

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 775

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SALERNO, ANDÒ, ANIASI, BALZAMO, BORSANO, BUFFONI,  
CELLINI, FRANCESCO COLUCCI, D'AMATO, MORONI, ROTIROTI**

Intervento dello Stato a sostegno delle attività delle regioni e delle province autonome per il servizio di ospedalizzazione a domicilio agli anziani

*Presentata il 18 maggio 1992*

ONOREVOLI COLLEGGHI! — La presente proposta di legge contribuisce ad integrare un'attività di grande rilievo sociale che alcuni enti locali da tempo perseguono.

È noto come la piramide di età stia cambiando aspetto in seguito al crollo della natalità e della mortalità (l'allungamento della speranza di vita è una conseguenza di due fenomeni combinati cui può associarsi in determinate circostanze l'immigrazione e l'emigrazione).

Ogni anno, il numero degli italiani con più di sessantacinque anni di età aumenta del 4 per cento.

Nel primo scorcio del prossimo secolo, oltre il 20 per cento della popolazione del Paese sarà composta da anziani.

Il mutamento della proporzione tra la popolazione attiva e quella non attiva determina la necessità di modificare anche i

tradizionali approcci culturali ai temi dell'assistenza; diviene necessario dare maggiore rilievo all'assistenza delle persone molto anziane e fragili anche per il cambiamento delle strutture familiari.

In tale ambito è sempre più stretto il rapporto tra sanità ed assistenza.

Su questa linea da tempo il Parlamento europeo ha acceso un ampio dibattito e in una sua raccomandazione del 1985 consigliava di estendere la possibilità di curare il paziente anziano nel proprio ambiente, ospedalizzandolo a casa. Il 1993, anno dell'apertura del mercato comune, è stato proclamato l'« anno europeo degli anziani e della solidarietà tra le generazioni ».

Anche il legislatore italiano, con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, con la quale è stato avviato il Servizio sanitario nazionale, ha costituito le premesse per

un imprescindibile e sinergico rapporto tra il settore sanitario e il settore sociale, stabilendo, fra l'altro, di assicurare « la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata » (articolo 2).

Inoltre, la legge pone fra gli obiettivi prioritari la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione.

Con questa proposta di legge l'attenzione viene estesa al problema degli ammalati non autosufficienti che costituiscono un fenomeno di progressiva espansione con gravi ripercussioni sociali.

Dopo la legge n. 833 del 1978 che, pur non specificatamente rivolta all'assistenza, pone tuttavia importanti collegamenti culturali con questo settore, si riscontra una carenza legislativa, cui neanche la riforma della suddetta legge, *in itinere* nella X legislatura alla Camera, poneva rimedio.

Si prosegue nel ritardo dell'avvio della legge quadro del settore assistenziale, che resta regolato da una vecchia normativa ormai superata dalla realtà.

Avvertendo comunque la necessità di integrare sociale e sanitario, per effettuare significativi interventi a livello di servizi, e ponendo attenzione al grave e crescente problema degli anziani non autosufficienti, il legislatore ha emanato leggi che si muovono in questa direzione.

La legge 27 dicembre 1983, n. 730, dispone, all'articolo 30, che gli enti locali e le regioni possono avvalersi delle unità sanitarie locali per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, facendosi carico del relativo finanziamento.

Sono a carico del Fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività sanitarie connesse con quelle socio-assistenziali.

La legge 11 marzo 1988, n. 67, riafferma la necessità di incrementare il numero dei posti-letto per i non autosufficienti. Il decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, all'articolo 3, comma 5, punti D6, F2 e F5, prevede in modo esplicito la competenza sanitaria per la cura dei pazienti con forme croniche sta-

bilizzate o abbisognevole di trattamenti protratti e auspica, fra l'altro, l'attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare. La legge 30 dicembre 1991, n. 412, all'articolo 4, comma 3, destina lo 0,5 dei posti-letto per mille abitanti alla riabilitazione e alla lungodegenza postacuzie e stabilisce che gli spazi ospedalieri rimasti liberi a seguito della riduzione dei posti-letto, devono essere utilizzati per la riabilitazione di malati lungodegenti e ad alto rischio invalidante.

