

CAMERA DEI DEPUTATI N° 2855

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BIANCHI, BODRATO, MANCINI VINCENZO, ANSELMI, BORRUSO, COSTA SILVIA, SARTI, PISICCHIO, ANDREOLI, ANTONUCCI, ARMELLIN, AZZARO, BISAGNO, BONETTI, BONFERRONI, BRUNETTO, BRUNI FRANCESCO, CAMPAGNOLI, CARELLI, CILIBERTI, CIMMINO, CORSI, FERRARI BRUNO, FOTI, FRASSON, GEI, LOIERO, MARTINI, MICHELINI, NICOTRA, NUCCI MAURO, ORSENIGO, PAGANELLI, PATRIA, PELLIZZARI, RABINO, RADI, RAVASIO, RIGGIO, RIGHI, ROCELLI, RUSSO FERDINANDO, RUSSO VINCENZO, SAPIENZA, SAVIO, TEALDI, TORCHIO, TRAVAGLINI, USELLINI, VECCHIARELLI, VISCARDI, ZUECH

Presentata il 9 giugno 1988

Legge-quadro sulla condizione dell'anziano

ONOREVOLI COLLEGHI! — Un recente studio condotto dall'« Istituto di ricerche sulla popolazione » del Consiglio nazionale delle ricerche (dicembre 1987) sugli scenari del possibile sviluppo della popolazione italiana al 2025 ci presenta una ipotesi che fonda sui dati attuali tre variabili, che riguardano il grado di fecondità (base 1985) se esso sarà costante o ulteriormente decrescente o incrementato fino a due figli per coppia. In rapporto alle tre subipotesi il complesso della popolazione italiana varierebbe tra i 51, i 46 e i 60 milioni. Comunque, il dato più significativo, per quanto concerne le finalità della presente proposta di legge, è quello relativo al numero degli anziani, ossia degli ultrasessantenni. Essi, che attualmente sono il 19,5 per cento della popolazione, nel 2000 saranno il 22 per

cento, ma toccheranno nel 2025 quasi il 30 per cento. Di essi il 5,30 per cento sarà costituito da ultraottantenni! In termini numerici, prendendo come riferimento la popolazione del 1985 (con 10 500 000 ultrasessantenni e 1 400 000 ultraottantenni), nel 2000 avremo 12 500 000 ultrasessantenni e circa 3 000 000 di ultraottantenni, mentre nel 2025, su una popolazione complessiva di 51 milioni, gli ultrasessantenni saranno 14 700 000 e gli ultraottantenni circa 2 700 000.

Non ci soffermeremo ulteriormente sulla valutazione di queste ipotesi, analizzandole, ad esempio, in rapporto allo sviluppo demografico delle singole regioni (le quali pure presentano e ancor più presenteranno squilibri di notevole rilevanza). Ci basti sottolineare l'ampiezza del

fenomeno e l'assoluta inderogabilità di farne un preciso riferimento per una proposta politica.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che, esaminato sotto molti profili, rappresenta un fattore di progresso dell'umanità, perché consente all'uomo un prolungamento della vita e quindi, di norma, della sua stessa attività e vitalità, interessa non solo l'Italia ma tutti i Paesi ad alto tasso di sviluppo economico. Riferendoci solo ai dodici Paesi della CEE nello scenario del 2000, si può constatare come l'incremento della popolazione anziana sia comune, sincronico e molto consistente. In effetti, nelle previsioni, al 2000 la popolazione complessiva della CEE non si incrementerà, ma si attesterà intorno ai 360 milioni odierni, mentre la popolazione anziana ne raggiungerà mediamente un quinto (oltre 70 milioni).

Come si pongono i Paesi europei e l'Italia rispetto a questo fenomeno?

È ormai veterocultura l'idea che solo una politica assistenziale sia lo strumento migliore per affrontare « l'aumento dei vecchi ». La trasformazione profonda che sta avvenendo nei nostri Paesi non è solamente connessa agli intuibili ed onerosi problemi finanziari che la maggiore longevità sta creando, quanto al problema sociale che la vitalità e il prolungamento della capacità lavorativa degli individui comportano, giacché « all'età anagrafica » non corrisponde più « l'età produttiva ». In termini espliciti, i 65 anni, fino a ieri considerati il limite della vitalità dell'individuo, come tali appaiono ormai superati. Così che sempre più numerose fasce di sessantacinquenni subiscono la violenza dell'emarginazione, allorché vengono letteralmente estirpati dal mondo produttivo e la loro vitalità ignorata dalle norme sul pensionamento.

