

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 413

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DI VIRGILIO, ABRIGNANI, BARANI, BARBIERI, BERNARDO, BERTOLINI, BIANCOFIORE, CARLUCCI, CASSINELLI, CATANOSO, CATONE, CAZZOLA, CICCIOLI, COLUCCI, DE CORATO, DE NICHILIO RIZZOLI, DI CAGNO ABBRESCIA, D'IPPOLITO VITALE, FALLICA, GREGORIO FONTANA, JANNONE, LORENZIN, MANCUSO, MANNUCCI, GIULIO MARINI, MAZZOCCHI, MISTRELLO DESTRO, OSVALDO NAPOLI, PELINO, MARIO PEPE (PdL), PUGLIESE, LUCIANO ROSSI, SAMMARCO, SIMEONI, SPECIALE, STRADELLA, TADDEI, VALENTINI, VENTUCCI, VESSA**

Istituzione di un fondo e delega al Governo in materia di interventi a favore delle persone non autosufficienti

*Presentata il 29 aprile 2008*

ONOREVOLI COLLEGHI! — In tutti i Paesi sviluppati si è assistito a un progressivo invecchiamento della popolazione che ha comportato inevitabilmente alcune trasformazioni della società e della famiglia e nuovi approcci alla programmazione socio-sanitaria, con rilevanti ripercussioni sul versante dei costi. In Italia, secondo i dati relativi al 2005, il 19,5 per cento della popolazione ha più di sessantacinque anni e si stima che nel 2030 si giungerà addi-

rittura al 27 per cento e nel 2050 al 33,4 per cento: infatti, se nel 1996 vi erano 9,6 milioni di persone anziane, nel 2030 si stima che saranno 14,4 milioni, con un costante incremento del tasso percentuale di persone non autosufficienti.

Questo incremento deve quindi fare riflettere sul fatto che l'età che avanza comporta, oltre al peggioramento delle condizioni di salute, tutta una serie di patologie invalidanti, disabilitanti e dege-

nerative (ad esempio il morbo di Parkinson o quello di Alzheimer) che portano alla non autosufficienza, anche se si deve tenere presente che tali patologie a volte affiorano anche in età adulta e perfino giovanile.

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

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

Se non riusciremo a spezzare o a invertire questa spirale di emarginazione delle persone anziane, così come dei più deboli e indifesi, favorendo quindi la crescita e la diffusione dell'accoglienza e della solidarietà, base di una nuova cultura della vita, non potremo che assistere passivamente alla crescita di domande senza risposte, al rifugio in gesti di disperazione, al dominio dell'indifferenza e all'affermazione dell'egoismo in un mondo arido e senza valori.

Inoltre, è stato considerato che oltre il 5 per cento della popolazione italiana è

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

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

È pertanto pressante l'esigenza di individuare nuovi strumenti affinché la società possa fare fronte ai costi, crescenti in misura iperbolica, collegati alla non autosufficienza, in particolare nella sua componente anziana. Da qui la proposta della istituzione di un Fondo nazionale di solidarietà (articolo 1 della proposta di legge) da finanziare attraverso le risorse provenienti da un'assicurazione obbligatoria appositamente istituita (articolo 7 della proposta di legge). I 100 milioni di euro di cui all'articolo 10 della presente proposta di legge sono necessari al fine di avviare il sistema.

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

preliminare. Oltre ad adeguate risorse (molto superiori a quelle attualmente disponibili) è altrettanto indispensabile un'adeguata organizzazione sul versante dell'assistenza sia sanitaria sia sociale, prevalentemente tese a mantenere il paziente al suo domicilio.