La legge n. 67 del 1988 all'articolo 20, comma 2, lettera f), definisce come obiettivo di programmazione del Ministero della sanità la creazione di 140 mila posti in strutture residenziali per anziani, che non possono essere assistiti a domicilio o in altre strutture, poliambulatoriali o ospedali diurni.

Tra i modelli d'intervento per le persone anziane non autosufficienti rientrano:

a) intervento socio-assistenziale, servizio alla persona;

b) interventi dei servizi forniti dai distretti (ADI-assistenza domiciliare integrata);

c) ospedalizzazione a domicilio.

L'ultima forma di intervento consente una dimensione protetta, un ricovero più consono e meglio accettato dall'anziano, una riduzione dei costi di esercizio.

Infine il decreto del Ministro della sanità 29 agosto 1989, n. 321, ha stabilito tempi, modi e forme per l'accesso ai finanziamenti (30 mila miliardi nel decennio 1988-1997) previsti nella legge finanziaria n. 67 del 1988, per costruire, ristrutturare, riconvertire strutture, dando vita a: servizi per la prevenzione, residenze per anziani ed handicapati, servizi ambulatoriali ed ospedalieri.

Anche alcune regioni hanno attivato una serie di provvedimenti per programmare gli interventi sanitari nel loro ambito territoriale.

Solo poche regioni, tuttavia, prevedono l'utilizzazione di strumenti ad alto contenuto tecnologico (quali quelli della tele-

matica) che consentono cure a domicilio efficienti ed efficaci e riducono i costi unitari per assistito.

Al fine di integrare l'attività di ospedalizzazione domiciliare delle regioni, si propone di attuare un programma straordinario triennale da realizzare tramite un Fondo nazionale di ospedalizzazione a domicilio alimentato mediante una riserva del gettito delle somme destinate a scopi di interesse sociale a diretta gestione statale e da contributi pubblici e privati.

L'articolato della proposta di legge prevede, all'articolo 1, le deleghe ai soggetti per l'identificazione delle patologie acute e croniche nonché, all'articolo 2, i requisiti minimi per usufruire dell'assistenza domiciliare.

La presente proposta di legge dà anche una finalizzazione appropriata al gettito dell'apporto destinato dai contribuenti, per propria scelta, ad attività ad alto contenuto sociale a diretta gestione statale di cui all'articolo 47, secondo comma, della legge 20 maggio 1985, n. 222; fino ad ora, tale

apporto è sovente finito genericamente nelle casse dello Stato, venendo meno, tra l'altro, agli obiettivi della legge citata.

Con la presente proposta di legge tale apporto può venire aumentato da atti di liberalità dei privati, che vengono incoraggiati tramite forme di detassazione sul modello di quelle in atto in tutti i paesi industrializzati.

È prevista la costituzione di un Comitato con il compito di valutare i piani e le azioni positive delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano ai fini del finanziamento a valere sull'apposito Fondo.

Nell'articolo 13 sono previsti gli adempimenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

Onorevoli colleghi, l'importanza della presente proposta di legge, in linea con le motivazioni culturali ed umane della solidarietà, con gli impegni del Parlamento europeo e con le linee di tendenza espresse dal nostro Parlamento ci impongono di approvarla al più presto.

## PROPOSTA DI LEGGE

### ART. 1.

1. Lo Stato interviene a supporto delle azioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano tese a fornire, attraverso un programma straordinario di ospedalizzazione domiciliare, anche tramite strumenti ad alto contenuto tecnologico, agli anziani affetti da patologie acute e croniche, prestazioni analoghe a quelle di norma fornite presso i reparti ospedalieri ed universitari convenzionati con le unità sanitarie locali.

### ART. 2.

1. Ai fini della presente legge, si considerano persone anziane quei cittadini che abbiano raggiunto l'età pensionabile.

### ART. 3.

1. La richiesta di ospedalizzazione domiciliare è formulata dal medico di base del paziente interessato, fornendo tutte le notizie utili previste dalla vigente normativa.

