

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

**N. 4305**

## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa dei senatori CÒ, CRIPPA e RUSSO SPENA**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 OTTOBRE 1999**

—————

**Legge quadro in materia di assistenza sociale**

—————

## INDICE

Relazione . . . . .	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge. . . . .	»	11
CAPO I - Princìpi generali . . . . .	»	11
CAPO II - Livelli e funzioni di Governo. . . . .	»	29
CAPO III - Norme finali e transitorie . . . . .	»	35

ONOREVOLI SENATORI. - Lo scopo di questo disegno di legge quadro sull'assistenza sociale è quello di colmare una grave lacuna del nostro ordinamento giuridico, causata dalla mancata attuazione del principio di cui all'articolo 38 della Costituzione. Tale precetto rappresenta una svolta importante, poiché eleva l'assistenza sociale dal rango inferiore dell'interesse legittimo, totalmente rimesso alle valutazioni discrezionali ed agli interventi sporadici della pubblica amministrazione, al rango superiore del diritto soggettivo. Nel presentare questa proposta siamo ben consapevoli che se tutti i diritti che la Carta costituzionale prevede come diritti fondamentali (dal lavoro alla sanità, all'istruzione, eccetera) fossero pienamente realizzati - come noi chiediamo - l'area di applicazione della normativa specifica sull'assistenza sarebbe di molto ridotta. Però, nella situazione attuale, caratterizzata da disoccupazione di massa e dal restringimento dei diritti universali, è assolutamente necessario normare lo spazio specifico dell'assistenza in modo che ai soggetti più deboli sia comunque garantito un forte e diretto intervento dello Stato. Parimenti, siamo molto perplessi verso tutte quelle proposte che, partendo da un approccio di tipo universalistico, tendono poi, nei fatti, a determinare due processi che a noi paiono negativi:

a) in primo luogo a cancellare ogni differenza tra sanità e assistenza facendo per questa via ricadere dentro il campo dell'assistenza prestazioni di tipo sanitario che lo Stato dovrebbe fornire gratuitamente;

b) in secondo luogo a cancellare il confine tra Stato e privato sociale, tendendo ad allargare il ruolo di quest'ultimo a scapito dei diritti che lo Stato deve garantire in quanto tale.

Per questi motivi riteniamo che la definizione di una normativa specifica sull'assistenza sociale, che stabilisca il diritto all'assistenza sociale, costituisca oggi un passo di civiltà. Si tratta di una vera e propria rivoluzione copernicana rispetto ad una concezione tradizionale che inquadrava l'assistenza come una sorta di beneficio graziosamente concesso dall'alto. Al riguardo è possibile procedere ad un vero *excursus* storico, a partire dallo Stato italiano liberale, là dove l'idea dominante del soggetto bisognoso come persona improduttiva perché inabile al lavoro determinava una minimizzazione dell'intervento pubblico; talché le prestazioni assistenziali venivano allora erogate per lo più da istituti di beneficenza privati soprattutto cattolici. Durante il regime fascista si assiste ad un maggiore intervento dello Stato, ma in senso negativo, poiché viene creato un sistema pubblico, in materia di assistenza sociale, inefficiente e repressivo (basti pensare alle severe sanzioni previste dal codice Rocco nei confronti dei mendicanti). Nell'Italia del dopoguerra si registra purtroppo un contrasto tra il principio affermato dall'articolo 38 della Costituzione ed il tipo di sistema socio-assistenziale che di fatto viene realizzato. Sicché nel periodo compreso tra gli anni cinquanta e settanta vi è una proliferazione di enti pubblici assistenziali, i quali però, speculando spesso sui bisogni delle famiglie, appaltano le strutture di ricovero presso istituti pubblici e privati secondo logiche di massimalizzazione dei profitti e riduzione dei costi, scavalcando completamente le vere esigenze degli utenti. Le cose migliorano un poco grazie alla nascita dell'ordinamento regionale e al decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, che delega alle regioni la maggior parte delle

competenze in materia assistenziale, attuando così i principi di cui agli articoli 117 e 118 della Costituzione. Di conseguenza le regioni assumono compiti di indirizzo e programmazione (ed emanano leggi che iniziano ad entrare nella logica dei diritti degli utenti), mentre i comuni erogano le prestazioni ed i servizi di assistenza sociale. Contestualmente vengono sciolti gli enti pubblici assistenziali, ma restano in vita le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) con facoltà di trasformarsi in persone giuridiche private. Tuttavia, continua a mancare a tutt'oggi, un intervento legislativo organico a livello nazionale, visto che gli unici interventi sono stati di carattere settoriale, quasi a voler assecondare una concezione frammentaria e non globale della problematica.

Occorre allora un disegno di legge capace di recepire, in un articolato di base, una lettura dell'articolo 38 coordinata con gli articoli 2 e 3 della Costituzione, affinché, anche rispetto all'assistenza quale diritto inviolabile dell'uomo, vi sia l'impegno giuridicamente vincolante dello Stato, e di tutto il sistema pubblico, ad intervenire attivamente per rendere davvero effettiva la tutela del diritto stesso.

In particolare, i punti qualificanti del disegno di legge sono i seguenti:

#### INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI TITOLARI DEL DIRITTO ALL'ASSISTENZA SOCIALE E DEFINIZIONE DELL'AMBITO OGGETTIVO DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Per comprendere bene tale questione, affrontata dagli articoli 2 e 4, bisogna partire dal dato costituzionale onde sottolineare che, ferma restando l'equiparazione fra salute ed assistenza sul piano dei diritti inviolabili della persona, vi è una diversità di ambito soggettivo tra l'articolo 32 e l'articolo 38 della Costituzione. Infatti, il diritto alla salute è giustamente riconosciuto secondo

un'accezione universale, quale diritto di tutti poiché ogni individuo indistintamente ha bisogno nel corso della propria vita, di prevenire e curare le malattie. Diversamente non tutti hanno bisogno di assistenza sociale, ma soltanto coloro che sono inabili al lavoro o comunque sprovvisti dei mezzi necessari per vivere.

Nel rispetto di questa impostazione di fondo, occorre dunque elencare, in modo esaustivo e tassativo, gli aventi diritto, definendo in particolare (articolo 2) le condizioni di bisogno che danno diritto alle prestazioni pubbliche di assistenza sociale, nonché precisare che tra gli aventi diritto rientrano altresì gli stranieri e gli apolidi, onde estendere l'assistenza sociale anche alla popolazione immigrata che sovente soffre condizioni di forte disagio sociale. Lo scopo è quello di evitare la prassi sempre più consolidata, per quanto illecita ed incostituzionale, in base alla quale gli enti pubblici tendono a scaricare sul sistema assistenziale i soggetti come i malati cronici, gli anziani non autosufficienti, i malati di mente, i tossicodipendenti, il settore materno-infantile, che devono invece essere curati ed assicurati dal Servizio sanitario nazionale, nonché tutelati sul piano finanziario dalla copertura delle spese garantita dal fondo sanitario nazionale e regionale. In altri termini, tali puntualizzazioni servono ad evitare che gli enti erogatori facciano pagare rette spropositate agli utenti mascherando sotto la comoda etichetta del «socio-assistenziale» ciò che in realtà attiene alla sanità e pertanto già finanziato dal destinatario delle prestazioni attraverso l'adempimento degli obblighi fiscali.

Per completare questa operazione di chiarezza e sempre allo scopo di prevenire o rimuovere gli abusi di cui sopra occorre aggiungere la definizione dell'ambito oggettivo dell'area socio assistenziale, perché qui, purtroppo, la confusione è davvero tanta e molto probabilmente voluta. Il tutto comincia con l'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, che istituisce la categoria ambigua

delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario, successivamente specificata nella sua portata dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985. Ora per quanto sul piano formale detta categoria non dovrebbe pregiudicare i diritti degli utenti, poiché la norma citata garantisce per tali attività socio-assistenziali a rilievo sanitario la copertura del fondo sanitario; sul piano sostanziale questa ambivalente voce del bilancio ha consentito di ridurre la spesa sanitaria e di caricarla sugli utenti attraverso un aumento inverosimile delle rette relative alla cosiddetta «quota alberghiera o socio-assistenziale *tout court*». In altri termini, le rette pagate dagli utenti per i servizi socio-assistenziali sono così scandalosamente alte (si pensi alle residenze sanitarie assistenziali), perché evidentemente i pubblici amministratori considerano socio-assistenziali, e dunque non imputabili al fondo sanitario nazionale, prestazioni che in realtà hanno una valenza essenzialmente sanitaria.

