

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 422

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZANOTTI, LUCÀ, BAFILE, BIANCHI, BUCCHINO, BURTONE, DI GIROLAMO, GRASSI, LAGANÀ FORTUGNO, LUMIA, MOSELLA, RAMPI, SANNA, SQUEGLIA, TRUPIA, AMENDOLA, AMICI, ASTORE, ATTILI, BANDOLI, BELLANOVA, BOATO, CARBONELLA, CARTA, CASSOLA, CHIAROMONTE, CODURELLI, CORDONI, CRISCI, D'ANTONA, DATO, DE BRASI, DEIANA, GIANNI FARINA, FASCIANI, FEDI, FILIPPESCHI, FLUVI, CINZIA MARIA FONTANA, FORLANI, FRANCI, FUMAGALLI, GALEAZZI, GENTILI, GRILLINI, LONGHI, LOVELLI, MARAN, RICARDO ANTONIO MERLO, MIGLIOLI, MOTTA, NARDI, NARDUCCI, NICCHI, OTTONE, PEDULLI, PELLEGRINO, PINOTTI, PIRO, POLETTI, SCHIRRU, SERVODIO, SGOBIO, SPINI, TOMASELLI, TREPICCIONE, TUCCI, VELO, ZANELLA, ZUNINO

Istituzione di un sistema di protezione sociale  
e di cura per le persone non autosufficienti

*Presentata il 3 maggio 2006*

ONOREVOLI COLLEGHE! ONOREVOLI COLLEGGHI! — Con questa proposta di legge abbiamo inteso assumere la proposta di iniziativa popolare n. 6351, depositata in Parlamento al termine della scorsa legislatura, da tre sindacati (SPI-CGIL, FNP-CISL, UILP-UIL), per rafforzare il suo

iter parlamentare in ragione della sua rilevanza e della condivisione nel merito degli interventi indicati.

In Italia, la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti sono, da sempre, affidate prevalentemente alle pratiche familiari e tutti sanno che una diminu-

zione anche piccola nella disponibilità delle famiglie può causare una forte crescita della domanda di assistenza e di servizi. La rete familiare, va sottolineato, presenta una crescente fragilità per la difficoltà, da un lato, delle famiglie più giovani di conciliare lavoro e accudimento dei congiunti e, dall'altro, per i problemi di « tenuta fisica » dei nuclei più anziani, a causa della fatica nella cura dei disabili e dei « grandi anziani » e dell'impegno totalizzante che ciò comporta.

L'approvazione di questo provvedimento costituirebbe un investimento sul presente e sul futuro, poiché guarda anche a quei 14 milioni di italiani che avranno più di 65 anni di età nel 2030, vale a dire il 27 per cento della popolazione, contro l'attuale 16,8 per cento.

Saremo anche allora il Paese più vecchio d'Europa, con il rischio di divenire un Paese solo da assistere, se non si fa leva contemporaneamente su tutti gli interventi che mirano alla prevenzione della non autosufficienza, siano essi di carattere medico-scientifico, siano essi di carattere culturale e sociale.

Se il fenomeno dell'invecchiamento pone problemi seri, soprattutto in ordine ai trasferimenti monetari per la cura dei grandi anziani, non vi è dubbio comunque che oggi poter diventare vecchi e vivere da vecchi è espressione di un'alta qualità della vita. Significa soprattutto recuperare, nella biografia individuale, quando permanga lo stato di autosufficienza, un tempo nuovo ed importante che può essere ancora ricco di progettualità individuali e di relazione.

Una considerazione nuova del tema della non autosufficienza impone la necessità di contrastare l'« istituzionalizzazione » delle attività di cura e di accudimento non solo a parole, bensì concretamente, con interventi di supporto e sostegno di straordinaria intensità e veramente flessibili, tali da rendere davvero possibile alle famiglie il prendersi cura dei propri anziani.

Nella generale carenza di risposte pubbliche, sappiamo che un forte sostegno alle

famiglie viene oggi dalle lavoratrici e dai lavoratori domestici extracomunitari.

Nel complesso, dunque, la famiglia costituisce ancora oggi la principale risorsa a disposizione delle persone disabili e anziane per fronteggiare la non autosufficienza, e i costi della cura sono sostenuti principalmente dalle famiglie stesse, attraverso il ricorso alla rete parentale oppure al lavoro privato di cura (in gran parte sommerso), cosicché, al momento, le indennità di accompagnamento sono assai poco efficaci.