C'è dunque un primo profilo sotto cui va visto il fenomeno dell'invecchiamento: quello dell'utilizzabilità ulteriore di individui validissimi, ricchi di esperienza, desiderosi di continuare a lavorare e che non vanno destinati al mondo degli inattivi con norme sostanzialmente anacroni-

stiche, ancorate al solo dato anagrafico. Sotto questo profilo c'è da riflettere sull'idea elementare che si affaccia, per cui si potrebbe consentire all'anziano di lavorare opzionalmente ancora per alcuni anni a *part time*, a condizione che si disponesse la contemporanea assunzione di un giovane disoccupato, anch'egli a *part time*, con una utilizzazione di energie e di scambi di esperienze di alto valore produttivo e morale.

Questi eventuali meccanismi, che abbiamo semplificato al massimo, tendono a dare l'idea delle opportunità che bisogna cogliere e della inventiva che bisogna stimolare per affrontare il vero problema dell'emarginazione degli « anziani » nella fascia postlavorativa (che è la più numerosa).

C'è da rilevare tuttavia, a convalida della impostazione appena accennata, che l'utilizzazione di anziani nel processo produttivo, specie nel nostro Paese e negli anni futuri, appare anche una necessità se si vuol sostenere lo sviluppo economico, giacché, oltre che professionalizzare e dare lavoro ai giovani disoccupati, occorrerà ricorrere all'utilizzazione di numerosi gruppi di anziani, soprattutto dei più qualificati ed esperti, per compattare la forza lavoro e utilizzarla al meglio come fondamentale fattore produttivo, a meno che non si pensi di provocare nel Paese una ancor più forte e indifferenziata immigrazione.

Un secondo profilo sotto cui va visto il problema degli anziani è certamente quello sanitario. È necessario stabilire con estrema chiarezza quali prestazioni il servizio sanitario può offrire agli anziani e, soprattutto, ai vecchi non autosufficienti ed agli anziani più indigenti, e se è possibile programmare per essi prestazioni migliori e più ampie di quelle che il sistema sanitario non offra agli altri che anziani non sono, che sono autosufficienti o non sono affatto poveri. Si tratta in sostanza di operare una « rilettura » integrale — come suol dirsi — del *Welfare State* in rapporto alle finalità del servizio sanitario, che finora sotto il profilo dell'assistenza ai vecchi appare particolar-

mente carente. Peraltro, il Parlamento, con la legge finanziaria 1988 sta operando per consentire investimenti edilizi nel settore dell'assistenza sanitaria ad anziani che non possano essere assistiti a domicilio o ambulatoriamente e richiedano trattamenti continui.

Rimane poi il vasto e più pertinente campo degli interventi socio-assistenziali.

Sotto questo aspetto occorre definire le possibilità che ha lo Stato di intervenire, con finanziamenti ed indirizzi, fissando con esattezza le responsabilità dei diversi livelli istituzionali e cercando di pervenire a politiche di sostegno che facciano capo a presidi pubblici, che siano integrati dall'opera dei movimenti di volontariato, e non già, come oggi accade, attribuendo ad essi — senza peraltro concedere loro nessun concreto riconoscimento — un compito sostitutivo di un intervento pubblico totalmente o parzialmente carente.

* * *

Emerge quindi a questo punto il fondamentale problema dell'assetto istituzionale dei servizi socio-assistenziali. Occorre sottolineare in premessa che la presente proposta trova le sue radici nella Carta costituzionale. I principi costituzionali consacrano infatti lo spirito solidaristico, che animò i costituenti e in particolare quelli di estrazione cattolica. Vi è nei principi fondamentali il richiamo ai « doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale » (articolo 2), al compito di « rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana » (articolo 3), al dovere di concorrere con la propria attività « al progresso materiale o spirituale della società » (articolo 4); vi sono le norme regolatrici dei rapporti etico-sociali che prevedono la « tutela della salute », ga-

rantando cure gratuite agli indigenti; ovvero le norme che, regolando i rapporti economici, affermano il principio per cui « ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale »; e soprattutto l'esigenza di intervento da parte dello Stato in favore del cittadino « in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria ».

Consacrati questi principi e dettate queste norme generali, la Costituzione ha provveduto a fissare, tra le competenze legislative delle Regioni « nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato », quella in materia di « beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera ».

La definizione di queste materie è stata ed è laboriosa. Noto è il difficile cammino della riforma sanitaria (legge n. 833 del 1978) e delle sempre più attuali istanze di innovazione.

Per quanto attiene alla beneficenza e alla assistenza pubblica non abbiamo una legge attuativa. Vi sono solo le norme del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, che per comodità espositiva richiamiamo, precisamente previste negli articoli 21, 22, 23, 24, 25 e 26.

È opportuno ricordare l'articolo 22, che specifica: « Le funzioni amministrative relative alla materia "beneficenza pubblica" concernono tutte le attività che attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale ».

L'articolo 24 invece elenca le « competenze dello Stato » in materia amministrativa nel campo assistenziale.