A questo proposito possiamo citare una sentenza della Corte di cassazione n. 10150 del 20 novembre 1996, che spiega come il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985 «non ha valore normativo avendo esclusivamente una funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali e delle province autonome in materia sanitaria». Tale sentenza chiarisce anche che «le prestazioni sanitarie, al pari di quelle di rilievo sanitario, sono oggetto di un diritto soggettivo...». Inoltre, con molta precisione, chiarisce che non può esservi trattamento giuridico differenziato fra malati acuti e malati cronici, confermando così quanto già molti sostengono, e cioè che «di tale distinzione nella legge non c'è traccia, che prende in considerazione l'attività di cura, indipendentemente dal tipo di malattia (acuta o cronica) alla quale è diretta e pertanto se la disposizione dell'atto di indirizzo e di coordinamento avesse introdotto tale differenza sarebbe certamente *contra le-*

*gem* e come tale disapplicabile dal giudice ordinario».

È necessario respingere quella sorta di terrorismo sul cronico, in particolare se anziano, che oggi si fa. Sappiamo che il fine è quello di arrivare ad intraprendere ulteriori misure di riduzione delle pensioni e della sanità, comunque va sottolineato che in molti casi il timore di incrementi incontrollati della spesa pubblica è infondato. È infatti vero che in termini assoluti gli anziani sono aumentati ma, in generale e per ora, la loro condizione è migliore rispetto ai decenni precedenti. Quindi i cronici non autosufficienti sono aumentati perché è aumentato il numero assoluto di anziani, ma non tanto da giustificare il terrorismo psicologico che si fa nei loro confronti. Invece che impegnarsi e promuovere una vasta campagna di prevenzione delle malattie cronico-degenerative e della non autosufficienza si vogliono colpire redditi e servizi sanitari e sociali senza considerare che il miglioramento delle condizioni di vita è proprio dovuto ad essi.

Occorre poi come disposto al comma 1 dell'articolo 5 abolire espressamente la categoria del socio-assistenziale di rilievo sanitario, peraltro posta in essere attraverso lo strumento improprio di una legge finanziaria, che dovrebbe invece correttamente contenere soltanto norme provvisorie relative alle istanze di bilancio annuale dello Stato. Non solo: occorre altresì specificare che le attività rientranti in questa ambivalente categoria, secondo l'elencazione operata dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, sono da considerare a tutti gli effetti come attività sanitarie. Pertanto bisogna chiarire quali sono le attività di assistenza sociale (articolo 4). Come si potrà notare nessuna delle attività menzionate all'articolo 4 presenta implicazioni di carattere sanitario e laddove tali implicazioni possono esservi (si pensi, ad esempio, al caso degli anziani) è specificato che esse competono al Servizio sanitario nazionale.

Per contro, l'articolo 5 regola il diritto alla salute nei confronti dei malati cronici. Così in molte circostanze si ha che un malato cronico anziano non autosufficiente non è un malato, ma solo un «disagiato», anche se è colpito da un tumore o da una malattia cardiovascolare grave. Il passaggio dalla sanità all'assistenza per i malati cronici avviene in molte regioni con disinvoltura, quasi fosse una cosa naturale, anzi auspicabile, in nome dell'integrazione socio-sanitaria. Così sono state create strutture per malati gravi con scarso personale e con basso livello di qualificazione e per di più a pagamento, con rette da hotel a cinque stelle a carico delle persone malate, dei loro parenti o dei loro comuni.

La proposta si traduce nella individuazione di un complesso di strutture e servizi raggruppate in un unico dipartimento. Esiste infatti il dipartimento di salute mentale, come esiste quello materno-infantile e dell'età evolutiva, quello della previdenza a tutela della salute dei lavoratori e per l'igiene ambientale, dunque è logico istituire un dipartimento che risponda alle esigenze di una fascia di persone le cui patologie abbiamo definito ad alto rischio invalidante.

Il centro del dipartimento è il servizio di cure domiciliari che nasce dalla fusione di quei servizi di specializzazione domiciliare (SD) e di assistenza domiciliare integrata (ADI). Una esigenza espressa in alcuni importanti convegni scientifici (cfr. Convegno europeo sulle cure domiciliari, Milano, 23-25 ottobre 1996) e portata avanti da un gruppo di associazioni dei diritti e contro l'emarginazione sociale dei più svantaggiati. Infatti, anche all'interno della stessa regione abbiamo le situazioni più varie. In genere le pochissime esperienze di SD sono sempre sperimentali, non decollano mai in modo generalizzato nonostante siano ben consolidate; secondariamente abbiamo un'ADI che funziona solo per una parte della popolazione ed in genere in maniera incompleta, che non copre cioè tutti i giorni dell'anno. Se

si vogliono attuare delle dimissioni precoci, in ragione prima di tutto delle necessità del paziente che nella gran parte dei casi sta meglio a casa sua, e solo secondariamente per ragioni di risparmio, è necessario fornire un servizio che sia in grado di intervenire come l'ospedale migliore, che possa cioè dare risposte complesse a problemi complessi e che quindi funzioni sempre, non lasci spazi vuoti.

Il servizio di cure domiciliari deve essere, almeno di norma, legato ad una situazione ospedaliera. Sia per le possibilità che offre l'ospedale di letti disponibili, che possono rendersi necessari anche per persone che vengono trattate al proprio domicilio, sia perché dà luogo al possibile utilizzo di diverse specializzazioni che in molti casi, domiciliari e no, si richiedono.

Non si considera comunque impossibile l'istituzione del servizio di cure domiciliari a partire dal territorio, definendo comunque un ospedale di riferimento.

Un servizio che deve essere ben organizzato: la persona deve essere presa in carico con continuità all'uscita dall'ospedale o se invece si tratta di altra domanda che viene dal medico di medicina generale che vi sia l'opportuna valutazione sul piano diagnostico-terapeutico e riabilitativo da parte dell'apposita *équipe* di valutazione come nel disegno di legge viene previsto.

Un altro nodo affrontato dall'articolo 5 è quello delle cosiddette residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Oggi si dà nome di RSA a qualsiasi struttura. Ogni casa di riposo viene chiamata RSA, addirittura si scrive il nome RSA su alcuni muri di ex ospedali psichiatrici, fingendo in questo modo di averli chiusi, oppure si inventano RSA per handicappati gravi. Non deve essere così. Le RSA sono strutture del Servizio sanitario nazionale che devono essere gestite in modo diretto o indiretto dalle aziende sanitarie locali. Sono strutture a uso esclusivo delle persone anziane croniche non autosufficienti, collegate

con l'ospedale generale, fornite di personale sanitario e assistenziale che è assunto con il contratto della sanità e che risponde a precisi *standard*.

È importante sottolineare che le RSA hanno un senso se non vanno oltre un certo numero di persone. La norma attuale prevede come eccezione, per le aree metropolitane un numero massimo di 120 posti letto, cosa che deve essere superata, perché si tratta di una concentrazione di persone troppo elevata, che inevitabilmente diventa ghetto. La RSA è una piccola struttura, legata al territorio per non rompere il legame parentale e solidale fra persona ricoverata, familiari e amici, e soprattutto con una valenza di non definitività.

Questa proposta cerca di risolvere anche il problema economico. Propone infatti di far intervenire, dopo il sessantunesimo giorno di ricovero, il degente pensionato con una parte cospicua della sua pensione, sempre che con quella non debba mantenere altri familiari e a condizione che nessun altro parente, anche se tenuto agli alimenti, intervenga in sua vece. Infatti, tale pratica distorta, un vero e proprio ladrocinio salariale, benchè contro la legge, è molto diffusa. Va comunque chiarito che il pensionato malato cronico non autosufficiente, accolto in una RSA, interviene con una parte del suo reddito in senso solidale, per sostenere più che se stesso, visto che nella gran parte dei casi ha già versato con i contributi sanitari ben più del costo necessario alle sue cure, il Servizio sanitario nazionale.

