

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3785

PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato VALPIANA

Disposizioni per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie a favore dei soggetti non autosufficienti e per l’incremento dei trattamenti pensionistici dei soggetti svantaggiati

Presentata il 14 marzo 2003

ONOREVOLI COLLEGHE, ONOREVOLI COLLEGHI !
— Con la presente proposta di legge si intende rendere esigibile su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute delle persone non autosufficienti a seguito di malattie o di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali. Occorre a tal fine rimuovere ogni possibile discriminazione derivante dalla malattia, dalla durata delle cure e dall’età della persona. Ci si propone, 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. Si interviene, 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 ordinario 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, il citato 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 al possesso di requisiti di reddito che variano da comune a comune. 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 se non sono soddisfatti dal Servizio sanitario nazionale essi dovranno essere soddisfatti dal mercato, con il sostegno di « buoni » per l'acquisto dei servizi (con criteri di accesso ed entità differenziate nei diversi comuni) o agevolazioni fiscali, ovvero, infine, dall'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, vanifi-

cando 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. Peggiorano 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 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'impoverimento 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 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 morbidità 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. Questo è a tutt'oggi il sistema più efficace per garantire, nello stesso tempo, la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e le cure sanitarie agli indigenti, come prescrive l'articolo 32 della Costituzione. Inadeguatezze e limiti del nostro sistema sanitario — che tuttavia, 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.

Tali presupposti sono posti 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, si ritiene 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 dal finanziamento a carico del Fondo sanitario nazionale, aggraverà queste disegualianze. 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, particolarmente per i soggetti non autosufficienti » (articolo 15).

Questa premessa è 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 cure a lungo termine, la legge finanziaria 2003 mette in discussione il principio solidale fondato sulla fiscalità generale e progressiva e rompe l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale. 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, si ricorda 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 dover contribuire una seconda volta alle spese. Occorre perciò intervenire, per ristabilire l'eguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie delle persone non autosuf-

ficienti in conseguenza di malattie o di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, superando ogni indebita discriminazione tra tipologie di malattie e una concezione residuale della sanità pubblica.

Non si ritiene 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 si pensa 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 aggiuntivi devono essere posti a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

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 senza discriminazioni in relazione al reddito, all'età o al tipo di malattia, costituzionalmente garantito.

Le finalità della proposta di legge.

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 essere 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 si intende garantire per le non autosufficienze derivanti da malattie o da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali il rispetto di quel principio fondamentale di uguaglianza, individuando i livelli essenziali di assistenza sanitaria che devono essere assicurati 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.

A tale fine, la presente proposta di legge pone interamente a carico delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, con esclusione di ogni e qualunque forma di partecipazione al costo a carico della persona o del comune, le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni elencati nella tabella riepilogativa di cui all'allegato 1C, recante area integrazione socio-sanitaria, annesso al ci-

tato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001.

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 il ricovero prolungato in residenze sanitarie assistenziali (RSA) che può comunque essere richiesta esclusivamente alla persona interessata, con esclusione dei familiari e degli affini. Detta previsione si misura con un dato di realtà e 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 contenuti della proposta di legge.

La proposta di legge interviene sulle non autosufficienze derivanti da malattie o da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

Per garantire l'esigibilità del diritto alla salute, nel rispetto delle norme costituzionali richiamate, la proposta di legge dispone che lo Stato dovrà coprire interamente la spesa sanitaria 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 fautori 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. Questo è il senso della norma.

Sintesi dell'articolato.

La proposta di legge è composta da sette articoli.

