

## DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori **RIPAMONTI, MANCONI, PIERONI,  
BOCO, BORTOLOTTO, CARELLA, CORTIANA, DE LUCA  
Athos, LUBRANO di RICCO, PETTINATO, SARTO  
e SEMENZATO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 LUGLIO 1998

---

Riordino degli interventi sanitari  
a favore degli anziani non autosufficienti

---

## INDICE

Relazione .....	<i>Pag.</i> 3
Disegno di legge .....	» 6

ONOREVOLI SENATORI. - La proposta di Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 nella sezione «anziani» afferma: «Il processo di invecchiamento della popolazione è destinato a protrarsi nel prossimo futuro. Secondo le previsioni elaborate dall'ISTAT, nel 2020 il 23 per cento della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. In termini relativi, aumenteranno soprattutto i grandi vecchi con età superiore agli 80 anni.

Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che ne limitano l'autosufficienza. Il 52 per cento degli uomini e il 60,7 per cento delle donne, dichiarano almeno due malattie croniche in atto, il 44 per cento e il 50,9 per cento, rispettivamente, ne dichiarano almeno tre.

Frequente è la disabilità fra gli anziani. Secondo i dati ISTAT (1997), nel 1994 i disabili di 60 anni e più non istituzionalizzati ammontano a oltre due milioni pari al 17,1 per cento degli ultrasessantenni. La disabilità accompagna soprattutto le età avanzate e condiziona fortemente la vita degli ultraottantenni. Si passa infatti dal 5,9 per cento di disabili a 60-64 anni al 47,1 per cento a 80 anni e più. Il 10,3 per cento degli uomini e il 13,2 per cento delle donne di 60 anni e più vivono soli. I disabili che vivono soli sono 618.000. Sono anziani oltre un terzo delle 6.690.000 persone che vivono in condizioni di povertà.

Il 70 per cento dell'assistenza alle persone non autosufficienti grava sulla famiglia. Gli assistiti non autosufficienti residenti in presidi socio-assistenziali per soli anziani sono circa 16 mila».

Di fronte a questo quadro che vede un'Italia che invecchia sempre più, tanto che all'inizio del secolo c'era un nonno ogni sei bambini mentre oggi ci sono sei nonni per ciascun bambino, s'impone l'urgente messa in atto di interventi volti alla tutela della salute delle persone anziane.

Riteniamo fondamentale l'indicazione del Piano sanitario nazionale 1994-1996 dove si affermava che: «Gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile».

L'attenzione posta dal Servizio sanitario nazionale è oggi incentrata più sulla malattia acuta che su quella cronica tanto che il Prof. Fabrizio Fabris, Direttore dell'istituto di geriatria alle Molinette di Torino afferma: «Ben poche sono oggi le malattie che si possono definire rigorosamente acute; abbiamo frequentemente degli eventi acuti nel corso delle malattie croniche: dall'ictus all'infarto, dalla riacutizzazione della bronchite, alla frattura dell'osteoporotico, dall'evento anemizzante nel neoplastico. È la nuova realtà della patologia prevalentemente degenerativa diversa rispetto a quella precedente, prevalentemente infiammatoria.

Deve modificarsi di conseguenza anche il «privilegio dell'acuto» che caratterizza la mentalità medica, soprattutto, ma anche la mentalità generale. La concezione dell'Ospedale come deputato esclusivamente al trattamento delle affezioni acute non è più rispondente all'attuale realtà ed al tipo di patologia prevalente di carattere degenerativo».

Questo disegno di legge, sebbene parziale, rappresenta tuttavia un primo passo utile ad affrontare gli aspetti sociali necessari oggi a migliorare la qualità della vita e a restituire diritti di cittadinanza alla popolazione anziana. Il progetto affronta il problema specifico degli anziani non autosufficienti, in prevalenza donne, ricoverati oggi nelle infermerie delle case di riposo o strutture similari con lo scopo di rimuovere questa grave discriminazione praticata verso la parte più indifesa e debole della popolazione, proponendo una serie di strutture sanitarie a prevalente carattere domiciliare.