È importante ancora sottolineare la necessità di partecipazione alla vita del dipartimento. Occorre dare la possibilità agli utenti e agli operatori di verificare il funzionamento dei servizi e di intervenire in modo critico e propositivo ogni volta che si rende necessario. Senza dubbio una delle difficoltà della realizzazione della legge di riforma sanitaria del 1978 è stata proprio questa: non avere favorito, addirittura a volte avere impedito, la partecipazione dei cittadini e degli

operatori. Occorre non ricadere nei vecchi errori, quindi occorre riproporre ad ogni occasione strumenti e strutture di partecipazione, perché i vecchi e i nuovi servizi effettivamente svolgano i loro compiti. E ciò sarà possibile se chi ne usufruisce li sente come suoi.

Dunque il problema vero è quello della organizzazione della prevenzione, intervenendo in particolare per diminuire le malattie cronico-degenerative e la non autosufficienza che ne consegue, al fine di migliorare ulteriormente la qualità della vita, e pur in seconda battuta, ma realmente, di ridurre la spesa sanitaria e sociale.

#### DIRITTI DEI DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

L'articolo 3 del disegno di legge vuole stabilire due cose fondamentali:

a) una serie dei diritti connessi e strumentali a dare contenuto effettivo al diritto all'assistenza sociale (diritti all'informazione, alla partecipazione, all'accesso, eccetera) rafforzati altresì dal richiamo esplicito della legge 7 agosto 1990, n. 241, sulla trasparenza amministrativa;

b) la previsione di una giurisdizione esclusiva del giudice ordinario, rispetto alle controversie tra destinatario delle prestazioni ed ente pubblico inerenti all'assistenza sociale, allo scopo di evitare agli interessati le procedure lunghe e costose delle cause davanti ai giudici amministrativi e di ribadire ancora una volta che la materia in questione attiene al rango del diritto soggettivo perfetto, ossia di una posizione giuridica meritevole, a differenza dell'interesse legittimo, di una tutela giurisdizionale piena e diretta.

#### PROFILI ECONOMICI

Chiarito, dunque, che la spesa sanitaria non va confusa con quella relativa all'assistenza sociale, l'articolo 6 istituisce un appo-

sito Fondo nazionale per l'assistenza sociale, precisandone altresì la consistenza economica: visto che l'Italia vuole entrare in Europa, è giusto che ci entri rispettando anche i parametri relativi al benessere sociale delle persone più disagiate; sicché l'entità del Fondo in parola non può essere inferiore a quanto mediamente i Paesi dell'Unione europea destinano alla spesa pubblica assistenziale.

Inoltre, allo scopo di evitare l'imposizione di rette agli utenti, ossia veri e propri corrispettivi ai costi effettivi delle prestazioni di assistenza sociale, nonché le manovre speculative precedentemente denunciate, viene stabilito che il Fondo nazionale per l'assistenza sociale deve coprire in via primaria i costi sostenuti dal settore pubblico dell'assistenza sociale.

Pertanto, al destinatario delle prestazioni:

a) può essere chiesto solo e soltanto un contributo alle spese rapportato comunque al reddito e ai beni posseduti;

b) nei casi estremi, destinatario delle prestazioni unico percettore di reddito all'interno del nucleo familiare, ovvero indigente, l'entità del contributo deve essere ridotta e, nelle ipotesi più gravi, eliminata;

c) sono espressamente esclusi da qualsiasi azione di rivalsa i parenti tenuti agli alimenti degli assistiti maggiorenni, onde garantire contro gli abusi reiterati degli amministratori pubblici la corretta applicazione degli articoli 433 e 438 del codice civile, in forza dei quali soltanto la persona in stato di bisogno può agire nei confronti dei propri parenti e non l'ente assistenziale, e soltanto l'autorità giudiziaria può stabilire, nella propria posizione di terzietà, l'entità delle prestazioni alimentari tenuto conto delle condizioni di bisogno dell'alimentando e delle disponibilità economiche dei parenti.

Per quanto riguarda le persone che si trovano al di sotto della soglia di povertà, cioè in condizioni materiali che non consentono la possibilità di vivere un'esistenza li-

bera e dignitosa, è prevista l'erogazione, a titolo di assistenza sociale, di un contributo economico di solidarietà tale da consentire anche il superamento di contingenti situazioni di difficoltà finanziaria o di emarginazione. Onde evitare equivoci, e al fine di caratterizzare bene la nostra proposta in un momento storico e politico delicato in cui molto si discute intorno ai destini dello Stato sociale, si puntualizza nell'articolo 9 che detto contributo di solidarietà non può essere utilizzato come un grimaldello per scardinare l'attuale sistema degli ammortizzatori sociali e delle provvidenze economiche già previste dalle leggi vigenti a tutela del singolo e del nucleo familiare.

#### CRITERI ORGANIZZATIVI E FINALITÀ DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'idea di fondo, sottesa al disegno di legge, è quella di evitare qualsiasi forma di emarginazione ed istituzionalizzazione dei soggetti in condizioni di bisogno. Per questo vanno aboliti gli istituti di ricovero permanente e definitivo ad alta concentrazione di malati cronici nonché lo strumento repressivo del ricovero coatto, di cui all'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, a danno delle persone inabili al lavoro e sprovviste dei mezzi necessari per vivere.

Altra finalità importante da perseguire è quella di inquadrare non soltanto in termini individuali, ma anche collettivi, il problema del disagio e dell'emarginazione. Per questo lo scopo istituzionale del settore dell'assistenza sociale deve essere quello di prevenire e rimuovere le cause profonde e radicate di tale disagio, e di porre in essere azioni amministrative che possano avere anche una valenza generale, in termini di informazione, consulenza, promozione del benessere collettivo, coordinamento dei vari settori (sanità, lavoro, scuola, eccetera) per realizzare un in-



tervento di sostegno non riduzionista, ma capace di considerare in termini unitari e globali il soggetto bisognoso. Anche in relazione alle problematiche organizzative dell'assistenza sociale, è bene evitare qualsiasi forma di equivoco e caratterizzare bene la nostra proposta in una direzione di difesa dello Stato sociale, secondo i principi costituzionali vigenti. A tal proposito il disegno di legge specifica i seguenti punti:

- a) non si possono scaricare sull'assistenza compiti che attengono alla sanità, come, ad esempio, la cura di malati cronici;
- b) non si possono scaricare sulle famiglie o sul volontariato compiti sanitari o di assistenza sociale, che spettano istituzionalmente, ed in base alla Costituzione, al sistema pubblico.

#### DESTINAZIONE DELLE ISTITUZIONI PUBBLICHE DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

Una legge quadro che ambisca a porre in essere una disciplina unitaria della materia dell'assistenza sociale, deve necessariamente prevedere l'estinzione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), in considerazione del fatto che gli statuti di questi enti sono impostati invece secondo una logica settoriale, tant'è che dispongono interventi in favore di particolari categorie e gruppi, alimentando così il disvalore del clientelismo a pregiudizio della cultura dei diritti. Questo serve peraltro ad evitare che l'ingente patrimonio di tali enti stimato nell'ordine di 30/40 mila miliardi di lire venga selvaggiamente privatizzato come purtroppo sta già accadendo.

Occorre dunque tornare al principio già sancito dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, e deluso da una non felice sentenza della Corte costituzionale, secondo cui le risorse economiche e personali delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza devono essere trasferite ai comuni mantenendo comunque la loro de-

stinazione legata all'assistenza sociale; per quanto concerne le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti nel settore sanitario il trasferimento avviene a favore delle aziende sanitarie locali.