« Sono di competenza dello Stato » — dice l'articolo — « le funzioni amministrative concernenti:

1) gli interventi di primo soccorso in caso di catastrofe o calamità naturale di particolare gravità o estensione;

2) gli interventi di prima assistenza in favore di profughi e di rimpatriati... (*omissis*);

3) gli interventi di protezione sociale prestati da appartenenti alle Forze armate dello Stato... (*omissis*);

4) i rapporti in materia di assistenza con organismi assistenziali stranieri ed internazionali, nonché la distribuzione tra le regioni di prodotti destinati a finalità assistenziali in attuazione di regolamenti della Comunità economica europea;

5) le pensioni e gli assegni di carattere continuativo disposti dalla legge in attuazione dell'articolo 38 della Costituzione, ivi compresi le indennità di disoccupazione e gli assegni a carico della Cassa integrazione stipendi e salari ».

Seguono poi altre disposizioni relative ai comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica e all'attuazione dell'ordinamento.

Sempre per definire le competenze va poi ricordato quanto, tra l'altro, prescrive l'articolo 25:

« Tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza, di cui ai precedenti articoli 22 e 23, sono attribuite ai comuni ai sensi dell'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

La regione determina con legge, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra gli enti locali territoriali, e, se necessario, promuovendo ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 117 della Costituzione forme anche obbligatorie di associazione fra gli stessi.

Gli ambiti territoriali di cui sopra devono concernere contestualmente la gestione dei servizi sociali e sanitari.

Allorché gli ambiti territoriali coincidono con quelli delle comunità montane le funzioni di cui al presente articolo sono assunte dalle comunità montane stesse ».

L'articolo detta poi disposizioni in materia di personale.

Infine l'articolo 26 stabilisce: « La provincia nell'ambito dei piani regionali approva il programma di localizzazione dei presidi assistenziali ed esprime il parere sulle delimitazioni territoriali di cui al precedente articolo ».

Da questo insieme di norme viene dunque definito il complesso quadro istituzionale dei servizi socio-assistenziali. Il centro motore dell'attuazione della politica assistenziale deve essere l'ente locale, il comune o la comunità montana o l'associazione tra comuni (e ora la unità sanitaria locale). La provincia può operare da ente di snodo amministrativo. La regione ha il potere di garantire il quadro legislativo di riferimento dell'azione amministrativa.

Sotto il profilo istituzionale occorre provvedere ad approvare una legge-quadro, come quella che proponiamo, che fissi i principi entro cui le regioni possono intervenire calando nella realtà territoriale e sociale gli interventi previsti, al fine di realizzare i principi costituzionali della solidarietà sociale.

Occorre quindi che le regioni siano più responsabilizzate e gli enti erogatori posti in grado di provvedere ad interventi sistematici e non frammentari socio-assistenziali e socio-sanitari.

In linea di massima, sarebbe auspicabile che il coordinamento venisse assicurato da un Dipartimento per gli anziani da istituire presso la Presidenza del Consiglio, ma — in attesa dell'attuazione della legge di riforma della Presidenza del Consiglio ovvero della scelta alternativa della creazione di un Ministero per i servizi sociali — occorre comunque trovare un punto di sintesi in sede centrale. Pertanto con la presente proposta di legge si tende

appunto a costituire una « Consulta per l'anziano », struttura di confronto tra il Governo, le istanze delle regioni e degli enti locali erogatori, e il mondo degli anziani. La Consulta dovrebbe associare i rappresentanti dei Ministeri interessati e delle regioni a quelli dell'ANCI e dell'UPI, i rappresentanti dei sindacati e dei movimenti volontari ed un gruppo di esperti espressi dal mondo universitario, della ricerca, della pubblica amministrazione, del giornalismo.

La responsabilità della Consulta verrebbe affidata al Ministro per gli affari speciali (se e in quanto esso verrà, come specifica figura istituzionale, riconfermato nei vari Governi), ovvero ad un Ministro senza portafoglio cui si possano per delega del Presidente del Consiglio attribuire determinate funzioni di indirizzo e di coordinamento.

Questa architettura del provvedimento — che vuole quindi tener conto delle preziose esperienze che si sono accumulate o si vanno svolgendo nelle regioni e in alcuni comuni — cerca di delineare, in riferimento complessivo al problema dell'invecchiamento della popolazione, alcune delle più importanti iniziative, innanzitutto per ben individuare sin da ora l'ampiezza del fenomeno e soprattutto per predisporre idonee risposte, evitando che, come spesso è accaduto, ci si trovi impreparati di fronte al sopraggiungere degli eventi.