Appare urgente allora una riorganizzazione delle strutture territoriali del Servi-

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

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

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

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

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

## ART. 2.

*(Beneficiari).*

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

## ART. 3.

*(Servizi e prestazioni).*

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

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

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

b) erogare titoli per l'acquisto di prestazioni sociali e sanitarie, parzialmente o totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza, secondo specifiche indicazioni cliniche e modalità; in particolare, per i soggetti affetti da incontinenza urinaria o fecale di grado medio o grave, contribuire all'acquisto di dispositivi tecnici e di farmaci specifici;

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

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

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

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

#### ART. 4.

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

1. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono provvedere con risorse proprie all'even-

tuale concessione di benefici aggiuntivi rispetto a quelli determinati dalla presente legge. In particolare, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni rientranti nel sistema di assistenza domiciliare, le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali promuovono e incentivano iniziative volte a consentire alle persone prive di autonomia fisica o psichica, che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero e negli istituti di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di continuare a vivere nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare di appartenenza o, in alternativa, nei centri di polifunzionalità.

ART. 5.

*(Centrale operativa territoriale e unità di valutazione multidisciplinare).*

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

2. Presso la centrale operativa territoriale opera un'unità di valutazione multidisciplinare, formata almeno da un geriatra, un sociologo, un fisiatra, un neurologo e uno psicologo.

3. La centrale operativa territoriale provvede a:

a) redigere un elenco delle persone disabili o con disagi e delle persone non autosufficienti presenti nel territorio di competenza;

b) valutare e svolgere il monitoraggio dell'attività delle sottocommissioni territoriali ad essa collegate;

c) istituire un centro d'ascolto telefonico (*call center*) per fornire alla famiglia della persona non autosufficiente informazioni e indicazioni circa le modalità per affrontare nel modo più adeguato la patologia della persona stessa;

d) promuovere e assicurare il pieno coinvolgimento di tutti gli operatori del territorio, verificando che essi operino scrupolosamente e nel rispetto delle norme, in collegamento con le autorità di polizia e con la prefettura — ufficio territoriale del Governo, anche ai fini della segnalazione di abusi e della presentazione di eventuali denunce. La risposta alle segnalazioni e alle denunce di abusi deve essere fornita entro ventiquattro ore;

e) costituire un ufficio con funzioni di difensore civico contro gli abusi.

4. La centrale opera in stretta connessione con le unità di valutazione multidisciplinare ospedaliere e territoriali, con i medici di medicina generale del territorio, con le strutture ospedaliere e con i servizi allo scopo attivati dagli enti locali.

5. Nelle grandi città la centrale può attivare strutture decentrate, denominate « antenne di quartiere », per gli anziani e per i disabili.

#### ART. 6.

*(Delega al Governo).*

1. Entro il 31 dicembre 2008, il Governo è delegato ad adottare, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e del lavoro e della previdenza sociale, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni un decreto legislativo per definire, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui alla presente legge:

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

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

c) nell'ambito della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22, comma 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, la tipologia delle

prestazioni e dei servizi posti a carico del Fondo;

d) le modalità e le procedure per la valutazione, nell'ambito del distretto socio-sanitario di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, del bisogno assistenziale e delle prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;

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

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

#### ART. 7.

*(Istituzione dell'assicurazione obbligatoria).*

1. Con il decreto legislativo adottato in attuazione della delega di cui all'articolo 6 sono definiti le modalità, i criteri e i termini per l'istituzione di un'assicurazione obbligatoria, le cui risorse sono destinate al finanziamento del Fondo, che è gestito dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, a decorrere dal 1° giugno 2009, nonché le misure fiscali atte a compensare il maggiore onere a carico dei lavoratori e delle imprese.

2. L'assicurazione è obbligatoria per tutti i produttori di reddito, con contribuzioni graduate secondo le fasce di reddito identificate dal decreto legislativo adottato in attuazione della delega di cui all'articolo 6. Dal pagamento dei contributi assicurativi sono escluse le persone il cui reddito familiare risulta inferiore al livello minimo stabilito dal medesimo decreto legislativo.

#### ART. 8.

*(Fase sperimentale).*

1. Nelle more dell'istituzione dell'assicurazione obbligatoria di cui all'articolo 7,

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

ART. 9.

*(Promozione della ricerca).*

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

ART. 10.

*(Copertura finanziaria).*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, e in particolare degli articoli 2, 3, e 4, valutati in 100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2009, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2009, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

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

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,35



\*16PDL0003110\*