#### LIVELLI E FUNZIONI DI GOVERNO DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Le idee guida del disegno di legge sono le seguenti:

a) allo Stato devono competere le funzioni di indirizzo e coordinamento, nonché la distribuzione delle risorse, per assicurare la sostanziale perequazione dei servizi e la omogenea tutela dei diritti su tutto il territorio nazionale. Per questo è compito del Governo fissare gli *standard* ed i requisiti che devono possedere le strutture assistenziali pubbliche e private ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento, nonché gli aspetti concernenti la qualificazione professionale del personale addetto ai servizi dell'assistenza sociale;

b) alle regioni spetta la programmazione ed il coordinamento degli interventi sul suo territorio, l'emanazione della legislazione attuativa dei principi contenuti nel disegno di legge, nonché l'adozione delle delibere relative all'autorizzazione e all'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza sociale;

c) le competenze attualmente attribuite alle province vengono trasferite, unitamente alle relative risorse, ai comuni;

d) viene prevista l'istituzione delle unità locali dei servizi di assistenza sociale, quali complessi di servizi gestiti dai comuni e dai consorzi dei comuni di piccole dimensioni, finalizzati ad assicurare, rispetto all'esercizio di questa funzione pubblica fondamentale, un decentramento amministrativo, al tempo stesso efficiente e democratico, ossia trasparente ed aperto alla partecipazione dal basso di utenti, famiglie e formazioni sociali.

In particolare, per assicurare i predetti scopi è necessario che:

*a)* tali unità abbiano una competenza territoriale limitata che deve essere infracomunale rispetto alle grandi città in modo che gli abitanti compresi in ciascun ambito territoriale di competenza non superino il numero di centomila;

*b)* abbiano un consiglio di amministrazione controllabile dal basso e dunque espressivo degli organi consiliari dei comuni, quindi rappresentativo delle minoranze locali;

*c)* abbiano un comitato di partecipazione attraverso il quale gli utenti e le loro rappresentanze sociali possano far sentire e pesare le proprie istanze ed osservazioni critiche anche nei confronti del direttore dell'unità stessa;

*d)* abbiano il potere di convenzionarsi con le strutture pubbliche e private di assistenza sociale operanti nel territorio di loro competenza e di vigilare su di esse onde verificare il rispetto dei diritti degli utenti.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### CAPO I PRINCÌPI GENERALI

#### Art. 1.

##### *(Finalità della legge)*

1. Al fine di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, come richiesto dal secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione e in attuazione dell'articolo 2 della Costituzione, che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, nonchè del primo e quarto comma dell'articolo 38 della Costituzione, la presente legge definisce e stabilisce le prestazioni ed i servizi di assistenza sociale cui hanno diritto i soggetti di cui all'articolo 2.

2. La presente legge ha natura di legge quadro organica e, al fine di superare la concezione settoriale in materia di assistenza sociale in favore di una visione globale ed unitaria, stabilisce i principi fondamentali in materia di assistenza sociale, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 117 della Costituzione.

3. I principi generali desumibili dalla presente legge costituiscono per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.

#### Art. 2.

##### *(Soggetti titolari del diritto all'assistenza sociale)*

1. Hanno diritto alle prestazioni ed ai servizi di cui alla presente legge i cittadini ita-

liani, gli stranieri e gli apolidi che si trovano in condizioni di bisogno perché inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per una esistenza libera e dignitosa.

2. In particolare, si considerano titolari del diritto all'assistenza e all'erogazione dei relativi servizi e delle relative prestazioni da parte degli enti pubblici competenti le persone che si trovano in una delle seguenti condizioni:

a) insufficienza del reddito e dei beni del singolo o del nucleo familiare con cui il soggetto convive a garantire il superamento della soglia di povertà;

b) incapacità totale o parziale dell'interessato a provvedere alle proprie esigenze per cause non determinate da malattie acute o croniche in atto;

c) sottoposizione del soggetto a provvedimenti della autorità giudiziaria che rendono necessaria l'erogazione di prestazioni di assistenza sociale;

d) rischio di emarginazione o di ricovero in istituto tale da rendere necessari interventi di sostegno sociale e psicologico preordinati a far fronte anche a temporanee difficoltà di relazione ed inserimento sociali.

### Art. 3.

#### *(Diritti dei destinatari delle prestazioni)*

1. Il diritto alle prestazioni di assistenza sociale determina altresì nei soggetti di cui all'articolo 2 i seguenti diritti:

a) essere compiutamente informati, da parte dei responsabili individuati ai sensi dell'articolo 4 della legge 7 agosto 1990, n. 241, sui propri diritti in rapporto ai servizi di assistenza sociale, sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle possibilità di scelta esistenti, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni e sulle relative procedure, nonché sulle modalità di erogazione delle prestazioni stesse;

b) ottenere che le modalità di organizzazione e di svolgimento dei servizi garantiscano in concreto lo sviluppo della personalità nel pieno rispetto della libertà e della dignità personale, nonché dell'eguaglianza sostanziale;

c) accedere e fruire di tutte le prestazioni e di tutti i servizi contemplati dalla legge;

d) esprimere il proprio consenso sulle proposte di interventi da attuarsi nei propri confronti;

e) partecipare alla definizione delle modalità di gestione dei servizi e di erogazione delle prestazioni;

f) essere garantiti nella propria riservatezza;

g) formulare osservazioni ed opposizioni ai responsabili dei servizi e dei procedimenti, i quali sono tenuti a rispondere motivatamente entro i termini di cui all'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

2. Ai fini della tutela piena e diretta del diritto all'assistenza sociale, come previsto dal primo comma dell'articolo 38 della Costituzione e specificato dalla presente legge, resta in ogni caso ferma la facoltà dell'interessato, ovvero del suo rappresentante legale, di adire l'autorità giudiziaria ordinaria che ha giurisdizione esclusiva in materia.

#### Art. 4.

##### *(Definizione delle competenze e dei compiti dell'assistenza sociale)*

1. Ai fini dell'applicazione della presente legge e del principio di cui al primo comma dell'articolo 38 della Costituzione si fa obbligo di prevenire e rimuovere le cause del disagio sociale, e di promuovere il benessere individuale e collettivo; in particolare, devono essere garantiti:

a) l'informazione ai cittadini singoli o associati sui problemi generali e specifici

dell'assistenza, dell'emarginazione e dell'esclusione sociale;

b) l'azione promozionale nei confronti degli uffici preposti al lavoro, alla sanità, all'assistenza, alla scuola, alla cultura e allo sport, al fine di evitare qualsiasi forma di discriminazione nei confronti delle persone in condizioni di bisogno;

c) le attività dirette a fornire ai singoli e ai nuclei familiari la consulenza ed il sostegno necessari per il superamento delle condizioni di disagio;

d) gli aiuti economici continuativi e straordinari per i soggetti inabili al lavoro o con età inferiore ad anni diciotto o superiore ad anni cinquantacinque per le donne e sessanta per gli uomini, le cui entrate non consentano un reddito superiore alla soglia di povertà;

e) l'avvio di attività lavorative garantite e promosse dallo Stato, che diano luogo ad una congrua retribuzione, per tutti gli altri soggetti in condizioni di bisogno che non ricadano nella fattispecie di cui alla lettera d);

f) l'assistenza domestica, la pulizia dell'alloggio, l'igiene personale, l'acquisto di derrate alimentari, gli accompagnamenti, per le persone parzialmente non autosufficienti e non in grado di ottenere tale assistenza con propri mezzi economici;

g) l'assistenza scolastica, l'igiene personale, gli accompagnamenti, per gli alunni disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti;

h) l'inserimento presso famiglie, persone e comunità alloggio dei minori, degli adulti e degli anziani incapaci di una vita autonoma, purché l'incapacità non sia derivante da motivi sanitari nel qual caso, come previsto dalla legislazione vigente, deve essere attivato il Servizio sanitario nazionale;

i) l'istituzione di centri diurni per i soggetti con età superiore ad anni quindici portatori di gravi *handicap* non inseribili nel lavoro a causa di gravi limitazioni della loro autonomia, fermo restando che rimangono a

carico del Servizio sanitario nazionale gli interventi sanitari di tipo preventivo, diagnostico e riabilitativo;

*l)* l'autorizzazione preventiva al funzionamento delle strutture pubbliche e private di assistenza sociale;

*m)* l'accreditamento delle strutture pubbliche e private sulla base della previa verifica del funzionamento dell'organizzazione e dell'efficacia delle medesime strutture;

*n)* il convenzionamento con le strutture pubbliche e private di assistenza sociale autorizzate ed accreditate;

*o)* la vigilanza sulle strutture pubbliche e private di assistenza sociale;

*p)* i rapporti con l'autorità giudiziaria in materia di interdizione, inabilitazione, tutela e curatela;

*q)* le prestazioni di protezione sociale nei confronti dei minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili;

*r)* le prestazioni di protezione sociale nei confronti delle persone dedite alla prostituzione, dei nomadi e delle persone senza fissa dimora;

*s)* l'assistenza sociale alle gestanti e madri nubili e coniugate in difficoltà, compresa l'assistenza economica per le donne il cui reddito non consenta loro di superare la soglia della povertà, nonché le attività dirette a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere il proprio nato;

*t)* l'assistenza sociale alle donne che hanno subito violenze, da attuare anche attraverso l'istituzione di soccorsi telefonici, assistenza legale, psicologica ed economica, istituzione di case di accoglienza, e inserimento presso famiglie, persone e comunità alloggio.