* * *

Peraltro è necessario sottolineare che, in assenza di una legge organica sull'assistenza sociale, molte regioni in questo decennio hanno legiferato e, in particolare, hanno approvato norme relative all'intero comparto assistenziale, quindi norme non settoriali e specifiche sulla condizione dell'anziano. Tutte le leggi regionali contengono peraltro al loro interno norme relative alla condizione degli anziani. In questo ambito l'obiettivo comune è quello di favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente sociale lottando

contro l'emarginazione e l'isolamento. Ciò viene accompagnato dalla ribadita esigenza di un coordinamento e di una integrazione funzionale non solo fra servizi sanitari e sociali, ma fra tutto il complesso degli interventi (culturali, ricreativi, turistici, produttivi, lavorativi) a favore dell'anziano.

Per quanto concerne gli interventi culturali al 31 dicembre 1985 — secondo dati del LABOS, il noto istituto di ricerca altamente specializzato in questo campo — sono stati censiti in Italia 74 centri studi e università per anziani con 25.955 iscritti, pari allo 0,3 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne. Il dato è indicativo di una realtà in netta evoluzione. Del tutto sconcertante è invece il dato relativo agli anziani avviati alla vita lavorativa su iniziativa degli enti locali (secondo l'indagine del Ministero dell'interno realizzata in 86 province, gli anziani formalmente avviati al lavoro sono solo poche decine).

In termini di applicazioni pratiche, con notevoli differenze tra zona e zona, tutte le regioni prevedono interventi assistenziali con lo scopo di evitare l'isolamento (assistenza alla vita di relazione, soggiorni di vacanza), mantenere il più possibile gli anziani — come si diceva — nel proprio nucleo familiare (assistenza domiciliare, assistenza abitativa tramite assegnazione di appartamenti economici e popolari), evitare lo sradicamento dall'ambiente originario (centri diurni come luogo di incontro sociale, culturale, ricreativo).

Vengono inoltre previste residenze protette, comunità alloggio, case albergo, case di riposo fornite di servizi socio-assistenziali e collegate ai servizi sanitari di base, come risposte istituzionali alternative all'assistenza familiare.

Un recente censimento delle strutture geriatriche (case albergo, case di riposo e strutture protette), pubbliche e private, presenti nel nostro Paese (1985) condotto dal Ministero dell'interno (Direzione generale per la documentazione) evidenzia una notevole concentrazione al Nord di tali strutture, ossia il 64,8 per cento del

totale (2.656), e ancor più della dotazione dei posti letto (il 71,4 per cento sui 172.310 disponibili in Italia), con una considerevole disomogeneità tra le circoscrizioni geografiche per quanto concerne il numero medio di anziani per posto letto. Il Sud risulta ancora una volta il più penalizzato. I due estremi sono dati dal Trentino-Alto Adige con 19 anziani per ogni posto letto e dalla Calabria con 198. L'intervento pubblico prevale su quello privato sia per numero di strutture (53 su 100), sia, ancor più, per posti letto (64 su 100).

Comunque, ciò che appare evidente da ogni indagine generale o specifica è che permane nella nostra società una situazione di grande disagio dell'anziano.

È poi ben noto che uno dei problemi più drammatici che viene segnalato è quello dei pazienti cronici e dei soggetti non autosufficienti: esso costituisce uno dei nodi più gravi dell'assistenza geriatrica, per il confluire di aspetti assistenziali e di aspetti più propriamente sanitari.

In linea generale, comunque, pur non volendo sminuire l'importanza degli interventi volti a porre rimedio ai più drammatici e più urgenti problemi della categoria degli anziani, e cioè quelli connessi alla creazione di istituti per anziani inabili e/o soli, delle pensioni di vecchiaia e di invalidità e del loro ammontare, nonché dei servizi di assistenza domiciliare ed estiva, emerge dall'esame fatto dagli istituti di ricerca e dalle valutazioni che anche in sede politica sono direttamente formulate un equivoco di fondo: nel tentativo di andare incontro alle esigenze degli anziani, cui concorre in buona parte il loro naturale estraneamento dal resto della società civile, si finisce talvolta con l'attivare servizi e strutture talmente specifici che non fanno altro che rinforzare l'elemento da cui si originano buona parte dei loro problemi. Il nodo di fondo della questione degli anziani è piuttosto da ricercare nelle modificazioni intervenute nel campo sociale ed in particolare nella struttura della famiglia, negli ultimi venti anni.

È stato scritto che « il problema vecchi » nasce dalla fine della cultura che pensava « il mondo in chiave di solidarietà sociale e l'individualismo come degenerazione », quella cultura cioè che « pensava alla comunità familiare come il luogo privilegiato della crescita materiale e morale ». Viceversa, « nella dissacrazione complessiva dell'uomo e del mondo, in cui tutto ha assunto un valore mercantile, i bambini e i vecchi, se non si affrettano a divenir grandi, i primi, e a scomparire, i secondi, costituiscono solo un fastidio e vanno affidati ai "servizi" perché provvedano » (Ulderico Bernardi: *L'Avvenire*, 10 novembre 1987).

