone non autosufficienti a seguito di malattie

croniche o ad alto rischio invalidante e con malattie mentali.

Fermi restando il principio della universalità e del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a carico della fiscalità generale, viene fissato un « tetto » alla eventuale partecipazione al costo per l'assistenza domiciliare integrata e per il ricovero prolungato in RSA che può comunque essere richiesta esclusivamente alla persona interessata. Detta previsione ha la finalità di garantire l'uniformità della partecipazione alla spesa che può essere richiesta nei limiti delle quote previste dalla presente proposta di legge.

I percorsi diagnostici e terapeutici per la cura delle non autosufficienze derivanti da malattie croniche o ad alto rischio invalidante.

La proposta di legge individua i percorsi diagnostici e terapeutici che dovranno essere assicurati su tutto il territorio nazionale, come di seguito sinteticamente delineato:

a) programmi di prevenzione: in ogni territorio, le aziende unità sanitarie locali, in concorso con i comuni, definiranno un programma di prevenzione attuabile e verificabile, con la finalità di ridurre in modo consistente il numero delle persone malate non autosufficienti;

b) valutazione dei bisogni: l'unità valutativa geriatrica, su segnalazione del medico di base o del reparto ospedaliero, procederà alla diagnosi funzionale della persona che ha bisogno di cure e ne indicherà il percorso terapeutico riabilitativo;

c) cure domiciliari: questa modalità di cura, sostenuta dai componenti del nucleo familiare di convivenza, nei casi in cui ne ricorrano le condizioni e con il consenso della famiglia e della persona malata, garantirà tutte le cure medico-infermieristiche necessarie, permettendo la permanenza al proprio domicilio. Le persone che compongono il nucleo familiare non hanno alcun obbligo di prestare cure sanitarie e saranno supportate dal

punto di vista materiale, psicologico e, ove sia necessario, anche economico;

d) centri diurni: la persona non autosufficiente che rimane nella propria dimora, soprattutto se colpita da patologie neurologiche e da malattia di Alzheimer, deve avere accesso per l'intera giornata in un centro diurno o in una comunità terapeutica, dove le saranno garantite le cure sanitarie a carico della sanità pubblica;

e) RSA: si ha diritto al ricovero in una RSA, anche per periodi limitati, in tutti i casi in cui non vi siano le condizioni o il consenso della persona malata e del suo nucleo familiare di convivenza per la permanenza a domicilio. Le RSA avranno *standard* di struttura e di personale definiti in analogia alle strutture sanitarie. Ogni RSA non potrà essere dimensionata per più di 60 posti letto. Tale dimensionamento risponde all'esigenza di garantire prestazioni medico-specialistiche adeguate a costi sostenibili. Le RSA dovranno coordinarsi con l'ospedale più vicino, con priorità di accesso al ricovero, alle visite specialistiche e agli esami strumentali e clinici. Le grandi strutture di ricovero, caratterizzate dalla grande concentrazione, dovranno essere superate, come tutte le istituzioni totali e spersonalizzanti.

I percorsi diagnostici e terapeutici per la tutela della salute mentale.

La proposta di legge istituisce in ogni azienda unità sanitaria locale il dipartimento di salute mentale e il dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva. Stabilisce inoltre l'istituzione di servizi e strutture sulla base di parametri di popolazione precisi e con un finanziamento non inferiore al 5 per cento del bilancio di ciascuna azienda sanitaria locale. La risposta a ciascuna persona affetta da disagio psichiatrico deve essere data in modo completo e personalizzato. Prima del bisogno di cura viene quello di prevenzione, che richiede il coinvolgimento positivo dei soggetti collettivi e della so-

cietà civile. L'organizzazione dell'intervento preventivo è affidata al dipartimento di salute mentale, che dovrà operare insieme ai comuni, favorendo l'intervento di tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti.

Si dispone inoltre l'istituzione del comitato di salute mentale, organo di partecipazione al funzionamento e al controllo dei servizi e delle strutture del dipartimento di salute mentale. Questa innovazione mette in relazione le associazioni, le organizzazioni e i movimenti che si occupano a vario titolo del problema e permette, nella misura del possibile, di fare sentire la voce diretta dei soggetti che vivono il problema, aprendosi alla società e contribuendo ad abbattere quello che è stato definito il pregiudizio psichiatrico.

I servizi e le strutture del dipartimento devono essere istituiti e funzionare con quantitativi adeguati di personale qualificato. Deve essere fatta la massima attenzione all'istituzione o alla riqualificazione di quei servizi e strutture che sono attualmente i meno diffusi, in particolare il centro di salute mentale, che deve restare aperto per sei giorni la settimana e per dodici ore al giorno, e la comunità terapeutica, la cui mancata presenza e diffusione su tutto il territorio viene invocata come argomento a favore del ripristino dei manicomi. Le comunità terapeutiche non potranno seguire più di dieci casi contemporaneamente e dovranno essere inserite nel tessuto urbano e sociale.

Tutti i servizi e le strutture del dipartimento di salute mentale fanno parte del complesso del servizio sanitario pubblico e coloro che ne usufruiscono non devono intervenire con alcuna forma di partecipazione alla spesa.

