

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3383

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato NASTRI

Disposizioni per agevolare l'accesso degli anziani ai servizi pubblici e per l'istituzione di servizi di telesoccorso e telecontrollo

Presentata il 12 aprile 2010

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge intende promuovere interventi di carattere preventivo in favore della popolazione anziana, in relazione alla domanda proveniente, in particolare, dalle aree a più alta concentrazione e da quelle nelle quali si rileva una maggiore difficoltà di fruizione dei servizi pubblici da parte delle persone anziane.

Dall'analisi dei dati statistici disponibili si rileva che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, tipico della nostra epoca, non è uniformemente distribuito, in quanto vi sono aree nelle quali la concentrazione della popolazione anziana supera di gran lunga la percentuale media nazionale. Tali maggiori concentrazioni si riscontrano specialmente in centri lontani dalle grandi aree urbane, che la marginalità della produzione agricola ha contribuito a spopolare in favore delle periferie

urbane (centri cittadini o vecchi quartieri popolari), nei quali, tra l'altro, si è verificato un esodo della popolazione giovane sia per motivi di lavoro che per la formazione di nuove famiglie. Tra le condizioni di disagio più facilmente riscontrabili, la solitudine degli anziani, unita alle difficoltà di mobilità connesse con l'età avanzata, determina spesso l'impossibilità da parte dell'anziano di accedere direttamente ai servizi pubblici sia nel caso in cui questi siano lontani dalla propria abitazione, sia nel caso in cui l'anziano debba affrontare percorsi resi difficoltosi dal traffico urbano. Tale situazione spesso determina la decisione dell'anziano o della sua famiglia di ricorrere al ricovero in istituto.

La proposta di legge in esame intende dare una prima risposta a tali problematiche mediante il ricorso agli strumenti

approntati dal progresso tecnologico, insieme alle molteplici iniziative che scaturiscono dalla solidarietà civile.

All'articolo 1 è autorizzato il finanziamento da parte del Ministro della salute di iniziative degli enti locali che perseguano la finalità di tutelare l'autonomia di vita delle persone anziane e di agevolare l'accesso ai servizi pubblici. L'autorizzazione è concessa per fronteggiare l'eccezionalità della situazione riscontrabile in vaste aree del Paese, ai sensi dell'articolo 149 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Tra gli interventi possibili, l'articolo 1, comma 1, lettera *a*), indica innanzitutto la realizzazione dei servizi di telesoccorso e telecontrollo, già sperimentati con risultati decisamente soddisfacenti. Appare utile premettere una breve descrizione di tali servizi. Essi si articolano come segue:

a) un centro di ascolto, presidiato ventiquattro ore su ventiquattro;

b) terminali periferici installati nelle abitazioni degli abbonati.

All'arrivo di una chiamata da parte dell'abbonato, il video del centro di ascolto ne visualizza il numero telefonico insieme a tutti i dati relativi alla persona (chi avvisare in caso di necessità, eventuale disponibilità di parenti o vicini di casa eccetera). Quindi, si prova a telefonare all'abbonato e, se non risponde, si avvisano i soggetti indicati dalla banca dati oppure il 113, il medico di fiducia, la guardia medica eccetera.

Da parte sua l'assistito, in caso di malore improvviso, ha la possibilità di mettere in azione in modo molto semplice il proprio terminale con un telecomando che egli costantemente porta con sé e che agisce all'interno delle mura della casa, per un raggio di una ventina di metri.

Oltre all'intervento in caso di necessità (telesoccorso), il centro di ascolto provvede anche al controllo periodico delle condizioni psico-fisiche dell'assistito (telecontrollo): a brevi periodi sono infatti effettuate telefonate per verificare lo stato di salute dell'anziano.

Pertanto, il telesoccorso e il telecontrollo consentono il monitoraggio continuo delle condizioni di salute dell'anziano e si pongono come un'adeguata risposta nei casi frequenti di anziani che vivono soli o in coppia, per i quali è proprio la condizione di solitudine e spesso di abbandono che rende maggiori i rischi strutturalmente connessi all'età avanzata.