Queste valutazioni, pur se estremizzate, partono tuttavia dalla constatazione obiettiva che il crollo della rigida organizzazione familiare precedente ai rivolgimenti economici e sociali dell'ultimo trentennio, nel nostro Paese e altrove, e il prevalere delle nuove abitudini e della famiglia mononucleare, unipersonale, con la rottura dei legami familiari e collaterali, hanno portato alla drammatizzazione ulteriore di un problema che, come si diceva all'inizio, il dato anagrafico, frutto del progresso, ha provveduto ad enfatizzare; cosa che accadrà ancor più nel prossimo futuro.

Occorre perciò intervenire. È stato anche scritto che oggi la condizione sociale dei nostri concittadini che appartengono alla terza e alla quarta età « non è più vecchiaia, ma un parcheggio senza solidarietà » e che « sicurezza sociale non può significare assicurare livelli di sussistenza, ma garantire una condizione di dignità » (Nino Valentino: *Il Tempo*, 12 novembre 1987).

E, nella recentissima enciclica papale « *Sollicitudo rei socialis* », l'invocazione di solidarietà specie per i Paesi sviluppati assume toni di alto contenuto politico e sociale: « sono relativamente pochi » — dice il Papa — « quelli che possiedono molto e molti quelli che non possiedono quasi nulla ». « Vi è una moltitudine innumerevole di uomini e donne, » — aggiunge — « di bambini, di adulti e di anziani che soffrono sotto il peso intollerabile della miseria ».

Anche in questo senso, lo spirito di solidarietà, che permea la nostra Costituzione, deve essere la base per una efficace legislazione diretta ad assicurare interventi che eliminino ogni forma di emarginazione dell'anziano e a soccorrere coloro che hanno realmente bisogno e vivono ai margini di una società opulenta, ma non per tutti.

* * *

Onorevoli colleghi, la proposta di legge che sottoponiamo alla vostra attenzione rappresenta la naturale evoluzione dell'attività propositiva in sede parlamentare svolta da un folto gruppo di senatori democristiani nelle precedenti VIII e IX legislatura (rispettivamente atti Senato n. 248 « Legge-quadro per l'assistenza agli anziani », d'iniziativa dei senatori Jervolino Russo ed altri, presentato il 26 settembre 1979, e n. 326, dallo stesso titolo, d'iniziativa dei senatori Jervolino Russo ed altri, presentato il 19 novembre 1983).

Le finalità di queste proposte erano le medesime di quelle oggi rinnovate ed erano formulate con un taglio ovviamente proporzionato agli obiettivi che lo stato della legislazione rendeva più urgenti.

Nella VIII legislatura, oltre ad affermare principi generali di valorizzazione sociale della condizione dell'anziano, si trattava di innestare i criteri vigenti di assistenza sociale nella realtà giuridica determinata dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833), promuovendo un'opportuna legislazione a livello regionale.

Nella IX legislatura (1983) si era già in presenza di alcune iniziative regionali, ma il quadro era ancora molto episodico e frammentato, in qualche modo « sperimentale » anche là dove erano state intraprese realizzazioni locali.

Peraltro, in questi anni, è accresciuta l'attenzione nazionale ed internazionale al problema: basti pensare al Rapporto predisposto dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale in occasione dell'Assemblea mondiale dell'invecchiamento promossa dalle Nazioni Unite, svoltasi a

Vienna nel 1982; alle risoluzioni della stessa Assemblea (che il disegno di legge n. 326, presentato il 19 novembre 1983, recepiva proponendole al nostro ordinamento); alla serie di studi e proposte che, negli ultimi anni, si sono infittiti sul piano della riflessione sociologica, geriatrica, culturale, sino al recente ampio documento della Facoltà di medicina dell'Università Cattolica (Roma, 24 giugno 1987).

Né vanno trascurate — nel contesto nel quale è necessario porsi — le iniziative legislative già assunte da altri Paesi; degna di nota l'azione politica svolta dalla Svezia e dalla Francia nei confronti degli anziani, inserendo i loro problemi nei programmi di sviluppo economico del Paese.

Durante gli anni trascorsi — va rilevato con soddisfazione — alcune regioni si sono dotate di strumenti legislativi di notevole respiro.

Permangono, purtroppo, gravi ritardi o palesi insufficienze in altre regioni.

Da ultimo — ed è avvenimento di questi ultimi mesi — è stata promossa la istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano (Documento Senato XXII/1, d'iniziativa dei senatori Casola e altri, comunicato alla Presidenza il 30 luglio 1987): il dibattito si è recentemente concluso, presso la Commissione affari costituzionali, con esito favorevole.