L'obiettivo del presente disegno di legge è quello di armonizzare su tutto il territorio nazionale la rete di servizi per gli anziani non autosufficienti dopo che il «Progetto obiettivo tutela della salute dell'anziano», approvato nel 1992 dal Parlamento italiano, è rimasto, in molte regioni italiane, «lettera morta».

Inoltre, il malessere più diffuso e al quale vogliamo cercare di porre rimedio è rappresentato dal mantenimento in vita delle infermerie delle case di riposo. Con un atto di coraggio, come è stato fatto con la chiusura dei manicomi, proponiamo il superamento e la chiusura delle infermerie delle case di riposo nei prossimi tre anni.

La condizione degli anziani nelle infermerie delle case di riposo è difficilmente immaginabile. È la condizione di anziani sradicati dal loro ambiente di vita, separati dalla famiglia e dagli amici, dalla abitazione, allontanati spesso dallo stesso paese di origine, costretti ad assumere non per un giorno e neppure per un mese, ma per anni e comunque fino alla fine dei loro giorni, ritmi di vita estranei, in una condizione e in una organizzazione che è quella tipica e rigida di una istituzione totale. Alla malattia, anzi alle malattie, si aggiungono la desolazione, la disperazione, la regressione. Per molti di loro c'è una sorta di eutanasia passiva, da abbandono, per gli effetti devastanti che questa situazione provoca su tutti gli aspetti psico-fisici dell'individuo. Per alcuni

di loro, la scelta tragica può essere il suicidio.

Questo disegno di legge prende in considerazione solo in parte l'organizzazione e la tipologia dei servizi sociali e quella degli interventi a carattere preventivo e di promozione della salute. La nostra opinione è che entrambi questi interventi siano fondamentali per prevenire la non autosufficienza dell'anziano e che essi esigano oggi un approfondito aggiornamento di metodologie e di obiettivi. Questo però è un'altro capitolo, un'altra storia.

Il compito ora è quello di porre fine al disagio provocato dall'assoluta assenza di una rete di servizi sanitari, quali ad esempio quelli prevalentemente domiciliari per la cura dell'anziano non autosufficiente, che con il presente provvedimento si intende disciplinare, al fine di porre un rimedio all'emarginazione che subiscono i ricoverati nelle case di riposo.

Per questi motivi, con l'articolo 1 del presente provvedimento vengono disciplinate le norme relative ai servizi sanitari domiciliari i quali si articolano in: ospedalizzazione a domicilio; assistenza domiciliare integrata (ADI); prestazioni infermieristiche di base, consulenze geriatriche specialistiche e riabilitative di base.

Si prevede altresì (articolo 1, comma 6) che gli interventi sanitari a livello distrettuale, di tipo residenziale o semi residenziale vengano erogati attraverso: residenze sanitarie assistenziali (RSA) già disciplinate dalla normativa vigente; comunità alloggio con assistenza medico-infermieristica quotidiana; *day hospital* per patologie mediche e chirurgiche, aggregati a divisioni ospedaliere o a distretti sanitari; centri diurni di distretto ed infine, condomini protetti.

Viene quindi stabilito all'articolo 2 che i reparti ospedalieri e le direzioni sanitarie ospedaliere non possono dimettere anziani non autosufficienti senza preventiva intesa con il degente, la famiglia o il medico di base e i servizi territoriali che devono garantire le prestazioni necessarie sia a livello domiciliare che a livello distrettuale.

Gli articoli 3 e 4 dettano norme relative, rispettivamente, all'assistenza domiciliare integrata (ADI) e alle residenze sanitarie assistenziali (RSA). L'articolo 5 reca la disciplina dei condomini protetti a favore degli anziani non autosufficienti. L'articolo 6 stabilisce le norme relative ai centri diurni.

All'articolo 7 viene stabilito che a partire dal sessantunesimo giorno di degenza presso le RSA, il ricoverato è tenuto a versare alla ASL che ha disposto il ricovero una somma pari, al massimo, al 70 per cento del proprio reddito annuale. Ai soggetti che usufruiranno delle RSA deve essere in ogni caso garantita la disponibilità delle somme residuali del proprio reddito.