## Art. 5.

*(Prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza sociale delle persone non autosufficienti)*

1. L'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, è abrogato. Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* n. 191 del 14 agosto 1985, sono da considerare a tutti gli effetti come attività sanitarie, come tali rientranti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed inderogabilmente imputabili sul piano della spesa al Fondo sanitario nazionale.

2. Il presente articolo disciplina l'istituzione dei servizi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza sociale delle persone con patologie ad alto rischio invalidante, indipendentemente dall'età, dalla tipologia e dalla durata della malattia.

3. A tale scopo le regioni, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, riordinano tutta la materia ed istituiscono il dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante.

4. Le regioni inadempienti non potranno usufruire dei finanziamenti previsti, compresi quelli di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni.

5. Ferme restando tutte le prerogative degli ospedali, le regioni istituiscono un dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante in ciascuna azienda sanitaria locale (ASL), quale complesso delle strutture e dei servizi a favore delle persone malate non autosufficienti, ed organizzano in concorso con i servizi di assistenza sociale di competenza dei comuni attività di prevenzione della non autosufficienza.

6. I servizi e le strutture del dipartimento possono essere decentrate a livello distret-



tuale in considerazione della dimensione delle ASL, nonché delle caratteristiche della popolazione residente.

7. Il direttore generale dell'ASL, sentita la conferenza dei sindaci, nomina il responsabile del dipartimento.

8. Il dipartimento è costituito dalle seguenti strutture e servizi:

- a) servizio di valutazione diagnostico-terapeutico-riabilitativo;
- b) servizio di cure domiciliari;
- c) residenze sanitarie assistenziali per anziani;
- d) centri diurni;
- e) *day hospital*;
- f) comunità terapeutiche.

9. È istituito in ogni ASL il servizio di valutazione diagnostico-terapeutico-riabilitativo, costituito da una *équipe* medico-infermieristica e psico-sociale per la valutazione della condizione di malattia e di salute residua delle persone colpite da non autosufficienza e al tempo stesso per l'indicazione alla persona o struttura curante del percorso diagnostico-riabilitativo più adeguato conformemente ai protocolli esistenti. Responsabile del servizio è lo specialista competente per la patologia del malato. Dell'*équipe* fa parte il medico di base relativamente ai suoi assistiti.

10. All'interno del servizio di cui al comma 9, in considerazione delle particolarità delle patologie dell'anziano e del numero consistente di anziani cronici non autosufficienti, è istituita l'unità di valutazione geriatrica (UVG), di cui al comma 11.

11. In ogni ASL è istituita un'UGV. Se l'ASL ha un numero di abitanti superiore a 100.000, l'UVG è istituita in ogni distretto socio-sanitario di base.

12. L'UVG ha il compito di verificare le domande di assistenza sanitaria di ogni anziano che, tramite i differenti canali, ne faccia richiesta. L'UVG impiegando il metodo della valutazione funzionale multidimensionale è in grado di indicare ai curanti la rispo-

sta terapeutico-riabilitativa personalizzata per il singolo anziano, tenuto conto sia dei fattori medico-clinici che di quelli socio-ambientali.

13. L'UVG è formata dalle seguenti figure professionali: geriatra, medico di medicina generale, infermiere professionale, assistente sociale. Sono pure chiamati a far parte dell'UVG, stabilmente o in regime di consulenza, quelle figure professionali specialistiche di cui si ravvisi la necessità; in rapporto ad altre necessità possono essere chiamati a farne parte il terapeuta occupazionale, il fisioterapeuta, l'audiologo, il logopedista, il podologo, il dietista e ogni altra figura professionale di cui si ravvisi l'esigenza.

14. L'UVG può corrispondere con l'*équipe* curante.

15. In ogni ASL è istituito un servizio di cure domiciliari, quale sintesi fra i servizi di spedalizzazione domiciliare (SD) e di assistenza domiciliare integrata (ADI).

16. Il servizio di cure domiciliari ha sede di norma presso una struttura ospedaliera o in altra struttura dell'ASL comunque collegata con un ospedale e si prefigge l'intervento al domicilio del paziente al seguito della richiesta del medico di medicina generale o della divisione ospedaliera presso cui il paziente è stato ricoverato per patologie ad alto rischio invalidante.

17. Scopo del servizio di cui al comma 15 è inoltre quello di seguire il paziente con la sua intesa, con quella della sua famiglia, e in collaborazione con il suo medico di medicina generale, al proprio domicilio per non prolungare inutilmente il ricovero in ospedale, ottimizzando gli interventi riabilitativi e rendendo compatibili terapie complesse con il mantenimento o il reinserimento precoce in ambiente familiare.

18. Le ASL individuano con proprio atto deliberativo, le divisioni ospedaliere o le *équipe* territoriali che per effetto della specializzazione raggiunta e delle conoscenze ed esperienze acquisite sono in grado di costituire il servizio di cure domiciliari e di perseguirne gli scopi.

19. La regione verifica l'istituzione del servizio di cure domiciliari nei termini temporali fissati per la costituzione del dipartimento.

20. Le regioni, conformemente al numero e alla tipologia degli abitanti, programmano l'istituzione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA), quali presidi sanitari che assicurano prestazioni globali curative e riabilitative ad anziani cronici non autosufficienti attuando la massima integrazione con le risorse familiari e sociali sul territorio. Le RSA possono essere di nuova costruzione, derivare dalla trasformazione di ospedali dismessi o di case di riposo e strutture protette per anziani. Esse devono fare riferimento a precisi ambiti territoriali: i quartieri, le circoscrizioni, i piccoli comuni.

21. Le RSA devono rispettare alcuni *standard* strutturali minimi:

a) ricettività non superiore a sessanta anziani anche per le aree metropolitane con articolazioni per gruppi di venti;

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

c) servizi comuni quali cucina con annessa mensa, soggiorno di metri quadrati 32 per ogni dieci anziani, palestra per le attività motorie e di riabilitazione, locali di socializzazione e di incontro con familiari, amici e volontari;

d) giardino attrezzato di metri quadrati 100 ogni dieci anziani.

22. L'organico delle RSA è quello previsto dal decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 255 del 24 settembre 1988.

23. È fatto divieto di istituire primariati nelle RSA.

24. L'ASL garantisce il collegamento funzionale tra ospedale e RSA, anche al fine di favorire l'interscambio di personale fra servizi ospedalieri e extraospedalieri.

25. Il ricovero degli anziani in RSA in nessun caso deve essere considerato definitivo. Esso va invece utilizzato con flessibilità anche per periodi relativamente circoscritti e ripetibili nel tempo, secondo le reali esigenze dell'anziano e del suo contesto familiare.

26. È fatto divieto di adibire le RSA a ricovero per malati psichiatrici e psichici e per malati di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

27. La partecipazione alla spesa che può essere richiesta al ricoverato da parte dell'ASL che ha disposto il ricovero, non prima del sessantunesimo giorno di degenza presso le RSA, non può superare il 60 per cento del suo reddito pensionistico annuale. Il versamento deve essere effettuato con frequenza bimestrale.

28. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano emanano leggi per:

a) l'attuazione del comma 27 tenendo conto che al ricoverato deve essere garantita la disponibilità dell'intero reddito pensionistico o di una parte di esso al fine di poter provvedere alle proprie esigenze non soddisfatte dall'istituzione in cui è ricoverato (oneri verso terzi, vestiario, piccole spese personali, eccetera), alle necessità dei congiunti conviventi o comunque a proprio carico;

b) garantire ai ricoverati nelle RSA tutte le occorrenti prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e alberghiere, comprese quelle inerenti l'indennità di accompagnamento.