Per tutti questi motivi, riteniamo utile ripresentare il testo, opportunamente aggiornato, della nostra proposta.

La presente proposta di legge intende prospettare soluzioni cornice, dirette a indicare alle regioni le linee di un loro intervento legislativo (qualora non lo avessero già esercitato), puntando altresì ad un impegno dello Stato, individuando ipotesi di finanziamento ed iniziative. Soprattutto tentando, nel rispetto dei poteri attribuiti al Parlamento, allo Stato, alle regioni e alle autonomie locali, di promuovere quei contenuti di indirizzo e coordinamento, senza dei quali ogni iniziativa socio-sanitaria e assistenziale — ossia di servizio sociale — sarebbe destinata a non conseguire effetti.

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Premessa).

1. In attuazione dei principi fondamentali di solidarietà sociale, sanciti nella Costituzione, e in relazione alle nuove esigenze imposte dai fattori demografici e dallo stesso sviluppo economico del Paese, deve essere garantito all'anziano il diritto al mantenimento di una condizione di piena integrazione sociale, nonché alla fruizione di un sistema compiuto di servizi socio-sanitari ed assistenziali.

2. La presente legge costituisce la premessa fondamentale nel cui ambito e rispetto le regioni devono legiferare.

3. Qualora la regione non eserciti tale potere, le norme della presente legge, in quanto applicabili, operano direttamente nei confronti degli enti erogatori di prestazioni sanitarie, assistenziali e sociali, sulla base di quanto disposto dall'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

ART. 2.

(Compiti delle regioni).

1. Le regioni, al fine di concorrere a rendere effettivo per l'anziano il diritto allo sviluppo e al rispetto della sua personalità nell'ambito sociale, al soddisfacimento delle sue esigenze materiali e spirituali, alla sua permanenza nell'ambito familiare, alla promozione, al mantenimento e al recupero del suo benessere fisico e psichico, disciplinano con legge gli obiettivi, i criteri e le modalità per la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali a favore dell'anziano, e l'esercizio delle funzioni spettanti agli enti locali

nel loro territorio, sulla base del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Le leggi regionali prevedono una disciplina diretta a:

a) promuovere, assicurandone con idonee misure la piena fruibilità, una rete di servizi integrati socio-sanitari e assistenziali, nel quadro di una programmazione regionale da realizzare sentiti gli enti erogatori e le rappresentanze delle organizzazioni sindacali, delle strutture private e di volontariato;

b) prevenire o rimuovere, anche con la collaborazione degli stessi interessati, delle loro famiglie, delle strutture dei servizi, degli enti, comunità ed associazioni volontarie, gli ostacoli di ordine sociale, economico, ambientale, culturale e psicologico che provocano situazioni di bisogno o fenomeni di emarginazione dagli ambienti di vita, di studio o di lavoro;

c) promuovere, anche con contributi diretti e con servizi domiciliari organizzati e gestiti dagli enti erogatori e dalle strutture private, la permanenza dell'anziano nell'ambito familiare, al fine di limitare la istituzionalizzazione del ricovero ai casi di comprovata necessità;

d) favorire la piena partecipazione degli anziani alla programmazione degli interventi e alla loro attuazione mercè la creazione di una consulta regionale dell'anziano e di consulte provinciali e comunali.

ART. 3.

(Personale).

1. Ferme le competenze delle università di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, e al decreto del Ministro della pubblica istruzione 30 aprile 1985, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 29 del 5 febbraio 1987, le regioni disciplinano con apposite norme la qualificazione e formazione pro-

fessionale del personale addetto ai servizi per anziani, favorendo la creazione di figure professionali plurifunzionali, così da assicurare l'integrazione o la correlazione tra servizi sociali e sanitari. A tal fine, in sede di rinnovo del contratto nazionale per il pubblico impiego, sono stipulati accordi per condizioni normative e trattamenti retributivi adeguati.

ART. 4.

*(Prestazioni e servizi
a favore degli anziani).*

1. La normativa regionale deve comunque assicurare alle persone anziane, nel rispetto dei criteri fissati dalla presente legge, i seguenti servizi e prestazioni:

- a) interventi economici di tipo assistenziale;
- b) interventi agevolativi per la sistemazione abitativa;
- c) servizi domiciliari;
- d) utilizzazione di centri diurni;
- e) interventi per favorire la vita di relazione e il mantenimento di una condizione lavorativa;
- f) fruizione di servizi per il tempo libero e di servizi tecnologici;
- g) residenze per anziani autosufficienti;
- h) strutture adeguate per anziani non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio o in presidi poliambulatoriali extraospedalieri o in ospedali diurni e che richiedono trattamenti continui.