Con l'articolo 8 vengono istituiti i Comitati di partecipazione e controllo composti da: utenti e loro familiari, organizzazioni sindacali e associazioni di volontariato. I comitati svolgono il compito di vigilanza sui servizi sanitari erogati agli anziani non autosufficienti e devono essere ascoltati dalla ASL prima dell'adozione di ogni provvedimento che modifichi la struttura e l'organizzazione degli stessi distretti sanitari.

All'articolo 9 vengono dettate norme per la mobilità del personale assunto a tempo indeterminato nelle strutture ospedaliere riconvertite o dismesse.

L'articolo 10 provvede a stabilire che ai fini della realizzazione dei servizi sanitari domiciliari e distrettuali si provvede utilizzando quota del Fondo sanitario nazionale, nonché utilizzando il ricavato di alienazioni di beni patrimoniali delle ASL precedentemente destinati a reparti per lungodegenza o strutture similari. A tal fine le ASL hanno quattro mesi, a partire dall'approvazione della presente legge, per presentare alle regioni un piano generale di attivazione dei servizi sanitari domiciliari e distrettuali di cui al presente provvedimento.

L'articolo 11, infine, pone il divieto di erogazione, da parte di case di riposo o strutture analoghe, di prestazioni sanitarie non degenziali nei confronti degli anziani non autosufficienti; dette prestazioni verranno assicurate dal Servizio sanitario nazionale attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere, nonché attraverso i servizi sanitari domiciliari e distrettuali disciplinati dal presente provvedimento.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Servizi sanitari domiciliari e distrettuali)*

1. Obiettivo della presente legge è quello di promuovere cure sanitarie adeguate nei confronti degli anziani non autosufficienti.

2. Ferme restando le competenze specifiche degli ospedali, i servizi sanitari non ospedalieri rivolti agli anziani non autosufficienti vengono erogati a livello domiciliare e distrettuale.

3. I reparti per lungodegenti dovranno essere progressivamente eliminati. Al loro posto saranno costituiti o ampliati servizi di geriatria ambulatoriali con funzioni di consulenza nell'ambito dell'ospedale e del distretto sanitario in cui sono inseriti.

4. Gli interventi sanitari domiciliari disciplinati dalla presente legge si articolano, con diversi gradi di intensità, in:

- a) assistenza domiciliare integrata;
- b) prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative di base, consulenze geriatriche specialistiche.

5. In relazione alle prestazioni mediche di base di cui al comma 4, vengono inseriti appositi accordi nella Convenzione nazionale con i medici di famiglia.

6. Gli interventi sanitari a livello distrettuale, di tipo residenziale o semi residenziale, sono erogati attraverso:

- a) residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- b) comunità alloggio con assistenza medico infermieristica quotidiana;
- c) *day hospital* per patologie mediche e chirurgiche aggregati a divisioni ospedaliere o a distretti sanitari;
- d) centri diurni di distretto;
- e) condomini protetti.

7. L'assistenza domiciliare e distrettuale è realizzata dai competenti servizi sanitari e sociali territoriali ed ospedalieri.

8. Per realizzare l'obiettivo del mantenimento dell'anziano non autosufficiente nell'ambito familiare i servizi sanitari domiciliari e distrettuali si avvalgono anche di interventi volti a rendere compatibile l'ambiente abitativo con la disabilità dell'anziano. Rientrano fra questi interventi l'abbattimento di barriere architettoniche, l'allacciamento telefonico, la ristrutturazione di servizi igienici, la fornitura di letti antidecubito, l'applicazione di corrimano, nonché l'adozione di qualsiasi altro intervento utile a rendere l'ambiente abitabile dall'anziano. Gli enti pubblici dovranno, in caso di ristrutturazione o nuove costruzioni, eliminare qualsiasi barriera architettonica esistente od ovviare ad essa.

## Art. 2.

### *(Dimissioni ospedaliere)*

1. I responsabili dei reparti ospedalieri e le direzioni sanitarie ospedaliere non possono dimettere anziani non autosufficienti senza preventiva intesa con il degente, la famiglia, il medico di base e i servizi territoriali che devono garantire le prestazioni necessarie o a livello domiciliare o a livello distrettuale.