Invece, con gli interventi di cui alla lettera *b*) del comma 1 dell'articolo 1 si sostengono i progetti con i quali si affronta il problema della fruibilità dei servizi pubblici da parte degli anziani. Si lascia l'iniziativa alla creatività delle comunità locali, ma si tratterà innanzitutto di interventi quali, ad esempio, la possibilità di prenotazione di visite mediche, di rilascio di certificati o di riscossione di competenze, che potranno essere ottenute a domicilio dall'anziano e che spesso non chiedono altro che un'efficiente riorganizzazione degli uffici.

All'articolo 2, l'importanza dell'obiettivo è tale che si rende necessaria una valutazione o misurazione delle risorse, umane e strumentali, necessarie per attuare un intervento a sostegno dell'anziano. È vero che lo strumento normativo non deve spingersi nella descrizione di soluzioni specifiche e dettagliate in quanto possono esistere più formule organizzative efficaci, ma è anche vero che esistono alcuni denominatori comuni da tenere in considerazione per predisporre tutte le molteplici soluzioni.

I denominatori comuni sono quelli precisati nell'articolo predetto. Esso indica una serie di requisiti necessari a fare sì che i servizi di telesoccorso e telecontrollo garantiscano realmente soccorsi tempestivi in caso di difficoltà o di emergenza (come indicato nell'articolo 1, comma 1, lettera *a*)). Tali servizi devono essere affidati a organizzazioni che, oltre a essere in grado di prestarli, ne assicurino la continuità e la qualità.

Quanto indicato nelle lettere *c*) e *d*) del comma 1 dell'articolo 2 intende, appunto, garantire la continuità del servizio sia attraverso la dotazione di una centrale di ascolto idonea, sia attraverso la presenza

di personale tecnico qualificato addetto all'assistenza tecnica alla centrale di ricezione in questione e ai terminali periferici installati presso le abitazioni degli assistiti. In merito ai terminali periferici (lettera e)) si è ritenuto di specificare una caratteristica tecnica di non secondaria importanza: il sistema in « viva voce ». Soluzione questa, ad avviso del proponente, più efficace ad affrontare il problema di natura sociale che è al nostro esame.

In pratica, la richiesta di soccorso giunge a una centrale di ricezione e gestione dove il chiamante è immediatamente identificato. Un *personal computer* visualizza la sua scheda dove sono riportati tutti i dati che consentono all'operatore di dare seguito alla chiamata nel modo più opportuno. L'operatore può così richiamare e parlare con l'assistito anche se quest'ultimo non riesca a raggiungere il suo apparecchio telefonico per rispondere. Infatti, se dopo il terzo squillo l'assistito non risponde entra in funzione il sistema « viva voce ». L'operatore potrà dunque accertare ugualmente il motivo della chiamata e prendere tutti i provvedimenti che la situazione richiede. La specificazione (lettera b)) di un medico presente in centrale di ascolto ventiquattro ore su ventiquattro offre garanzie di professionalità in un servizio, quale quello del tele-soccorso, essenzialmente preposto, in caso di malore improvviso, a ridurre il più possibile l'intervallo senza terapia. Il medico — e non un operatore qualunque — è la figura più idonea non solo a dare i consigli del caso, ma a recepire informazioni utili a tradurre l'intensità dell'urgenza/emergenza e avvisare i soggetti più indicati a effettuare il soccorso. Si pensi, ad esempio, al riscontro telefonico da parte del medico di un sospetto infarto che dovrà essere gestito attraverso un'unità mobile di rianimazione, anziché un'ambulanza dedicata al solo trasporto al pronto soccorso o, ancora, a una patologia che può essere risolta *in loco*, allertando la guardia medica o il medico di fiducia, evitando così il continuo ricorso all'ospedalizzazione. La figura del medico si rende necessaria anche in caso di telecontrollo:

nessuno meglio di un medico può procedere al controllo periodico delle condizioni psico-fisiche dell'anziano. Tutto ciò rende anche necessaria all'interno della struttura la presenza di una direzione sanitaria (lettera a)) che ne definisca i protocolli operativi in modo esplicito e sovrintenda agli stessi.