2. I servizi sono gestiti dai comuni, associazioni tra comuni, comunità montane o unità sanitarie locali, i quali possono avvalersi, mediante accordi od apposite convenzioni, delle strutture di enti, associazioni, fondazioni operanti nel campo degli anziani.

3. Le attività svolte ai sensi dei precedenti commi rientrano nel progetto-obiettivo, di cui alla lettera *b*) del comma 2 dell'articolo 8 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

ART. 5.

(Interventi economici).

1. Nello stato di previsione del Ministero del tesoro sono stanziati finanziamenti alle regioni diretti ad assicurare la concessione di contributi assistenziali alle famiglie di anziani il cui reddito familiare non consenta loro di ricevere un'adeguata assistenza e in carenza di una offerta di servizi pubblici corrispondenti alle loro esigenze.

2. Al datore di lavoro, che stipuli con un anziano titolare di pensione un contratto di lavoro a tempo parziale e che contestualmente assuma un giovane disoccupato con analogo contratto a tempo determinato, sono concessi contributi del medesimo ammontare e con le medesime modalità di quelli previsti dal comma 52 dell'articolo 15 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

ART. 6.

*(Interventi agevolativi
per la sistemazione abitativa).*

1. Agli anziani, singoli o coniugi, sono assegnati in locazione ad equo canone o a godimento gratuito alloggi di cui gli enti locali abbiano la proprietà o la disponibilità, nel rispetto dei limiti di reddito di cui all'articolo 22 della legge 5 agosto 1978, n. 457, e successive modificazioni.

2. Le regioni possono prevedere l'erogazione di un contributo a fondo perduto in favore degli anziani, singoli o coniugi, che non siano in grado di acquistare appartamenti per proprio uso, per la ristrutturazione o il riattamento di case, sottoposte ad usura o degradazione urbanistica, che siano di loro proprietà e nelle quali abitino o si trasferiscano.

ART. 7.

(Servizi domiciliari).

1. Le regioni dettano norme dirette ad assicurare che, nei casi di comprovata necessità derivanti anche da specifiche situazioni familiari, il servizio domiciliare sia polivalente e si articoli con prestazioni a carattere sociale e sanitario effettuate a domicilio dell'anziano al fine di favorire la sua autonomia, nonché con un aiuto alle famiglie, anche per evitare il ricorso al ricovero ospedaliero o in residenza di riposo o altre istituzioni pubbliche.

2. Il servizio domiciliare opera a livello di comune o di quartiere in collegamento con l'unità sanitaria locale.

ART. 8.

(Centri diurni).

1. Le regioni disciplinano la costituzione di strutture a livello territoriale, denominate centri diurni, destinate ad offrire consulenza e servizi di natura sociale, di ristoro e di pulizia, attività di tempo libero nonché altre prestazioni non sanitarie.

ART. 9.

(Assistenza alla vita di relazione).

1. Le regioni disciplinano altresì l'assistenza alla vita di relazione prestata sotto forma di facilitazioni nell'accesso ai luoghi di ricreazione, ai trasporti pubblici, alla utilizzazione dei servizi telefonici, telematici e televisivi, ed in ogni altra forma, al fine di ridurre l'isolamento degli anziani e di promuovere il loro sviluppo culturale.

2. A tal fine le regioni possono intervenire anche mediante convenzioni con istituzioni pubbliche e private, tenendo comunque presenti le condizioni economiche e di reddito dei destinatari delle facilitazioni.

ART. 10.

(Soggiorni di vacanza e di cure).

1. Le regioni dettano norme per la creazione di soggiorni di vacanza e cura in località particolarmente idonee al fine di dare alle persone anziane possibilità di recupero fisico e di nuovi contatti e rapporti sociali.

2. Le prestazioni idrotermali sono erogate alle persone anziane secondo quanto previsto nell'articolo 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, senza discriminazioni legate all'età e senza limitazioni nella ripetitività dei cicli di cura, ove sanitariamente prescritti.

ART. 11.

(Residenze per gli anziani).

1. Fermo restando quanto disposto dal comma 1 dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, in materia di finanziamento per la costruzione di residenze per gli anziani, la regione disciplina le suddette residenze o case di riposo secondo i seguenti criteri:

a) le residenze o case di riposo devono fornire agli ospiti, oltre ai servizi generali di tipo alberghiero, servizi specifici di carattere assistenziale, di tempo libero, aperti anche ad altri utenti, di ergo-fisioterapia, nonché servizi di assistenza sanitaria;

b) l'accoglimento dell'ospite può avvenire solo a seguito della impossibilità di ricorso alle altre forme di assistenza di cui alla presente legge e su accertato consenso dell'interessato o della coppia;

c) la costruzione e la progettazione delle case di riposo dovranno tener conto delle esigenze degli utenti, con particolare riguardo al verde ed alla eliminazione delle barriere architettoniche, al più facile contatto con l'ambiente sociale esterno, alla creazione di agevoli accessi a tutti i servizi comunitari e pubblici,

nonché di migliori collegamenti con i centri urbani che vanno favoriti con mezzi di comunicazione accessibili agli anziani.