La proposta di legge prevede infine l'istituzione del dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva per promuovere e costruire servizi che consentano di affrontare con efficacia i problemi di molti adolescenti per prevenire l'insorgenza di malattie psichiatriche gravi e per affrontare malattie difficili, come l'autismo.

I contenuti della proposta di legge.

Come risulta dalla presente relazione, la proposta di legge interviene sulle non autosufficienze derivanti da malattie croniche o ad alto rischio invalidante, e sulla salute mentale. Le disposizioni sulle non autosufficienze riprendono e integrano una proposta di legge regionale di iniziativa popolare, sulla quale un « cartello » di associazioni ha raccolto in Lombardia oltre 15.000 firme. Con lo stesso scopo di tutela del diritto alle cure sanitarie delle persone con malattie croniche, alcune associazioni hanno raccolto in Piemonte oltre 35.000 firme su una petizione che chiede al Governo di revocare il decreto sui livelli essenziali di assistenza e alla regione Piemonte di disapplicarlo.

Le norme in materia di salute mentale riprendono ed integrano l'ultimo Progetto obiettivo per la salute mentale, mai attuato, rendendo così cogenti i suoi contenuti.

Per garantire l'esigibilità del diritto alle cure sanitarie, nel rispetto delle norme costituzionali richiamate, la proposta di legge dispone che lo Stato dovrà coprire interamente la spesa sanitaria derivante dall'applicazione della legge attraverso la fiscalità generale. A tal fine prevede l'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL e il suo allineamento a quella di Paesi europei, come quello francese e tedesco, spesso richiamati dai fau-

tori del ricorso a fondi integrativi o ad assicurazioni obbligatorie.

Con una spesa come quella dei Paesi che si portano a modello, il nostro Servizio sanitario nazionale sarebbe in grado non solo di estendere i servizi, ma anche di rispondere al diffuso bisogno di riqualificazione e personalizzazione degli stessi.

Sintesi dell'articolato.

La proposta di legge si articola in quattro capi.

Il capo I concerne i principi generali e l'incremento delle pensioni a favore di soggetti svantaggiati. La finalità è quella di determinare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie per le non autosufficienze e la salute mentale (articolo 1), nonché delle prestazioni concernenti l'incremento delle pensioni in favore di soggetti svantaggiati (articolo 2), che devono essere garantiti dallo Stato su tutto il territorio nazionale ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 3 e 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione. Il capo II (articoli 3-15) detta le norme per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a favore di persone non autosufficienti; il capo III (articoli 16-19) detta le norme per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale ed infine il capo IV (articolo 20) individua la fonte di finanziamento.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

PRINCÌPI GENERALI — INCREMENTO DELLE PENSIONI IN FAVORE DI SOG- GETTI SVANTAGGIATI

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge individua le funzioni e le attività sanitarie necessarie per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni che garantiscono su tutto il territorio nazionale:

a) le cure sanitarie a favore di persone non autosufficienti a seguito di malattie croniche o ad alto rischio invalidante, di seguito denominate « persone non autosufficienti », senza discriminazioni derivanti dalla malattia, dalla durata delle cure e dall'età della persona;

b) la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali lievi e gravi, di seguito denominate « malattie mentali », nell'intero ciclo della vita delle persone.

2. Ai fini e per gli effetti della presente legge, per persone non autosufficienti si intendono le persone che hanno necessità di aiuto per svolgere le operazioni quotidiane ricorrenti relative all'alimentazione, alla mobilità, alla continenza, all'igiene personale e alle incombenze domestiche per effetto di malattie croniche.

3. Le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie di cui alla presente legge sono posti a carico del Servizio sanitario nazionale, avuto riguardo alla dignità della persona, al bisogno di salute, all'equità di accesso nell'assistenza, alla qualità delle cure e alla loro appropriatezza rispetto alle esigenze di specifiche

condizioni cliniche e di rischio, con la finalità di realizzare un significativo beneficio di salute, a livello individuale e collettivo, a fronte delle risorse impiegate. L'erogazione delle prestazioni con le modalità appropriate alle necessità di cura delle persone, individuate dalla presente legge, costituisce componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, intervento obbligatorio per gli organi pubblici preposti e diritto soggettivo perfetto delle persone che si trovano nelle condizioni di cui alle lettere *a)* e *b)* del comma 1. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali rispondono direttamente dell'attivazione delle strutture e dei servizi di competenza e le regioni dispongono la loro sostituzione in caso di omissione e inadempienza. In caso di omessa vigilanza regionale sul rispetto delle disposizioni della presente legge, il Ministro della salute, sentite la regione interessata e l'agenzia per i servizi sanitari regionali e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto la forma della nomina di un commissario *ad acta*.

4. Contributi e sussidi economici, nonché titoli per l'acquisto di servizi, eventualmente concessi dallo Stato, dalle regioni, dagli enti locali e da ogni altro ente pubblico a favore dei soggetti singoli o delle loro famiglie per la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti o con malattie mentali, non possono in nessun caso sostituire, nemmeno parzialmente, le prestazioni disposte dalla presente legge. Tali contributi, sussidi e titoli hanno carattere tassativamente aggiuntivo rispetto alle suddette prestazioni, configurandosi a tutti gli effetti quali contributi a integrazione del reddito di soggetti o di nuclei familiari sprovvisti dei mezzi necessari per vivere, di cui all'articolo 38 della Costituzione. Il Governo ne assicura l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale, ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 117, secondo comma, lettera *m)*, e 119, quarto

comma, della Costituzione, dandone atto annualmente con apposita relazione al Parlamento.