29. Alla scadenza del termine di cui al comma 27 l'intero importo dell'indennità di accompagnamento degli utenti delle RSA è destinato dall'ASL che ne ha disposto il ricovero.

30. I *day-hospital*, aggregati ai reparti ospedalieri o ai distretti sanitari, sono servizi sanitari che erogano interventi di carattere diagnostico, curativo e riabilitativo di tipo

specialistico. Le ASL sono tenute ad elaborare, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un programma di attivazione di tali servizi dando priorità a quelli aggregati ai reparti di geriatria, pneumologia, cardiologia, oncologia, medicina e ortopedia.

31. Le comunità terapeutiche sono piccole strutture residenziali del Servizio sanitario nazionale, gestite dalle ASL con un massimo di dieci persone. In esse devono trovare accoglienza persone malate croniche gravi, come i malati terminali o i malati di AIDS, che hanno bisogno di particolari cure e non possono essere curate a domicilio.

32. Le regioni in base alla situazione epidemiologica territoriale programmano il numero delle comunità terapeutiche residenziali, la loro tipologia, lo *standard* di personale relativamente al tipo di persone che devono essere accolte.

33. Sono istituiti nei distretti socio-sanitari di base i centri diurni.

34. I centri diurni sono strutture sanitarie che intervengono nei confronti delle persone malate croniche non autosufficienti, attuando programmi di cura, di riabilitazione e di socializzazione lungo l'arco di 8-12 ore al giorno per sei giorni la settimana.

35. Le regioni sulla base della situazione epidemiologica territoriale dettano norme per la realizzazione di almeno un centro diurno per distretto e stabiliscono gli *standard* di personale.

36. In ogni ASL è istituito un centro diurno per persone affette da demenza senile.

37. Il dipartimento delle cure domiciliari e territoriali, di concerto con i servizi di assistenza sociale dei comuni facenti parte del territorio della ASL, programma iniziative di prevenzione della non autosufficienza con particolare riferimento ai soggetti più a rischio. Il programma deve consistere nella individuazione delle persone a rischio, in iniziative finalizzate alla informazione e educazione sanitaria, con particolare riferimento ad una corretta alimentazione ed utilizzo dei

farmaci. Il programma comprende *screening* di medicina preventiva e tutte le iniziative più opportune allo scopo, comprese quelle di carattere sportivo e culturale.

38. In ogni dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante è istituito un comitato di partecipazione degli utenti e degli operatori. Il comitato è formato per due terzi dai rappresentanti degli utenti, scelti nell'ambito di associazioni dei familiari, associazioni dei diritti, sindacati e altre formazioni sociali sul territorio, e per un terzo dagli operatori del dipartimento.

39. Il comitato di partecipazione verifica il funzionamento dei servizi del dipartimento, presenta istanze di critica e di proposta al responsabile del dipartimento e se del caso al direttore generale dell'ASL.

40. La regione stabilisce le linee fondamentali per la regolamentazione del comitato di partecipazione specificando che il presidente è eletto, all'interno del medesimo comitato, fra i rappresentanti degli utenti. Il comitato di partecipazione deve essere costituito contestualmente al dipartimento delle patologie ad alto rischio invalidante.

41. Conformemente alla normativa in vigore gli ospedali sono luoghi di cura e di riabilitazione nei quali devono trovare accoglienza malati acuti, cronici, lungodegenti e convalescenti; pertanto è vietata la dimissione forzata di persone malate croniche non autosufficienti dagli ospedali al di fuori di reali alternative concordate con gli interessati e al di fuori delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

## Art. 6.

*(Istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza sociale. Profili economici)*

1. È istituito il Fondo nazionale per l'assistenza sociale con il compito di finanziare i servizi e le prestazioni di cui all'articolo 4.

2. In attuazione degli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione, con particolare riguardo alla finalità di assicurare l'effettività dell'esercizio del diritto di assistenza sociale, quale posizione giuridica soggettiva che può essere pregiudicata in concreto a causa delle condizioni economiche degli utenti, il Fondo nazionale per l'assistenza sociale di cui al comma 1 è destinato a coprire in via primaria i costi sostenuti dagli enti pubblici per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza sociale.

3. La dotazione del Fondo nazionale per l'assistenza sociale non deve essere comunque inferiore alla media della spesa pubblica relativa all'assistenza sociale dei Paesi dell'Unione europea.

4. In relazione alle attività di assistenza sociale, per i destinatari delle prestazioni è previsto un contributo alle spese in rapporto al reddito disponibile e ai beni posseduti.

5. L'erogazione del servizio è gratuita allorché l'utente non disponga di un reddito e di beni personali sufficienti a garantirgli un'esistenza libera e dignitosa.

6. Sono altresì erogati in esenzione totale dalla partecipazione alla spesa tutte le prestazioni e i servizi finalizzati all'inserimento sociale delle persone con *handicap*, in conformità a quanto a tal fine disposto dall'articolo 3, ultimo comma, del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 786, convertito, con modificazioni, della legge 26 febbraio 1982, n. 51.

7. L'entità del contributo deve essere ridotta e nei casi estremi eliminata qualora l'utente sia l'unico percettore di reddito all'interno del nucleo familiare di convivenza e pertanto il pagamento totale del contributo comprometta per sé e per gli altri familiari la possibilità di una esistenza libera e dignitosa.

8. Nessun contributo economico può essere richiesto dagli enti pubblici alle persone tenute agli alimenti nei confronti dei soggetti assistiti maggiorenni.

## Art. 7.

*(Criteri di organizzazione e di attività)*

1. L'organizzazione e l'attività del sistema dei servizi di assistenza sociale devono muovere da una approfondita analisi qualitativa e quantitativa dei bisogni e rispettare i seguenti criteri:

a) uguaglianza dei livelli delle prestazioni e dei servizi su tutto il territorio nazionale;

b) unitarietà dei servizi in relazione alla concezione unitaria delle persone e dei nuclei familiari in condizioni di bisogno, in modo che sia garantita l'integrazione con il Servizio sanitario nazionale ed il coordinamento con tutti i servizi sociali con particolare riguardo ai settori previdenziale, giudiziario, penitenziario, scolastico, culturale, della formazione professionale, edilizio, di assetto del territorio e di sviluppo economico;

c) partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali del territorio e di sviluppo economico;

d) partecipazione di tutti gli operatori delle strutture pubbliche o convenzionate, secondo le rispettive professionalità, alla definizione degli obiettivi e dei programmi di intervento, anche attraverso verifiche periodiche dei metodi e dei risultati e attraverso la diffusione delle conoscenze e delle esperienze;

e) utilizzo coordinato e programmato del personale operante nell'insieme delle strutture pubbliche o convenzionate in ciascun ambito territoriale, secondo le rispettive professionalità, e continuità nei processi di formazione e aggiornamento di tutti gli operatori;

f) impiego coordinato e programmato di tutte le risorse finanziarie globalmente disponibili per il complesso dei servizi e loro utilizzazione secondo criteri di massimizzazione tra benefici sociali e relativi costi, an-



che mediante l'impiego di apposite forme di controllo e di gestione per evitare abusi a danno degli utenti.

#### Art. 8.

*(Prevenzione dell'emarginazione  
e della dipendenza assistenziale)*

1. Allo scopo di prevenire l'emarginazione, il ricovero in istituto e la dipendenza assistenziale, le istituzioni dello Stato, delle regioni e degli enti locali e degli organismi pubblici devono assicurare, nell'ambito delle proprie competenze:

*a)* le prestazioni sanitarie preventive, riabilitative e di cura, in particolare garantendo che persone malate croniche non autosufficienti possano usufruire dei servizi sanitari;

*b)* i servizi prescolastici e scolastici dalla scuola materna e dell'obbligo a quella superiore e universitaria, e le iniziative di formazione professionale e prelaborativa;

*c)* le strutture abitative con particolare riguardo a quelle dell'edilizia sovvenzionata con fondi pubblici;

*d)* le opportunità lavorative presso imprese pubbliche e private, assicurando, inoltre, piena attuazione alle norme relative al collocamento obbligatorio;

*e)* i servizi culturali, ricreativi, sportivi e sociali in genere.