2. Le residenze o case di riposo accolgono e garantiscono la permanenza anche di anziani non autosufficienti o ammalati cronici, per i quali i servizi relativi sono predisposti dalle unità sanitarie locali d'intesa con l'ente gestore.

3. Al funzionamento di residenze o case di riposo per gli anziani e alle connesse strutture si provvede anche mediante operazione di mutuo nelle stesse forme e modalità previste dal citato comma 1 dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

4. Il relativo stanziamento di 100 miliardi è inserito nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.

ART. 12.

(Attribuzioni delle province).

1. Fino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali, spetta alle province, per il proprio ambito territoriale, concorrere alla elaborazione del programma regionale di sviluppo dei servizi per le persone anziane e alla localizzazione dei presidi assistenziali intercomunali, ed esprimere il parere sulla rispondenza alle esigenze delle persone anziane residenti nell'ambito provinciale delle delimitazioni territoriali fissate dalla regione.

2. Alle province possono essere delegate dalle regioni funzioni amministrative nella materia disciplinata dalla presente legge.

ART. 13.

(Attribuzioni dei comuni).

1. I comuni:

a) provvedono all'adeguamento delle strutture esistenti nel territorio alle norme della presente legge ed alla istitu-

zione di nuovi servizi di cui curano il coordinamento con i servizi sanitari e sociali;

b) provvedono ad erogare agli aventi diritto le prestazioni previste dalla presente legge e dalle leggi regionali;

c) forniscono annualmente alla regione i dati dei propri bilanci annuali relativi alle varie forme di assistenza agli anziani, nonché i bilanci preventivi annuali, e partecipano alla formulazione dei programmi triennali regionali per lo sviluppo dei servizi;

d) stipulano convenzioni con le competenti istituzioni private;

e) accertano le condizioni di assistibilità delle persone anziane in base ai criteri stabiliti dalla legge regionale;

f) si avvalgono dell'apporto organizzativo degli enti di patronato per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 4 della presente legge.

ART. 14.

(Iniziativa di volontariato).

1. Ai fini del raggiungimento degli scopi di cui alla presente legge, gli enti locali si avvalgono della collaborazione offerta dalle libere iniziative di volontariato operanti nel territorio, nonché dalle associazioni nazionali dei lavoratori anziani.

ART. 15.

(Consulta nazionale).

1. È istituita la Consulta nazionale per l'anziano. Essa è composta:

a) da venti rappresentanti delle regioni e da un rappresentante delle province autonome di Trento e di Bolzano;

b) da due rappresentanti dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI);

c) da due rappresentanti dell'Unione province d'Italia (UPI);

d) da due rappresentanti dell'Unione nazionale comuni, comunità, enti montani (UNCHEM);

e) da due rappresentanti rispettivamente dei Ministeri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno e del tesoro;

f) da quattordici esperti, di cui tre di Paesi della CEE e tre scelti in rappresentanza dei movimenti del volontariato;

g) da sei rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, presenti nel Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

2. I componenti della Consulta sono nominati, su designazione degli enti ed organismi interessati, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

3. La Consulta è presieduta dal Ministro per gli affari sociali e, su delega, da uno dei componenti esperti, che assume le funzioni di vice presidente.

4. I compensi ai membri della Consulta, costituiti dal gettone di presenza e dal rimborso integrale delle spese documentate, sono disciplinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

5. Compito della Consulta è di provvedere:

a) alla predisposizione di un rapporto annuale al Governo e, successivamente, alle Camere sulla condizione dell'anziano in Italia, anche con riferimento ai trattamenti previsti dagli altri Stati della Comunità europea;

b) alla acquisizione di tutti gli elementi di conoscenza riguardanti le iniziative delle regioni e degli enti locali;

c) a favorire scambi di informazioni e di esperienze tra i Ministeri e gli enti locali interessati;

d) ad esprimere su ogni provvedimento a favore dell'anziano un parere preventivo ed obbligatorio.

6. La Consulta può stipulare convenzioni con istituti specializzati per la raccolta sistematica di dati e lo studio delle iniziative di cui al comma 5.

ART. 16.

(Norma finanziaria).

1. Agli oneri finanziari di cui alla presente legge si provvede con la utilizzazione dei finanziamenti e delle somme stanziare, inseriti in un'unica voce di bilancio « Finanziamenti per servizi sociali » da istituire nello stato di previsione del Ministero del tesoro.