5. Gli organi pubblici preposti all'erogazione delle prestazioni di cui alla presente legge non possono richiedere alcuna forma di partecipazione alle spese né esercitare alcuna azione di rivalsa nei confronti di parenti o di affini della persona ammessa ad usufruire delle medesime prestazioni.

ART. 2.

(Incremento delle pensioni in favore di soggetti svantaggiati).

1. Al fine di assicurare i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni concernenti l'incremento delle pensioni a favore di soggetti svantaggiati, all'articolo 38 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, il comma 4 è sostituito dal seguente:

« 4. I benefici incrementativi di cui al comma 1 sono altresì concessi, senza limiti di età, agli invalidi civili totali o sordomuti o ciechi civili assoluti titolari di pensione o titolari di pensione di inabilità di cui all'articolo 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222, in conformità a quanto stabilito dal comma 5 del presente articolo ».

CAPO II

NORME PER ASSICURARE I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

ART. 3.

(Servizi sanitari territoriali).

1. Fermi restando le competenze ospedaliere e l'obbligo per le regioni di prevedere, nei piani sanitari regionali e in relazione ai dati epidemiologici, posti-letto riservati alle lungodegenze negli ospedali, i servizi sanitari non ospedalieri rivolti a persone non autosufficienti sono organiz-

zati ed erogati a livello domiciliare e distrettuale. I servizi sanitari domiciliari e distrettuali sono coordinati con le strutture ospedaliere ed extra ospedaliere di riabilitazione e con i servizi sociali territoriali, che prestano la loro attività unitamente ai servizi sanitari, anche ai fini della riabilitazione.

2. Le prestazioni sanitarie domiciliari si articolano in:

- a) prestazioni mediche di base;
- b) prestazioni infermieristiche di base;
- c) consulenza geriatrica e specialistica, inclusa quella odontoiatrica;
- d) assistenza domiciliare integrata;
- e) ospedalizzazione a domicilio.

3. Le prestazioni sanitarie a livello distrettuale sono erogate attraverso:

- a) centri diurni di distretto;
- b) *day hospital* aggregati a divisioni ospedaliere o a distretti sanitari;
- c) istituti di lungo degenza riabilitativa ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- d) residenze sanitarie assistenziali (RSA).

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni adeguano il numero complessivo dei posti letto per la riabilitazione delle persone lungodegenti presso strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, allo *standard* di un posto-letto ogni 1.000 abitanti.

5. Per favorire la permanenza in ambito familiare delle persone non autosufficienti, i servizi sanitari territoriali attivano prestazioni volte a rendere compatibile l'ambiente abitativo con la disabilità della persona. Rientrano tra queste prestazioni l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'allacciamento della rete te-

lefonica, l'allacciamento al servizio di telesoccorso, la ristrutturazione dei servizi igienici, la fornitura di letti antidecubito, l'applicazione di corrimano e tutti i presidi e le protesi previsti dal regolamento sul nomenclatore tariffario emanato ai sensi dell'articolo 8-*sexies*, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. I relativi costi sono sostenuti dalla azienda unità sanitaria locale competente per territorio, che contestualmente attiva le procedure per ottenere il rimborso degli interventi finanziabili in attuazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, e successive modificazioni, di cui il Governo assicura l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale, dandone atto annualmente al Parlamento nella relazione di cui all'articolo 1, comma 4.

ART. 4.

(Ricoveri ospedalieri e dimissioni programmate).

1. L'azienda unità sanitaria locale garantisce alle persone non autosufficienti parità nell'accesso alle strutture di cui all'articolo 3, comma 4, attivando sistemi di prenotazione e liste di attesa sotto la responsabilità del dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante, di cui all'articolo 6.

2. Le dimissioni delle persone non autosufficienti sono programmate dai responsabili dei reparti ospedalieri, con il consenso della persona ricoverata e del suo nucleo familiare di convivenza e di concerto con il medico di base, l'unità di valutazione geriatrica e della non autosufficienza e i servizi sanitari territoriali di cui alla presente legge, con la garanzia di contemporanea attivazione delle prestazioni a livello domiciliare o a livello distrettuale previste all'articolo 3.

3. Nel caso in cui non siano attivabili le prestazioni domiciliari, la struttura ospedaliera provvede, nel rispetto della procedura di cui al comma 2, al ricovero diretto della persona interessata presso la RSA territorialmente più vicina al luogo di residenza della stessa o dei suoi familiari.

ART. 5.

(Prevenzione della non autosufficienza).

1. I comuni, singoli e associati, di concerto con i dipartimenti delle patologie ad alto rischio invalidante, di cui all'articolo 6, promuovono il complesso delle prestazioni per l'individuazione e la rimozione delle cause della non autosufficienza.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, su conforme parere delle Commissioni parlamentari competenti, e di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, adotta con proprio decreto il Progetto obiettivo per la tutela delle persone non autosufficienti. Il decreto definisce, contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie a tale fine destinate, le linee guida per gli interventi rispettivamente di competenza:

a) del dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante in ordine alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, all'educazione all'alimentazione, all'esercizio fisico ed intellettuale, allo scopo di favorire stili di vita corretti dal punto di vista della salute;

b) dei comuni singoli e associati, in ordine ad iniziative sociali e culturali a favore delle persone anziane, di cui il Governo assicura l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale, dandone atto annualmente al Parlamento nella relazione di cui all'articolo 1, comma 4.