L'articolo 3 stabilisce le modalità di ripartizione del Fondo istituito all'articolo 6, tra le regioni che ne facciano richiesta. Il meccanismo procedurale è posto a tutela dell'effettività e della continuità degli interventi, mentre le esigenze di trasparenza trovano tutela nella norma che pone il divieto di finanziamento dei progetti per i quali non è prevista una forma di controllo. Alle singole organizzazioni vanno richiesti e successivamente monitorati servizi efficienti e di alta qualità, vista l'importanza dell'obiettivo che si vuol raggiungere.

L'articolo 4 disciplina l'erogazione dei contributi secondo modalità da stabilire con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ma indicando una priorità per i progetti relativi alle aree ad elevata densità di popolazione anziana o lontana dai servizi.

L'articolo 5 prevede la presentazione di una relazione annuale al Parlamento da parte del Ministro della salute, sulla condizione degli anziani nel Paese. Le altre amministrazioni dello Stato e le regioni dovranno collaborare alla redazione della relazione.

All'articolo 6 è istituito il Fondo per la popolazione anziana, presso il Ministero della salute. Il Fondo è ripartito tra le regioni per il finanziamento dei progetti di intervento descritti, elaborati dagli enti locali e realizzati anche mediante convenzioni con enti, organizzazioni di volontariato, associazioni e cooperative di solidarietà sociale.

Per il finanziamento del Fondo, è previsto all'articolo 7, l'utilizzo di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012. Nel testo si specifica che alla realizzazione dei progetti elaborati dagli

enti locali possono, mediante convenzione, essere chiamate a partecipare anche società pubbliche e private. La funzione di programmazione, dunque, spetterà agli enti locali e la gestione può essere anche delegata a organizzazioni private. In questo *mix* pubblico e privato, l'ente locale può instaurare relazioni in un'ottica di cogestione, che favorirà la confluenza all'interno del sistema di elementi quali quelli della qualità e dell'efficacia.

Proprio per assicurarsi un prodotto di qualità, data l'importanza dell'obiettivo che si vuole raggiungere, si è ritenuto di stabilire all'articolo 6, comma 2, la necessità di contribuire a evitare l'insorgere,

anche in questo settore, di fenomeni di affarismo e di corruzione con il conseguente spreco di risorse pubbliche, mediante il ricorso a convenzioni. Tali convenzioni, naturalmente, devono prevedere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuità le attività oggetto della convenzione stessa, nonché il rispetto dei diritti e della dignità degli utenti. Ma, ad avviso del proponente, ciò non è sufficiente: dobbiamo tentare di dettare norme trasparenti che evitino il verificarsi di casi di interruzione del servizio dovuti a mancanza di affidabilità gestionale e di solidità economica.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Principi e finalità).

1. La presente legge, nel rispetto delle competenze previste dal titolo V della parte seconda della Costituzione, promuove interventi di carattere preventivo in favore della popolazione anziana.

2. Il Ministro della salute, considerate le eccezionali situazioni di difficoltà in cui versa parte della popolazione anziana, autorizza il finanziamento di iniziative degli enti locali volte a preservare l'autonomia di vita delle persone anziane e ad agevolare il loro accesso ai servizi pubblici mediante:

a) la realizzazione di servizi di tele-soccorso e telecontrollo che garantiscano tempestivi soccorsi nei casi di difficoltà o di emergenza, eliminando i rischi connessi a una disagiata dislocazione dei servizi;

b) la realizzazione di progetti sperimentali di ammodernamento dei servizi pubblici essenziali, nei quali sia privilegiata la riorganizzazione non onerosa dei servizi stessi, volti a eliminare per quanto possibile la necessità della presenza fisica degli utenti anziani negli uffici.

ART. 2.

(Criteri di organizzazione per il soccorso).