### ART. 4.

1. Le prestazioni domiciliari sono fornite esclusivamente se si realizzano contemporaneamente le seguenti condizioni:

*a)* vantaggi sanitari complessivi per il paziente;

*b)* disponibilità da parte dei familiari o di terze persone a garantire il necessario sostegno materiale e morale al malato;

*c)* idoneità dell'appartamento in cui il paziente viene curato;

d) impegno del personale medico-infermieristico non inferiore a quello occorrente in ospedale per il trattamento di quella specifica patologia;

e) costi inferiori rispetto alle spese ospedaliere.

#### ART. 5.

1. In via prioritaria le unità sanitarie locali, con proprio atto, individuano i reparti ospedalieri e la tipologia dei loro ricoverati, realizzano le funzioni di dimissione protetta e di ospedalizzazione domiciliare, fornendo ad essi tutte le strutture, il personale e i supporti operativi necessari.

2. Il servizio di ospedalizzazione domiciliare può essere assicurato altresì da *équipes* operative territoriali delle unità sanitarie locali, funzionalmente collegate con l'unità operativa ospedaliera, le quali devono essere in grado di fornire le prestazioni di cui al comma 1. Nelle unità sanitarie locali prive di strutture ospedaliere e di *équipes* territoriali, il servizio di ospedalizzazione domiciliare è istituito tramite convenzione con unità sanitarie locali limitrofe o, qualora ciò non sia possibile, mediante convenzioni apposite con privati.

#### ART. 6.

1. L'*équipe* di ospedalizzazione domiciliare è costituita dal geriatra, da un infermiere professionale, dal terapeuta della riabilitazione, da un assistente sociale e si avvale anche della collaborazione del medico di base. Essa può essere integrata da altri soggetti, a seconda delle esigenze medico-sociali del paziente.

2. L'*équipe* di ospedalizzazione domiciliare svolge altresì i compiti di unità valutativa geriatrica (UVG), consistenti in:

a) accertamento e valutazione funzionale delle condizioni psico-fisiche del pa-

zienti e dei fattori familiari e socio-ambientali;

b) definizione dei piani di intervento personalizzati.

#### ART. 7.

1. Il servizio di ospedalizzazione domiciliare sollecita e favorisce l'apporto del volontariato per le attività di supporto materiale e sociale del paziente e dei suoi familiari.

#### ART. 8.

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, con proprio decreto, stabilisce le caratteristiche e le tipologie delle patologie acute e croniche, nonché gli strumenti ad alto contenuto tecnologico che potranno essere oggetto di contributo sui piani predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per l'ospedalizzazione domiciliare dei soggetti di cui all'articolo 2.

#### ART. 9.

1. Il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, su proposta dei Ministri della sanità e del tesoro, stabilisce ogni anno le condizioni di ammissibilità a finanziamento dei piani e delle azioni positive presentate ai sensi dell'articolo 13 e valutate dal comitato di cui all'articolo 12.

#### ART. 10.

1. È istituito, presso il Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri, il fondo nazionale di ospedalizzazione domiciliare per gli anziani affetti da patologie acute e croniche.

2. Il fondo viene alimentato tramite una riserva del gettito delle somme destinate a scopi di interesse sociale a diretta gestione statale di cui all'articolo 47, secondo comma, della legge 20 maggio 1985, n. 222. L'entità della riserva viene stabilita con apposita norma nel decreto di cui all'articolo 9 della presente legge.

ART. 11.

1. Il fondo di cui all'articolo 10 può essere integrato da contributi versati da privati, imprese, fondazioni, enti pubblici e privati. I contributi sono deducibili dal reddito ai fini del calcolo delle relative imposte.

ART. 12.

1. È istituito un comitato composto dai Ministri della sanità, per le riforme istituzionali e gli affari regionali e del tesoro che, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ripartisce annualmente, in base ai criteri di cui all'articolo 8, le risorse del fondo nazionale di cui all'articolo 10 tra i piani delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, per l'ospedalizzazione domiciliare degli anziani affetti da patologie acute e croniche.

ART. 13.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano annualmente presentano al comitato di cui all'articolo 12 i piani e le azioni positive relative all'ospedalizzazione domiciliare degli anziani affetti da patologie acute e croniche per il supporto finanziario a valere sul fondo di cui all'articolo 10.