ART. 6.

(Istituzione e prestazioni del dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni distretto delle aziende unità sanitarie locali è istituito il dipartimento delle pato-

logie ad alto rischio invalidante, quale complesso delle strutture per l'erogazione delle prestazioni a favore delle persone non autosufficienti senza discriminazioni derivanti dalla malattia, dalla durata delle cure e dall'età della persona.

2. Il direttore del dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante è nominato dal direttore del distretto, su proposta della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale.

3. Il dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante è costituito dalle seguenti strutture e servizi:

- a) l'unità valutativa geriatrica e della non autosufficienza;
- b) il servizio di cure domiciliari;
- c) i centri diurni;
- d) il *day hospital*;
- e) le RSA.

ART. 7.

(Unità valutativa geriatrica e della non autosufficienza).

1. L'unità valutativa geriatrica e della non autosufficienza valuta le domande di assistenza sanitaria e fornisce risposte personalizzate, tenuto conto di tutti i fattori sanitari, sociali e ambientali. Valuta in particolare le condizioni di malattia e di salute residua delle persone non autosufficienti indicando a loro e alla struttura curante il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo più adeguato in conformità ai protocolli esistenti, avvalendosi del parere del medico di base.

2. L'unità valutativa geriatrica e della non autosufficienza comprende necessariamente lo specialista competente, un infermiere, un assistente sociale e il responsabile del servizio RSA del dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante, nominati dal direttore generale del distretto.

ART. 8.

(*Servizio di cure domiciliari*).

1. Il servizio di cure domiciliari coordina le prestazioni di ospedalizzazione a domicilio di cui all'articolo 9 e di assistenza domiciliare integrata, di cui all'articolo 10, nonché le prestazioni di riabilitazione *post* acuta in regime di ricovero, con le prestazioni di riabilitazione *post* acuta domiciliare e di mantenimento a favore delle persone non autosufficienti.

2. Il servizio di cure domiciliari ha sede presso un presidio ospedaliero o presso altra struttura della azienda unità sanitaria locale comunque collegata con un ospedale. Esso organizza e coordina l'intervento a domicilio, su richiesta del medico di base o della divisione ospedaliera presso cui è stata ricoverata la persona non autosufficiente, con il consenso di quest'ultima e del suo nucleo familiare, ottimizzando gli interventi riabilitativi e rendendo compatibili terapie complesse con la permanenza o con il ritorno precoce nell'ambiente familiare.

3. Le aziende unità sanitarie locali individuano, nell'ambito dei propri distretti e di concerto con i comuni interessati, le unità operative territoriali in grado di assolvere il servizio di cure domiciliari, con riferimento alla specializzazione raggiunta e alle conoscenze ed esperienze acquisite in relazione alle finalità della presente legge.

4. I servizi di cure domiciliari sono assicurati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 20.

ART. 9.

(*Ospedalizzazione a domicilio*).

1. L'ospedalizzazione a domicilio consiste nell'intervento a domicilio di *équipe* ospedaliera che seguono, con il consenso della persona interessata e del suo nucleo familiare e d'intesa con il medico di base, l'evoluzione clinica a domicilio, ottimiz-

zando gli interventi riabilitativi e rendendo compatibili terapie complesse con la permanenza o il ritorno precoce in un ambiente familiare.

2. Ai fini della stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le aziende unità sanitarie locali individuano, nell'ambito dei rispettivi distretti e di concerto con i comuni interessati, i reparti delle aziende e delle strutture ospedaliere accreditate in grado di assolvere le funzioni di dimissione protetta e di ospedalizzazione a domicilio con l'offerta alle persone assistite di tutte le strutture, il personale ed i supporti operativi necessari, avuto riguardo alla specializzazione raggiunta e alle patologie prevalenti delle persone ricoverate. Le prestazioni di ospedalizzazione a domicilio sono assicurate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 20.

ART. 10.

(Assistenza domiciliare integrata).

1. L'assistenza domiciliare integrata è prestata a favore delle persone non autosufficienti, nel caso in cui si richiedano solo interventi sporadici di elezione, a seguito di dimissione programmata dall'ospedale o dall'ospedalizzazione a domicilio.

2. L'assistenza domiciliare integrata, garantita in ogni caso per non meno di sette ore settimanali, è prestata dall'*équipe* infermieristica, dal medico di base e dal personale del comune addetto alle prestazioni assistenziali incluse, se necessarie, la consegna dei pasti a domicilio e le incombenze domestiche complementari.

3. La partecipazione alla spesa richiesta alla persona assistita per l'assistenza domiciliare integrata non può in nessun caso superare il 20 per cento del reddito risultante dall'indicatore della situazione economica equivalente, rapportato al periodo di erogazione delle prestazioni. Sono altresì fatti salvi gli obblighi familiari e la restituzione di debiti registrati. Al fine di

favorire la permanenza presso il nucleo familiare di appartenenza della persona non autosufficiente e agli effetti della determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente, la stessa ha la facoltà di costituire un nucleo familiare autonomo rispetto a quello di convivenza.