2. Deve essere garantita parità di diritto degli anziani non autosufficienti nell'accesso alle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere attraverso sistemi di prenotazione e liste d'attesa controllabili dal diretto interessato, dai familiari e dal medico di fiducia.

3. Ciascuna regione, comprese le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvedono all'attuazione di quanto stabilito al presente articolo.

## Art. 3.

*(Assistenza domiciliare integrata)*

1. Si definisce assistenza domiciliare integrata (ADI) ogni intervento destinato ad esaurirsi in un tempo ragionevolmente breve, a seconda del caso, sostitutivo del ricovero ospedaliero od immediatamente successivo ad esso, da realizzarsi presso l'abitazione del paziente.

2. Gli interventi di ADI vengono effettuati, in caso di ricovero antecedente, a cura dello stesso reparto che ha avuto in carico l'anziano; se sostitutivo del ricovero stesso, sarà a carico dell'azienda unità sanitaria locale ed ospedaliera territorialmente competente.

3. In ogni caso gli interventi di ADI saranno svolti su programma e sotto la supervisione dell'unità di valutazione geriatrica (UVG) competente, in collaborazione con il medico di base e la famiglia convivente.

4. Le aziende unità sanitarie locali dovranno fornire ai reparti che realizzeranno funzioni di dimissione protetta od ospedalizzazione a domicilio, le strutture, il personale ed i supporti operativi necessari.

5. Entro e non oltre quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvederanno ad emanare apposite norme per assicurare l'istituzione del servizio di ADI da parte di tutte le aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere, garantendo il coordinamento tra le funzioni sanitarie e quelle assistenziali.

## Art. 4.

*(Residenze sanitarie assistenziali)*

1. Le residenze sanitarie assistenziali (RSA), le comunità alloggio ed i centri diurni devono essere costituiti secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

2. Il ricovero in RSA, salvo casi eccezionali valutati dal responsabile sanitario che ha in carico il paziente, non può superare i due anni. Le altre soluzioni residenziali o semiresidenziali possono essere utilizzate dall'anziano per tutto il periodo della propria esistenza.

3. L'organico delle RSA fa riferimento a quanto previsto dal decreto del Ministero della sanità 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988. Nelle RSA operano *équipes* ospedaliere o territoriali. È vietata nelle RSA la creazione di primariati.

4. L'azienda unità sanitaria locale garantisce il collegamento funzionale fra ospedale e RSA, anche al fine di favorire l'interscambio del personale fra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

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

#### Art. 5.

##### *(Condomini protetti)*

1. I condomini protetti devono essere costituiti da unità abitative, per un massimo di venti unità in ogni stabile, composte da bilocali con angolo cottura e servizi igienici completi non inferiori a metri quadrati 30, forniti di citofono, telefono e piccolo terrazzo. Ogni stabile avrà un servizio comune di mensa e di lavanderia, oltre ad una sala di ritrovo, situata preferibilmente al piano terra, con sala mensa attigua.

2. Gli anziani, singoli o in coppia, cui verrà assegnato un alloggio protetto, al fine del finanziamento dei servizi offerti, pagheranno un canone di locazione proporzionato al proprio reddito, sulla base delle regole in vigore per il pagamento dei *ticket* dovuti in caso di prestazioni semiresidenziali od a domicilio, e quindi non superiori al 40 per

cento del reddito annuo percepito. Coloro che usufruiscono gratuitamente dei servizi devono versare un canone pari a quello stabilito, dal comune di appartenenza, in questi casi per gli alloggi normali.

Art. 6.

*(Centri diurni)*

1. I centri diurni di distretto sono strutture sanitarie che intervengono nei confronti degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, attuando programmi di cura, di riabilitazione e di socializzazione lungo l'arco di 8-12 ore giornaliere per sei giorni alla settimana. Le prestazioni effettuate sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

2. Le prestazioni socio assistenziali erogate dai centri diurni sono oggetto di contributo da parte delle autorità locali competenti, secondo la normativa vigente.