#### Art. 9.

*(Rimozione del bisogno economico)*

1. Ai sensi della presente legge è corrisposto un contributo economico allo scopo di:

*a)* garantire il superamento della soglia di povertà alle persone ed ai nuclei familiari

impossibilitati per qualsiasi motivo a procurarsi con il lavoro e con i redditi e i beni di cui dispongono il necessario economico per vivere;

b) superare contingenti difficoltà di ordine finanziario, che possono determinare situazioni di emarginazione sociale o il ricovero in istituto.

2. Le prestazioni economiche con finalità terapeutiche restano di competenza del comparto sanitario.

3. Sono fatte salve le competenze dello Stato in materia di sussidi e di iniziative concernenti la disoccupazione, nonché le altre provvidenze in favore del singolo o del nucleo familiare, già previste dalle leggi vigenti.

#### Art. 10.

##### *(Superamento delle situazioni di emarginazione)*

1. Allo scopo di superare le situazioni di emarginazione personale, familiare e sociale dei soggetti di cui all'articolo 2 e dei loro nuclei familiari, è abrogato l'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773.

2. Allo scopo di evitare il ricovero coatto in istituto, anche a fronte di situazioni indifferibili, sono attuati:

a) i servizi di assistenza domiciliare e di aiuto personale e familiare;

b) l'accoglienza in comunità alloggio con una disponibilità massima di otto utenti non accorpate tra loro ed inserite in normale contesto abitativo, destinate a coloro che non possono vivere autonomamente o essere accolti dai propri congiunti o da terzi;

c) i centri diurni di cui alla lettera i) del comma 1 dell'articolo 4;

d) gli interventi di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni;

e) l'accoglienza di adulti e anziani in difficoltà da parte di terze persone;

f) i centri di accoglienza per extracomunitari e per persone senza fissa dimora;

g) i centri di accoglienza per donne maltrattate e che hanno subito violenza.

3. È vietata l'apertura di istituti per anziani malati cronici che superino il numero massimo di sessanta ricoverati. Gli istituti già esistenti e privi delle caratteristiche di cui alla lettera b) del comma 2 cessano ogni attività decorsi cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

#### Art. 11.

##### *(Destinazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)*

1. È abrogata la legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, nonché i relativi decreti d'attuazione.

2. Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sia quelle in corso di privatizzazione sia quelle non ancora privatizzate, sono soppresse; il personale è trasferito alle unità locali dei servizi di assistenza sociale, di cui all'articolo 12, ed il patrimonio e i relativi redditi sono trasferiti al comune nel cui territorio l'istituzione ha la propria sede legale, fermo restando che detto patrimonio e i relativi redditi conservano la loro destinazione finalizzata a finanziare l'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza sociale.

3. Il personale e il patrimonio, con i relativi redditi, delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che svolgono attività sanitarie vengono trasferiti alle ASL.

4. Per quanto riguarda le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che, a seguito della privatizzazione, hanno acquisito la personalità giuridica privata, le regioni,

entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono a:

a) verificare che sia stata effettuata la registrazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza privatizzate nel pubblico registro di cui all'articolo 33 del codice civile;

b) censire i loro fondi mobiliari e immobiliari;

c) controllare che i beni alienati dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza privatizzate siano destinati, nel pieno rispetto della volontà dei fondatori e secondo quanto previsto dai rispettivi statuti, ad attività di assistenza sociale.

5. Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza non possono acquistare e alienare beni mobili e immobili, né accettare donazioni o eredità, né conseguire legati senza autorizzazione governativa o regionale. Senza questa autorizzazione, l'acquisto, l'alienazione e l'accettazione non hanno effetto.

6. È istituita una Commissione parlamentare d'inchiesta sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, con lo scopo di individuare il numero di questi enti, la natura dell'attività svolta, i rapporti giuridici con le regioni, le province e i comuni, le caratteristiche e i bisogni dell'utenza assistita, la quantificazione e qualificazione del personale addetto, la consistenza dei loro patrimoni mobiliari e immobiliari e la congruità dei relativi redditi.

7. La Commissione di cui al comma 6 è composta da dieci senatori e da dieci deputati nominati, rispettivamente, dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari, comunque assicurando la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo.

8. La Commissione presenta una relazione entro un anno dalla sua istituzione.

CAPO II  
LIVELLI E FUNZIONI DI GOVERNO

Art. 12.

*(Unità locali per i servizi  
di assistenza sociale)*

1. Al fine di garantire una gestione dei servizi democratica e rispondente alle esigenze delle persone, delle famiglie e delle comunità, nonché l'effettiva partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali, sono istituite le unità locali per i servizi di assistenza sociale, quali complessi di servizi gestiti dai comuni e dai consorzi di comuni. L'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è abrogato.

2. Le regioni provvedono a definire gli ambiti territoriali delle unità locali per i servizi di assistenza sociale nel rispetto dei seguenti criteri:

a) l'ambito territoriale di ogni unità locale per i servizi di assistenza sociale deve tendere a corrispondere all'ambito territoriale di ogni ASL di riferimento, nonché delle caratteristiche e dei bisogni della popolazione residente;

b) qualora l'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale comprenda un numero superiore a centomila abitanti, l'unità locale per i servizi di assistenza sociale deve essere istituita in ogni distretto socio-sanitario di base, salvo che nelle città con un numero di abitanti superiore ai centomila, dove l'unità locale dei servizi per l'assistenza sociale deve coincidere con il territorio comunale;

c) per i comuni di piccole dimensioni si fa obbligo di istituire il consorzio tra i medesimi, secondo quanto previsto dall'articolo 25, comma 7, della legge 8 giugno 1990, n. 142, allo scopo di attuare la gestione a livello sovracomunale.

## Art. 13.

*(Competenze dello Stato)*

1. Nel rispetto degli articoli 3 e 5 della Costituzione, e secondo quanto previsto dall'articolo 24 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, compete allo Stato la funzione di indirizzo e coordinamento, in materia di servizi sociali, delle attività della regione che attengono ad esigenze di carattere unitario, allo scopo di garantire omogeneità e perequazione su tutto il territorio nazionale nell'erogazione dei servizi stessi.

2. Il Governo, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce gli *standard* ed i requisiti che devono possedere le strutture pubbliche e private di assistenza sociale per essere preventivamente autorizzate al funzionamento, nonché i requisiti organizzativi, funzionali e professionali per l'accredimento delle medesime strutture.

3. Spetta inoltre allo Stato:

a) regolare le questioni di ordine internazionale ed i rapporti con organismi stranieri ed internazionali operanti nel settore dell'assistenza sociale;

b) provvedere agli oneri per l'assistenza sociale degli stranieri in relazione alle convenzioni internazionali ed in conformità con quanto disposto dall'articolo 2;

c) predisporre in base alle leggi vigenti idonei interventi in caso di calamità o per altre esigenze di carattere eccezionale e straordinario.

## Art. 14.

*(Delega al Governo in materia di profili professionali e di formazione del personale)*

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge e nell'osservanza dei principi

in essa contenuti, uno o più decreti legislativi per definire:

a) la regolamentazione delle professioni concernenti i servizi di assistenza sociale;

b) le disposizioni generali per l'ordinamento e la durata delle scuole di formazione, nonché i requisiti per accedere ai relativi corsi, al fine di garantire al personale dei servizi di assistenza sociale una adeguata preparazione professionale di base;

c) la determinazione delle norme per la convalida dei titoli professionali conseguiti prima della data di entrata in vigore dei decreti di cui al presente articolo;

d) la riqualificazione e l'aggiornamento professionale obbligatori per il personale dei servizi di assistenza sociale;

e) i requisiti dei direttori delle unità locali per i servizi di assistenza sociale.

#### Art. 15.

##### *(Competenze delle regioni)*

1. La potestà legislativa e la funzione amministrativa riguardante il sistema dei servizi di assistenza sociale, che a norma degli articoli 117 e 118 della Costituzione competono alle regioni, sono esercitate nell'ambito dei principi contenuti nella presente legge.