4. Sono in ogni caso esenti dalla partecipazione alla spesa i titolari del diritto alle maggiorazioni sociali dei trattamenti pensionistici di cui:

a) all'articolo 1 della legge 29 dicembre 1988, n. 544, e successive modificazioni;

b) all'articolo 70, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, con riferimento ai titolari dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335;

c) all'articolo 2 della legge 29 dicembre 1988, n. 544, con riferimento ai titolari della pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni;

d) all'articolo 38, comma 4, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, come sostituito dall'articolo 2 della presente legge.

ART. 11.

(Centri diurni).

1. I centri diurni di distretto sono strutture sanitarie che forniscono prestazioni a favore delle persone non autosufficienti, mediante programmi di cura, di riabilitazione e di socializzazione. I centri assicurano i loro servizi dodici ore al giorno, per sei giorni alla settimana.

2. Le prestazioni dei centri diurni di distretto sono assicurate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 20.

ART. 12.

(Day hospital).

1. I *day hospital*, aggregati ai reparti ospedalieri o ai distretti sanitari, sono servizi sanitari che effettuano prestazioni

di carattere diagnostico, curativo e riabilitativo di tipo specialistico, assicurando la dimissione serale della persona assistita.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aziende unità sanitarie locali elaborano un programma di attivazione dei *day hospital* in conformità a quanto disposto dalla presente legge.

ART. 13.

(RSA).

1. Le RSA sono presidi sanitari che assicurano prestazioni curative e riabilitative alle persone non autosufficienti, attraverso la piena integrazione con le risorse sociali del territorio. Le RSA sono programmate e realizzate con riferimento ad ambiti territoriali ristretti, quali i quartieri, le circoscrizioni ed i piccoli comuni.

2. L'autorizzazione, l'accreditamento e il convenzionamento delle RSA avvengono nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Al fine dell'accreditamento le RSA rispettano i seguenti *standard* strutturali e funzionali:

a) recettività non superiore a sessanta persone con articolazione in gruppi di venti;

b) unità abitative singole per una o due persone, con superficie non inferiore 24 metri quadrati, dotate ciascuna di veranda, di servizio igienico completo, di erogatore di ossigeno, di citofono e di telefono;

c) servizi comuni costituiti da una cucina dove possono essere confezionati ed assunti i pasti, da un soggiorno di superficie non inferiore a 32 metri quadrati per ogni dieci persone e da una palestra per attività motorie e di riabilitazione, nonché da locali di socializzazione e di incontro;

d) giardino attrezzato di superficie non inferiore a 100 metri quadrati per ogni dieci persone;

e) organico conforme alla disciplina di cui al decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 255 del 24 settembre 1988;

f) presenza di posti-letto per ricoveri temporanei di sollievo, da programmare con il comitato di cui al comma 10.

4. Alle RSA si applicano le norme vigenti in ambito ospedaliero per il prontuario farmaceutico.

5. L'azienda unità sanitaria locale garantisce il collegamento funzionale tra ospedale e RSA.

6. La degenza nelle RSA non ha carattere permanente. Può avere breve durata ed essere reiterata, anche periodicamente, in conformità alle esigenze della persona interessata e dei suoi familiari. Le spese relative alle prestazioni erogate dalle RSA sono assicurate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 20. Le regioni remunerano le RSA in conformità a quanto disposto dall'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

7. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni definiscono uno schema di bilancio-tipo per le RSA al fine di garantire livelli di qualità e costi omogenei e predispongono piani e programmi per l'attivazione degli interventi finanziabili in attuazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, e successive modificazioni, di cui il Governo assicura il finanziamento, dandone atto annualmente al Parlamento nella relazione di cui all'articolo 1, comma 4.

8. È esclusa la partecipazione alla spesa per i primi sessanta giorni di degenza. Qualora l'interessato percepisca la indennità di accompagnamento, questa è versata alla azienda unità sanitaria locale in ragione della durata del ricovero. La eventuale partecipazione alla spesa non può in ogni caso essere superiore al 60 per cento

del reddito delle persone ricoverate risultante dall'indicatore della situazione economica equivalente, rapportato al periodo di ricovero eccedente i primi sessanta giorni. Sono altresì fatti salvi gli obblighi familiari e la restituzione di debiti registrati. Ai fine di favorire l'autonomia della persona non autosufficiente e agli effetti della determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente, la stessa ha la facoltà di costituire un nucleo familiare autonomo rispetto a quello di convivenza.

9. Sono in ogni caso esenti dalla partecipazione alla spesa i titolari di maggiorazioni sociali dei trattamenti pensionistici di cui:

a) all'articolo 1 della legge 29 dicembre 1988, n. 544, e successive modificazioni;

b) all'articolo 70, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, con riferimento ai titolari dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335;

c) all'articolo 2 della legge 29 dicembre 1988, n. 544, con riferimento ai titolari della pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni;

d) all'articolo 38, comma 4, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, come sostituito dall'articolo 2 della presente legge.