Art. 7.

*(Contributo di solidarietà)*

1. A partire dal sessantunesimo giorno di degenza presso le residenze sanitarie assistenziali di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 2 del 3 gennaio 1990, il ricoverato presso RSA è tenuto a versare una somma pari al massimo al 70 per cento del proprio reddito annuale all'azienda unità sanitaria locale ed ospedaliera che ha disposto il ricovero.

2. Coloro che usufruiscono di prestazioni semiresidenziali o a domicilio saranno soggetti ad un *ticket*, fissato da ogni singola azienda unità sanitaria locale erogatrice, in misura tale da non superare il 40 per cento del reddito pensionistico annuo percepito. Coloro che sono esenti dal pagamento dei *ticket* per prestazioni sanitarie a norme di legge usufruiscono gratuitamente anche dei servizi di cui alla presente legge.

3. Il versamento del *ticket* di cui al presente articolo dovrà essere effettuato mensilmente e risulterà pari ad un dodicesimo della somma annua dovuta.

4. Ai soggetti che usufruiranno delle prestazioni di cui al presente articolo deve essere in ogni caso garantita la disponibilità delle somme residuali del proprio reddito al fine di provvedere alle proprie esigenze personali, ovvero alle necessità dei congiunti conviventi a carico.

5. Alla scadenza di cui al comma 1 l'intero importo dell'indennità di accompagnamento degli utenti delle RSA è destinato all'azienda unità sanitaria locale ed ospedaliera che ne ha disposto il ricovero. L'ammontare di detta indennità costituisce parte del *ticket* dovuto, ovvero, nel caso di soggetti esenti dal pagamento dei *ticket*, l'indennità stessa costituisce l'unico versamento dovuto.

#### Art. 8.

##### *(Comitato di partecipazione e controllo)*

1. In ogni distretto sanitario viene costituito un Comitato di partecipazione e controllo, di seguito denominato «Comitato», composto da una rappresentanza degli utenti, dei familiari, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e delle associazioni di volontariato presenti sul territorio. Il Comitato vigila su qualunque tipo di servizio sanitario erogato agli anziani non autosufficienti e deve essere sentito prima di ogni provvedimento dell'azienda unità sanitaria locale ed ospedaliera che modifichi la struttura o l'organizzazione degli stessi distretti sanitari.

2. Le attività di socializzazione nei distretti sanitari vengono programmate e gestite dal competente servizio sociale territoriale in stretta collaborazione con le *équipes* sanitarie e con il Comitato.

3. Ciascuna regione, comprese le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, entro quattro mesi dalla data di en-

trata in vigore della presente legge, all'attuazione alle norme di cui al presente articolo.

Art. 9.

*(Mobilità del personale)*

1. Il personale di ruolo operante nelle strutture ospedaliere riconvertite o dismesse può chiedere di essere inserito all'interno degli organici dei servizi sanitari per anziani. Detta opzione riguarda il personale assunto a tempo indeterminato.

Art. 10.

*(Finanziamento per la realizzazione dei servizi sanitari domiciliari e distrettuali)*

1. Ai finanziamenti occorrenti per la realizzazione dei servizi sanitari domiciliari e distrettuali di cui alla presente legge si procede utilizzando quota parte del Fondo sanitario nazionale, nonchè utilizzando il ricavato di alienazioni di beni patrimoniali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere precedentemente destinati a reparti per lungodegenza o strutture similari.

2. Le aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono tenute a presentare alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, un piano generale di attivazione dei servizi sanitari domiciliari e distrettuali di cui alla presente legge.

Art. 11.

*(Divieto di esercizio di attività sanitarie)*

1. Le case di riposo o strutture analoghe comunque denominate, pubbliche o private, non sono abilitate a erogare prestazioni sanitarie non degenziali nei confronti di anziani non autosufficienti.

2. L'erogazione di prestazioni sanitarie nei confronti di anziani non autosufficienti viene assicurata dal Servizio sanitario nazionale attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere e, in particolare, attraverso le RSA e i servizi sanitari domiciliari, così come disciplinati dalla presente legge.

Art. 12.

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.