1. Le organizzazioni preposte alla realizzazione dei servizi di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 1, oltre a fornire garanzie di assoluta affidabilità gestionale, solidità economica e trasparenza atte ad

assicurare la continuità e la qualità del servizio, devono documentare le seguenti caratteristiche di professionalità:

a) presenza di una direzione sanitaria responsabile nell'organizzazione delle procedure della centrale di ascolto;

b) presenza di un medico in servizio ventiquattro ore su ventiquattro presso la centrale di ascolto;

c) dotazione di terminali periferici e di una centrale di ricezione e di gestione provvista di idonea certificazione relativa ai requisiti di qualità di efficienza nonché di omologazione degli strumenti tecnologici alle norme dettate dal Ministro dello sviluppo economico;

d) presenza di personale tecnico qualificato dedicato alla costante funzionalità della centrale di ascolto e all'assistenza tecnica ai terminali periferici;

e) terminali periferici, installati presso le abitazioni dei soggetti di cui all'articolo 1, dotati di sistema in « viva voce ».

ART. 3.

(Domanda di partecipazione).

1. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province di Trento e di Bolzano, entro il 15 marzo di ciascun anno, presenta al Ministero della salute domanda di partecipazione alla ripartizione del Fondo di cui all'articolo 6. Condizione per l'ammissibilità delle domande è la trasmissione di copia dei progetti degli enti locali che le regioni intendono finanziare in tutto o in parte e di una dettagliata relazione tecnico-economica. Nel caso di richiesta di finanziamento parziale, le regioni indicano le ulteriori risorse con le quali l'ente locale intende fare fronte alla realizzazione del progetto.

2. Non possono essere richiesti finanziamenti per progetti che non prevedono le garanzie e le caratteristiche di cui all'articolo 2, nonché forme di controllo

periodico sulla loro realizzazione e sul loro funzionamento.

3. Per il solo anno 2010 le regioni possono presentare le domande entro il 30 ottobre.

ART. 4.

(Termini per la presentazione delle domande).

1. Entro tre mesi dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande di cui all'articolo 3, il Ministro della salute provvede, con proprio decreto, a ripartire tra le regioni che ne hanno fatto richiesta le risorse del Fondo di cui all'articolo 6.

2. Hanno carattere prioritario, ai fini del finanziamento, i progetti relativi ad aree, anche subcomunali, nelle quali lo scarto tra la media nazionale e locale della popolazione anziana ultrasessantacinquenne supera il 10 per cento nonché i progetti relativi ad aree lontane dai servizi pubblici socio-sanitari.

3. I criteri di ripartizione del Fondo di cui all'articolo 6 tra le regioni sono individuati, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con decreto del Ministro della salute, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 5.

(Relazione annuale).

1. Il Ministro della salute, entro il 31 marzo di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sulla condizione degli anziani nel Paese.

2. Il Ministro per i rapporti con le regioni trasmette al Ministro della salute i dati necessari per la redazione della relazione di cui al comma 1, relativi alle singole regioni, entro il 15 febbraio di ciascun anno. Entro il medesimo termine le amministrazioni dello Stato, ciascuna per la parte di propria competenza, provvedono a trasmettere i dati in loro possesso.

ART. 6.

(Fondo per la popolazione anziana).

1. Presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per la popolazione anziana, con una dotazione pari a 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, finalizzato alla realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 1 della presente legge, da realizzare, ai sensi del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, anche mediante convenzioni con enti e società pubblici e privati, organizzazioni di volontariato, associazioni e cooperative di solidarietà sociale.

2. Le convenzioni di cui al comma 1 sono stipulate previa presentazione, da parte del soggetto interessato, di fidejussione bancaria proporzionata al numero degli assistiti e comunque non inferiore a 250.000 euro.

ART. 7.

(Copertura finanziaria).

1. Per l'istituzione del Fondo di cui all'articolo 6, è autorizzata la spesa di 25 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012. Al relativo onere, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2010-2012, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2010, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

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