10. In ogni RSA è costituito un comitato di partecipazione, organo partecipativo e rappresentativo delle persone assistite e delle loro famiglie, dei lavoratori e delle lavoratrici, delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato dei diritti presenti sul territorio, dotato di autonomia organizzativa nel rispetto dei principi di democrazia interna e della normativa vigente. Il comitato esprime pareri e formula proposte, istanze e quesiti nell'interesse delle persone ricoverate e dei loro familiari, può assistere le persone ricoverate e i loro familiari nella presentazione di ricorsi

all'amministrazione e deve essere obbligatoriamente sentito sui provvedimenti diretti a modificare la natura, la struttura o l'organizzazione della RSA. L'amministrazione ha l'obbligo di rispondere motivatamente alle proposte, alle istanze, ai quesiti e ai pareri formulati dal comitato. A tale fine, è in ogni caso obbligata al rispetto delle disposizioni di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. L'amministrazione assicura altresì adeguate forme di pubblicità sull'esistenza e sull'attività del comitato, garantendo in ogni caso il diritto alla riservatezza della persona.

11. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, su conforme parere delle Commissioni parlamentari competenti e di intesa con la conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, con proprio decreto, definisce i criteri uniformi per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente di cui al comma 8 del presente articolo e al comma 3 dell'articolo 10 e assicura l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale degli interventi dei comuni a favore di soggetti economicamente svantaggiati, dandone atto annualmente al Parlamento nella relazione di cui all'articolo 1, comma 4.

ART. 14.

(Divieto dell'esercizio di attività sanitaria).

1. È vietato alle case di riposo o alle strutture analoghe comunque denominate, pubbliche e private, erogare prestazioni sanitarie nei confronti di persone non autosufficienti, di spettanza esclusiva del Servizio sanitario nazionale.

2. In via transitoria, per un periodo non superiore a tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge e in attesa che le aziende unità sanitarie locali organizzino la rete delle RSA, è consentito alle case di riposo e alle case protette, pubbliche e private, accreditate e conven-

zionate, proseguire l'erogazione di prestazioni diagnostiche, curative e riabilitative a persone non autosufficienti, con costi assicurati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito del Fondo di cui all'articolo 20. Entro il termine di cui al presente comma, le persone ricoverate sono trasferite nelle RSA, ove non sia possibile la cura a domicilio mediante i servizi e le prestazioni di cui alla presente legge.

ART. 15.

(Disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che gestiscono RSA).

1. Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) che gestiscono RSA per persone non autosufficienti conservano la personalità giuridica, l'autonomia patrimoniale, contabile ed organizzativa, rientrano nel plesso organizzativo dei servizi sanitari territoriali facenti capo al dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante del distretto sociosanitario delle aziende unità sanitarie locali e sono soggette alla disciplina prevista dalla presente legge per le RSA.

CAPO III

NORME PER ASSICURARE I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLA MALATTIA MENTALE

ART. 16.

(Istituzione e compiti del dipartimento di salute mentale).

1. Le funzioni e le attività sanitarie necessarie ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale rispondono alle seguenti finalità:

a) promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita della persona anche

all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;

b) prevenire la malattia mentale in collaborazione con i comuni e con gli altri enti istituzionali interessati nonché con le associazioni di tutela dei diritti delle persone colpite da disagio e da malattia mentale, anche attraverso politiche di intervento sul disagio e di lotta contro l'emarginazione;

c) curare le persone colpite da disagio o da malattia mentale tramite interventi terapeutici di provata efficacia, nel pieno rispetto della dignità e della libertà della persona, con le finalità della riabilitazione e della riduzione delle conseguenze disabilitanti, della ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale, dell'attivazione delle risorse, anche residuali, delle persone interessate, nonché del contesto di vita. A tale fine, nella definizione dei programmi di intervento, il dipartimento di salute mentale, di cui al comma 2, coinvolge le associazioni e i gruppi di auto aiuto di persone malate o in condizione di disagio mentale e i loro familiari, nonché le cooperative sociali, avuto particolare riguardo a quelli con finalità di inserimento lavorativo;

d) tutelare la salute mentale e la qualità di vita della persona colpita da disagio o da malattia mentale e della sua famiglia;

e) perseguire la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali o per appartenenza a fasce di età particolarmente esposte;

f) promuovere un atteggiamento di solidarietà e di responsabilità nei confronti delle persone che manifestano problemi psichiatrici e facilitare l'accesso ai servizi offerti, attraverso appositi piani di informazione della popolazione.

2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma 1, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge

ogni azienda unità sanitaria locale istituisce il dipartimento di salute mentale.

3. Ogni persona soggetta a un disturbo mentale lieve o grave ha diritto alla presa in carico da parte del dipartimento di salute mentale, attraverso la definizione di un programma personalizzato, con il massimo coinvolgimento della persona stessa e senza trascurare il contesto sociale e familiare di riferimento, ferma restando la responsabilità del dipartimento di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie previsti dalla presente legge.

4. Il direttore del dipartimento di salute mentale è nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale su proposta della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale.