La finalità è quella di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie per la non autosufficienza derivante da malattie

o da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali senza discriminazioni in relazione alla tipologia delle malattie, dalla durata delle cure e dall'età della persona (articolo 1), nonché per l'incremento delle pensioni in favore di soggetti svantaggiati (articolo 6). La proposta di legge (articoli 2, 3, 4 e 5) detta poi norme di carattere generale

per assicurare l'integrazione socio-sanitaria delle attività di prevenzione e di assistenza territoriale e la realizzazione della rete delle RSA, nonché per la disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che gestiscono RSA; infine (articolo 7) individua la fonte di finanziamento.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge individua le funzioni e le attività necessarie per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni che garantiscono su tutto il territorio nazionale: le cure sanitarie a favore di persone non autosufficienti per effetto di malattie o di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali di seguito denominate « persone non autosufficienti », senza discriminazioni derivanti dalla malattia, dalla durata delle cure e dall'età della persona.

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 o di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

3. Le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni elencati nella tabella di cui all'allegato 1C – area integrazione socio-sanitaria, annesso al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, di seguito denominata « tabella », sono posti interamente a carico delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, con esclusione di ogni e qualunque forma di partecipazione al costo a carico dell'utente del comune. Le relative prestazioni sono rese 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.

4. L'erogazione delle prestazioni con le modalità appropriate alle necessità di cura delle persone costituisce componente

strutturale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, intervento obbligatorio per gli organi pubblici preposti e diritto soggettivo perfetto delle persone malate.

5. 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*.

6. 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, non possono in nessun caso sostituire, nemmeno parzialmente, le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni elencati nella tabella.

7. Il Governo assicura l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 6, ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 117, secondo comma, lettera *m*), e 119, quarto comma, della Costituzione.

8. Per le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni elencati nella tabella, non può essere richiesta alcuna forma di partecipazione alle spese né esercitata alcuna azione di rivalsa nei confronti di parenti o di affini della persona interessata.

ART. 2.

(Prevenzione della non autosufficienza).

1. I comuni, singoli e associati, di concerto con le aziende unità sanitarie

locali promuovono, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale dei servizi, 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) delle aziende unità sanitarie locali, 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.

ART. 3.

(Assistenza territoriale).

1. L'azienda unità sanitaria locale garantisce alle persone non autosufficienti, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale dei servizi, le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni elencati nella tabella.

2. Per favorire la permanenza in ambito familiare delle persone non autosufficienti, le aziende unità sanitarie locali attivano, di concerto con i comuni, singoli e associati, interventi volti a rendere compatibile l'ambiente abitativo con la disabilità della persona. Rientrano tra queste prestazioni l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'allacciamento alla rete telefonica, l'allacciamento ai servizi di telesoccorso, la ristrutturazione dei servizi

igienici, la fornitura di letti antidecubito, l'applicazione di corrimano nonché i presidi e le protesi previsti nel decreto del ministro della salute emanato ai sensi dell'articolo 8-*sexies*, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3. I costi degli interventi di cui al comma 2 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 ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 117, secondo comma, lettera *m*), e 119, quarto comma, della Costituzione.

4. L'azienda unità sanitaria locale coordina le attività volte ad assicurare alla persona non autosufficiente e al suo nucleo familiare di convivenza che ne fanno richiesta, l'attivazione delle tipologie di assistenza, dei servizi e delle prestazioni di cui al comma 1, in contemporanea con le dimissioni ospedaliere. Nel caso in cui altre tipologie di prestazioni e di servizi non siano attivabili, l'azienda unità sanitaria locale assicura altresì il ricovero diretto della persona interessata presso la residenza sanitaria assistenziale (RSA) territorialmente più vicina al luogo di residenza della stessa o dei suoi familiari, ferma restando la specificità degli interventi destinati alle persone in età pediatrica.

5. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni ambito distrettuale di organizzazione dei servizi sanitari è istituito un comitato di partecipazione, organo partecipativo e rappresentativo delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, dei lavoratori e delle lavoratrici e delle loro organizzazioni sindacali, delle associazioni di promozione sociale e delle organizzazioni di volontariato presenti sul territorio, dotato di autonomia organizzativa nel rispetto dei principi di democrazia interna e della normativa vigente in materia. Il comitato esprime pareri e formula proposte,

istanze e quesiti nell'interesse delle persone non autosufficienti e dei loro familiari, può assistere gli stessi nella presentazione di ricorsi all'amministrazione e deve essere obbligatoriamente sentito sui provvedimenti diretti a modificare la natura, la struttura o l'organizzazione dei servizi sul territorio. L'amministrazione procedente ha l'obbligo di rispondere motivatamente alle proposte, alle istanze e ai quesiti nonché ai pareri formulati dal comitato. A tale fine, l'amministrazione è obbligata al rispetto delle disposizioni e dei termini di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, e ad assicurare adeguate forme di pubblicità all'esistenza e alla attività del comitato, garantendo in ogni caso il diritto alla riservatezza della persona non autosufficiente e dei suoi familiari.

ART. 4.

(Realizzazione della rete delle RSA).

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 convenzionate, proseguire l'erogazione di prestazioni diagnostiche, curative e riabilitative a persone non autosufficienti, con copertura dei costi assicurata in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

3. Entro il termine di cui al comma 2 e nel caso in cui non siano attivabili le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni domiciliari, ambulatoriali e semi-residenziali elencati nella tabella le per-

sone non autosufficienti ricoverate nelle strutture di cui al comma 1 hanno diritto al trasferimento nella RSA territorialmente più vicina al luogo di residenza delle stesse o dei loro familiari, ferma restando la specificità degli interventi destinati alle persone non autosufficienti in età pediatrica.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute 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, definisce le linee guida per l'autorizzazione, l'accreditamento, il convenzionamento e la renumerazione delle RSA, nel rispetto di quanto disposto agli articoli 8-ter, 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, al fine di garantire livelli di prestazioni e costi omogenei. A tale fine, alle RSA si applicano le norme vigenti in ambito ospedaliero per il prontuario farmaceutico, e nella predisposizione di piani e di programmi per l'attivazione degli interventi finanziabili in attuazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13, e successive modificazioni, è previsto un apposito stanziamento per l'adeguamento delle RSA.

5. È esclusa la partecipazione alla spesa per i primi sessanta giorni di degenza nella RSA. Qualora la persona interessata 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 non autosufficienti ricoverate risultante dall'indicatore della situazione economica equivalente, rapportato al periodo di ricovero eccedente i primi sessanta giorni. Sono comunque fatti salvi gli obblighi familiari e la restituzione di debiti registrati. Al 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.

6. Sono in ogni caso esenti dalla partecipazione alla spesa di cui al comma 5 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 6 della presente legge.

7. 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 5 del presente articolo, assicurando contestualmente l'uniforme finanziamento su tutto il territorio nazionale degli interventi dei comuni a favore di soggetti economicamente svantaggiati ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 117, secondo comma, lettera *m*), e 119, quarto comma, della Costituzione.

8. Le spese relative alle prestazioni erogate dalle RSA sono assicurate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nell'ambito delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

ART. 5.

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

1. Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza 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 distretto socio-sanitario della competente azienda unità sanitaria locale e sono soggette alla disciplina prevista dalla presente legge per le RSA.

ART. 6.

(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 ».

ART. 7.

(Norme finanziarie).

1. La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge è assicurata dallo Stato a carico della fiscalità generale.

2. Al fine di garantire la copertura finanziaria necessaria all'attuazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, lo Stato integra le risorse destinate alla spesa sanitaria corrente in attuazione del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, assicurando la concorrenza della spesa sanitaria corrente a non meno dell'8 per cento del prodotto interno lordo.

3. Lo Stato integra altresì le risorse destinate al Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, nonchè quelle trasferite agli enti previdenziali gestori della spesa assistenziale a carico dello Stato, tenendo conto degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge.

4. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge per il triennio 2003-2005 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.

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

6. Il Governo riferisce annualmente al Parlamento, con una apposita relazione, sullo stato di attuazione della presente legge e della relativa copertura finanziaria.

€ 0,26



14PDL0041970