2. Le regioni, per attuare le finalità di cui alla presente legge, adottano il metodo della programmazione degli interventi di assistenza sociale in conformità alle norme degli statuti regionali da coordinare con gli obiettivi generali dello sviluppo regionale.

3. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni nonché le province autonome di Trento e di Bolzano emanano proprie leggi allo scopo di attuare i principi della presente legge, nonché di fissare:

a) le norme generali per l'istituzione, l'organizzazione e la gestione delle unità locali per i servizi per l'assistenza sociale, di cui all'articolo 11;

b) i livelli qualitativi e le forme delle prestazioni, privilegiando gli interventi diretti alla prevenzione.

4. La regione provvede alla autorizzazione e all'accreditamento delle strutture pubbliche e private di assistenza sociale previa verifica della loro compatibilità con i requisiti definiti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 13, comma 2.

5. La regione provvede altresì alla qualificazione e riqualificazione del personale e assicura la necessaria assistenza tecnica per i servizi sociali.

#### Art. 16.

##### *(Trasferimento di competenze dalle province ai comuni)*

1. Sono trasferite ai comuni le competenze attualmente attribuite alle province concernenti l'assistenza sociale relativamente:

a) alle madri nubili e coniugate, comprese le attività dirette a garantire il segreto del parto delle donne che non intendono riconoscere i propri nati;

b) ai figli di ignoti e ai bambini esposti;

c) ai nati fuori dal matrimonio a condizione che al momento della prima richiesta di assistenza non abbiano compiuto sei anni;

d) ai ciechi e ai sordomuti poveri rieducabili;

e) ai minori già di competenza della discolta Opera nazionale maternità ed infanzia (ONMI).

2. Sono assegnati ai comuni il personale, le strutture, le attrezzature ed i finanziamenti destinati alle attività assistenziali di cui al presente articolo.



## Art. 17.

*(Competenze delle unità locali  
per i servizi di assistenza sociale)*

1. Le unità locali per i servizi di assistenza sociale:

*a)* assicurano l'esercizio degli interventi di assistenza sociale secondo le finalità generali della presente legge e secondo la normativa regionale, attraverso la gestione diretta del complesso dei servizi di assistenza sociale localizzati nel territorio di loro competenza;

*b)* assicurano il fondamentale diritto dei cittadini di partecipare ai livelli e momenti della programmazione della gestione e del controllo dei servizi sociali;

*c)* concorrono alla formazione degli obiettivi del programma regionale di sviluppo di cui all'articolo 15;

*d)* stipulano apposite convenzioni con le strutture pubbliche e private autorizzate ed accreditate, operanti nel loro territorio, erogatrici di prestazioni e servizi di assistenza sociale, ed operano su queste una vigilanza per verificare se le prestazioni ed i servizi di assistenza sociale vengono erogati secondo le prescrizioni contenute nella presente legge e nel pieno rispetto dei diritti degli utenti, potendo revocare, in caso di riscontrate violazioni, la convenzione precedentemente stipulata.

## Art. 18.

*(Organi delle unità locali  
per i servizi di assistenza sociale)*

1. Le unità locali per i servizi di assistenza sociale sono enti dotati di propria personalità giuridica, con autonomia gestionale e con statuto approvato dal consiglio comunale ovvero dai consigli dei comuni consorziati ai sensi dell'articolo 12.

2. Le unità locali per i servizi di assistenza sociale sono amministrate da un consiglio di amministrazione e da un direttore generale.

3. Il consiglio di amministrazione è nominato dal consiglio comunale ovvero dai consigli comunali consorziati. Deve essere comunque garantita all'interno del consiglio di amministrazione la presenza delle minoranze. Il consiglio di amministrazione elegge nel suo seno il presidente.

4. Il direttore generale è nominato dal consiglio di amministrazione sulla base di criteri fissati preventivamente dal consiglio stesso.

#### Art. 19.

*(Istituzione del comitato di partecipazione dell'unità locale per i servizi di assistenza sociale)*

1. Per garantire effettivamente il diritto alla partecipazione, le regioni istituiscono in ogni unità locale per i servizi di assistenza sociale il comitato di partecipazione degli utenti e operatori.

2. Il comitato è formato per due terzi dai rappresentanti delle associazioni dei familiari, delle associazioni del volontariato, delle associazioni dei diritti, delle organizzazioni sindacali e delle altre formazioni sociali operanti nel territorio e per un terzo dai rappresentanti degli operatori dell'unità locale per i servizi di assistenza sociale.

3. Il comitato elegge al proprio interno un presidente, che deve essere un rappresentante degli utenti.

4. Il comitato verifica il funzionamento dei servizi di assistenza sociale erogati sul territorio, presenta istanze di critica e proposta ai responsabili dei servizi e, se del caso, anche al direttore dell'unità locale per i servizi di assistenza sociale.

5. Il comitato è obbligatoriamente sentito dal consiglio di amministrazione e dal direttore generale ogni due mesi e comunque ogni volta che lo richiede.

## Art. 20.

*(Ruolo delle organizzazioni  
e delle associazioni di volontariato)*

1. Le organizzazioni e le associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale del volontariato che svolgano un'attività nell'ambito del settore dell'assistenza sociale estendono l'iniziativa delle strutture e dei servizi pubblici senza mai ad essi sostituirsi.

2. La programmazione regionale definisce il ruolo e gli ambiti di attività degli organismi di volontariato, articolandoli per settori. In questo ambito gli organismi di volontariato svolgono attività di allargamento dei servizi resi dall'ente pubblico ai sensi della presente legge.

3. Le unità locali per i servizi di assistenza sociale predispongono programmi di informazione alla popolazione e programmi di formazione dei volontari al fine di favorire l'attività del volontariato o renderne più efficace l'azione.

4. Per volontariato si intende, fatti salvi documentati rimborsi di spese, l'attività resa a titolo gratuito e quindi non retribuita.

## CAPO III

## NORME FINALI E TRANSITORIE

## Art. 21.

*(Norme finali e transitorie)*

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad emanare o adeguare le norme legislative per l'attuazione della stessa.

2. Entro un anno dalla data di entrata in vigore delle leggi regionali e provinciali attuative della presente legge, le regioni e le

province autonome di Trento e di Bolzano adottano i relativi regolamenti d'attuazione.

3. Nel caso siano inutilmente decorsi i termini di cui ai commi 1 e 2 si provvede entro i successivi sei mesi rispettivamente con legge statale e con regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica.

Art. 22.

*(Coordinamento con la legge  
5 febbraio 1992, n. 104)*

1. Ai fini della piena armonizzazione tra i principi di cui alla presente legge e le disposizioni vigenti in materia di assistenza sociale, con particolare riguardo alla affermazione, in attuazione dell'articolo 38 della Costituzione, di un diritto soggettivo perfetto all'assistenza sociale e di un conseguente obbligo istituzionale a carico degli enti pubblici competenti in ordine alla erogazione dei relativi servizi e prestazioni, le attività in materia di assistenza prevista dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, hanno natura vincolata e non discrezionale.

2. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 1 dell'articolo 9 è sostituito dal seguente:

«1. Il servizio di aiuto personale, che deve essere istituito dai comuni, singoli o consorziati, con le proprie ordinarie risorse di bilancio, è diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesici o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e la possibilità di integrazione dei cittadini stessi, e comprende il servizio di interpretariato per non udenti»;

b) il comma 1 dell'articolo 10 è sostituito dal seguente:

«1. I comuni anche consorziati tra loro o con le province, le loro unioni, le comunità

montane e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle competenze in materia di servizi sociali loro attribuite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, devono realizzare con le loro ordinarie risorse di bilancio, assicurando comunque il diritto all'integrazione sociale e scolastica nel rispetto delle priorità degli interventi di cui alla legge 4 maggio 1983, n. 184, comunità alloggio e centri socio-riabilitativi per persone con *handicap* in situazione di gravità»;

c) ai commi 1 e 2, alinea, dell'articolo 39, le parole: «Le regioni possono» sono sostituite dalle seguenti: «Le regioni devono».

#### Art. 23.

##### *(Copertura finanziaria)*

1. Il Fondo nazionale per l'assistenza sociale di cui al comma 1 dell'articolo 6 è finanziato a carico della fiscalità generale.