5. Al dipartimento di salute mentale è assegnata, per l'istituzione e il funzionamento di tutte le strutture e di tutti i servizi, una quota non inferiore al 5 per cento del bilancio della azienda unità sanitaria locale. Il direttore del dipartimento è responsabile dell'impiego delle somme assegnate, coordina e dirige le strutture e i servizi del dipartimento stesso e cura la formazione e l'aggiornamento del personale. L'organico del dipartimento comprende medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psico-sociale, sociologi, assistenti sociali, educatori, operatori tecnici dell'assistenza e personale amministrativo ed è determinato nel rispetto dello *standard* minimo di un operatore ogni 1.500 abitanti. L'organizzazione del dipartimento è disciplinata da un regolamento, ispirato al rispetto dei principi di democrazia e di ascolto degli operatori, degli utenti e del comitato di salute mentale di cui all'articolo 17, comma 1, lettera *f*). Il regolamento dispone l'istituzione di un nucleo di valutazione e di miglioramento della qualità dei servizi.

6. Ferma restando la responsabilità del dipartimento di salute mentale per l'istituzione e l'organizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, i comuni collaborano con il dipartimento stesso adottando programmi di comune intesa

per la prevenzione del disagio psichiatrico e mettendo a disposizione locali e strutture per realizzare i servizi e per seguire persone con sofferenza psichiatrica vicine all'autonomia che necessitano di assistenza per il reinserimento sociale.

ART. 17.

(Strutture e servizi del dipartimento di salute mentale).

1. Il dipartimento di salute mentale è costituito dalle seguenti strutture e servizi:

a) centro di salute mentale. È la sede organizzativa degli operatori e di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Garantisce gli interventi domiciliari ed ambulatoriali operando almeno dodici ore al giorno per sei giorni la settimana e svolge attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica, di definizione ed attuazione dei programmi personalizzati, domiciliari e residenziali, di raccordo con i medici di medicina generale, di consulenza specialistica per gli altri servizi che ne fanno richiesta, attività di prevenzione e di selezione dei ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, nonché di valutazione della qualità delle attività e dei servizi svolti;

b) servizio psichiatrico di diagnosi e cura. È il servizio ospedaliero nel quale si praticano i trattamenti psichiatrici in condizione di ricovero e che fornisce consulenza agli altri servizi ospedalieri. Comprende un numero di posti-letto pari ad uno *standard* di almeno uno ogni 10.000 abitanti, comunque non superiore a 16 per ogni struttura, ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni. Per superare i limiti connaturati al servizio psichiatrico di diagnosi e di cura, il direttore del dipartimento di salute mentale autorizza sperimentazioni di strutture psichiatriche alternative nel rispetto della normativa vigente;

c) *day hospital*. È un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e a medio termine, istituita in ambito ospedaliero o non, comunque soggetta al regime ospedaliero per quanto attiene l'esenzione da ogni partecipazione alla spesa da parte dell'utente, con la finalità di permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi, di effettuare interventi farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi, nonché di ridurre il ricorso al ricovero o di limitarne la durata. È aperto per non meno di otto ore al giorno e per sei giorni la settimana. In ambito ospedaliero è istituito su iniziativa del direttore del servizio psichiatrico di diagnosi e di cura, con un numero di posti-letto non inferiore a quanto previsto dall'articolo 2, commi 1 e 2, dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 249 del 22 ottobre 1992. In ambito extraospedaliero, è istituito e coordinato dal centro di salute mentale ed è dotato delle attrezzature e del personale indicati dal servizio psichiatrico di diagnosi e di cura;

d) centro diurno. È una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. È aperto otto ore al giorno per sei giorni la settimana. È dotato di un organico di personale e di locali adeguatamente attrezzati in conformità ad apposito provvedimento del direttore del dipartimento di salute mentale. In attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente alle persone assistite di sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, nell'attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo anche ai fini dell'inserimento lavorativo. È gestito dal dipartimento di salute mentale direttamente o in convenzione nel rispetto degli *standard* di personale e strutturali definiti dal direttore del dipartimento stesso;

e) comunità terapeutica residenziale. La comunità terapeutica residenziale è

istituita per fare fronte alle necessità di persone che non hanno alcuna altra possibilità di inserimento o richiedono una particolare protezione, sulla base di uno *standard* di almeno un posto-letto ogni 10.000 abitanti, nel limite di dieci posti-letto per ciascuna comunità. È collocata in un contesto sociale abitativo idoneo a favorire il recupero di autonomia e il reinserimento sociale delle persone con sofferenza psichiatrica. Funziona ventiquattro ore al giorno ed è dotata di un organico di personale e di locali adeguatamente attrezzati. È gestita dal dipartimento di salute mentale direttamente o in convenzione, nel rispetto degli *standard* di personale e strutturali definiti da apposito provvedimento del direttore del dipartimento di salute mentale. Nessuna partecipazione alla spesa può essere richiesta per l'inserimento in comunità terapeutica residenziale salvo, se dovuto, l'assegno di accompagnamento. In caso di espletamento di attività lavorativa, può essere previsto, secondo criteri stabiliti dal direttore del dipartimento di salute mentale, un contributo alle spese di gestione della comunità anche come modalità educativa preparatoria alla vita autonoma, in misura comunque non superiore al 20 per cento del reddito da lavoro conseguito;

f) comitato di salute mentale. Presso ogni dipartimento di salute mentale è istituito un comitato di salute mentale, organo partecipativo e rappresentativo delle persone assistite e delle loro famiglie, dei lavoratori e delle lavoratrici, delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato dei diritti presenti sul territorio, dotato di autonomia organizzativa nel rispetto dei principi di democrazia interna e della legislazione vigente. Il comitato esprime pareri e formula proposte, istanze e quesiti nell'interesse delle persone assistite e dei loro familiari, può assistere le persone assistite e i loro familiari nella presentazione di ricorsi all'amministrazione e deve essere obbligatoriamente sentito sui provvedimenti diretti a modificare la natura, la struttura o l'organizzazione del dipartimento. Il direttore del dipartimento ha

l'obbligo di rispondere motivatamente alle proposte, alle istanze, ai quesiti e ai pareri formulati dal comitato. A tale fine è in ogni caso obbligato al rispetto delle disposizioni di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. Il direttore del dipartimento assicura altresì adeguate forme di pubblicità sull'esistenza e sull'attività del comitato, garantendo in ogni caso il diritto alla riservatezza della persona.

ART. 18.

(Istituzione e compiti del dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva).

1. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma 1 dell'articolo 16 a favore dei minori di età, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni azienda unità sanitaria locale è istituito il dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva.

2. Ogni persona minore di età soggetta a un disturbo mentale lieve o grave ha diritto alla presa in carico da parte del dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva, attraverso la definizione di un programma personalizzato, con il massimo coinvolgimento della persona stessa e senza trascurare il contesto sociale o familiare di riferimento, fermi restando la responsabilità del dipartimento di assicurare l'assistenza e dei titolari della potestà genitoriale.

3. Il direttore del dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva è nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale su proposta della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale. Al dipartimento è attribuita una quota dell'assegnazione di cui all'articolo 16, comma 5, per l'istituzione e il funzionamento di tutte le strutture e di tutti i servizi che ne fanno parte. Il direttore del dipartimento è responsabile dell'impiego delle somme assegnate, coordina e dirige tutte le strutture e i servizi del dipartimento e cura la formazione e l'aggiornamento del perso-

nale. L'organico del dipartimento comprende il neuropsichiatra, lo psicologo clinico, il neuropsicomotricista, il fisioterapista, il logopedista, l'infermiere, l'assistente sociale, l'educatore ed è determinato nel rispetto dello *standard* minimo di un operatore ogni 4.500 abitanti. L'organizzazione del dipartimento è disciplinata da un regolamento, ispirato al rispetto dei principi di democrazia e di ascolto degli operatori, degli utenti e del comitato di salute mentale di cui all'articolo 17, comma 1, lettera *f*). Il regolamento dispone altresì l'istituzione di un nucleo di valutazione e di miglioramento della qualità dei servizi.

4. Il dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva coordina le proprie attività con quelle del dipartimento di salute mentale ed è costituito dalle seguenti strutture e servizi:

a) unità operativa ospedaliera, collocata nella sede ospedaliera, con un numero massimo di sei posti-letto, che dipende dal dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva della azienda unità sanitaria locale;

b) unità operativa di salute mentale dell'età evolutiva, quale centro di riferimento di tutti i servizi e di tutte le strutture del dipartimento, aperta dodici ore al giorno per sei giorni la settimana;

c) centro diurno, aperto per almeno otto ore al giorno per sei giorni la settimana;

d) comunità terapeutica residenziale per un numero massimo di dieci posti-letto. Nessuna partecipazione alla spesa può essere richiesta per l'inserimento in comunità terapeutica residenziale, salvo, se dovuto, l'assegno di accompagnamento;

e) comitato di salute mentale. Il comitato di salute mentale di cui all'articolo 17, comma 1, lettera *f*), esercita il proprio ruolo partecipativo e rappresentativo, negli stessi termini e modalità, anche nei confronti del dipartimento di salute mentale dell'età evolutiva.

ART. 19.

(Convenzioni fra regioni e università).

1. Ferme restando le responsabilità dei dipartimenti di salute mentale e di salute mentale dell'età evolutiva per l'erogazione dei livelli essenziali di prestazioni sanitarie in conformità alle disposizioni della presente legge, convenzioni fra regione e università possono individuare modalità per l'affidamento di un modulo tipo del dipartimento stesso a cliniche universitarie, a istituti universitari di psichiatria o a sezioni di psichiatria dei dipartimenti universitari, per specifiche funzioni assistenziali coordinate con funzioni di formazione e di ricerca. Le stesse convenzioni possono altresì disciplinare specifiche intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del dipartimento di salute mentale nella formazione universitaria. I comitati di salute mentale si esprimono obbligatoriamente sulle convenzioni e valutano periodicamente la loro attuazione. Ove le convenzioni e le relative verifiche periodiche dello stato di attuazione delle stesse, obbligatoriamente previste, si discostino dai pareri espressi dal comitato, gli organi procedenti hanno l'obbligo di motivazione.

CAPO IV

NORMA FINANZIARIA

ART. 20.

(Norma finanziaria).

1. La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge è assicurata dallo Stato a carico della fiscalità generale. A tale fine, lo Stato integra le risorse destinate alla spesa sanitaria corrente in attuazione del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, con un Fondo di garanzia dell'uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, assicu-

rando la concorrenza della spesa sanitaria corrente a non meno dell'8 per cento del prodotto interno lordo (PIL).

2. Al riparto della quota a garanzia di cui al comma 1, si provvede su proposta del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Il Governo dà atto al Parlamento della copertura degli oneri di cui al comma 1 nella relazione annuale di cui all'articolo 1, comma 4.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,62



14PDL0039380