Secondo una recente indagine multi-scopo, i disabili in Italia sono oltre 2,6 milioni e gli anziani costituiscono il 73,2 per cento di essi: 1,9 milioni di persone.

Secondo i dati dell'ISTAT, gli anziani gravemente non autosufficienti sono circa 600 mila; ad essi si aggiungono i disabili non anziani (87 mila minori, 127 mila persone tra 18 e 34 anni di età e 500 mila tra 35 e 64 anni di età). Complessivamente, possono essere considerati disabili gravi 1,5 milioni di persone e le famiglie con un disabile grave sono almeno 1,4 milioni (il 6,6 per cento delle famiglie italiane).

Di fronte a questi dati, chi ha responsabilità di governo della cosa pubblica non può più sottrarsi al compito di promuovere politiche in grado di estendere significativamente la rete dei servizi per fornire risposte ai bisogni quotidiani di ogni singola persona non autosufficiente, potenziando e aggiornando un sistema di servizi che deve essere qualitativamente diverso dal passato, basato su un forte coordinamento e su un'integrazione delle politiche socio-sanitarie, in grado di offrire una maggiore possibilità di scelta agli utenti e di intervenire sulla base di progetti individuali personalizzati.

Questa proposta di legge si pone l'obiettivo di aumentare in misura consistente il numero delle persone non autosufficienti che possono beneficiare delle prestazioni assistenziali, così da pervenire a un universalismo vero, e potenziare tanto l'opportunità di assistenza a domicilio e sul territorio, superando la frammentarietà e i forti squilibri territoriali che sino ad ora

hanno contraddistinto la rete dei servizi esistenti, quanto l'offerta e il sostegno economico in termini di potenziamento; di rafforzare i diritti soggettivi delle persone non autosufficienti, rendendo esigibile il diritto alla prestazione; di ridurre l'impatto finanziario sulle famiglie. In questa prospettiva, il tema delle risorse finanziarie a disposizione diventa dirimente per chiunque si accinga alla predisposizione di un efficace e non propagandistico intervento legislativo che si proponga di rendere davvero praticabili tutele e sostegni.

In altri Paesi europei la discussione dura da anni e i modelli di intervento adottati sono già in corso di correzione alla luce delle esperienze effettuate. In alcuni Paesi si è deciso di socializzare il rischio o ricorrendo a un sistema di tipo assicurativo pubblico, obbligatorio o contributivo, o a uno di tipo universale, coperto da specifiche entrate fiscali. In altri Paesi si è prevista una compartecipazione alla spesa degli utenti e in altri ancora si è proceduto alla privatizzazione dell'assistenza. Da tempo, quindi, in Europa operano schemi di intervento di cui si possono misurare l'efficacia e il livello di gradimento da parte dei cittadini. In Italia siamo ancora indietro. Il tema della redistribuzione delle risorse pubbliche esistenti secondo nuove priorità e della individuazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle oggi disponibili appare urgente e di non facile soluzione per tutte le forze politiche che hanno presentato in Parlamento, nel corso delle diverse legislature, progetti di legge sul tema del sostegno alla non autosufficienza; appare chiaro, quindi, che questa questione richiede soluzioni inedite, in grado di condurre a un'innovazione del sistema di *welfare* e alla messa a disposizione di risorse tali da rendere esigibili per i cittadini, in concreto, e per le loro famiglie, su tutto il territorio nazionale, il diritto all'assistenza, già sancito dalla legge n. 328 del 2000, ma che ora deve prendere corpo attraverso un'adeguata strumentazione organizzativa e finanziaria.

L'istituzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza (previsto dall'articolo

8 della proposta di legge), alimentato in parte attraverso la fiscalità generale, è motivata dalla convinzione che questo strumento, fin dalla prima fase di applicazione, sia in grado di garantire un aumento significativamente consistente della quantità di risorse complessivamente destinate alle persone non autosufficienti, rafforzando i loro diritti attraverso un'azione pubblica collocata in un sistema di protezione sociale complessivamente più robusto, che preveda come tasselli — l'uno imprescindibile dall'altro — la definizione dei livelli essenziali di assistenza, il potenziamento della rete dei servizi e l'intervento assistenziale sulla base di progetti individuali.

È del tutto evidente che le risorse messe a disposizione dal Fondo devono necessariamente combinarsi con le risorse che già esistono e che vanno tuttavia consistentemente aumentate per arrivare a una vera risposta universalistica. Da questo punto di vista, è necessario un incremento delle risorse stanziare nell'ambito del Fondo sanitario nazionale a sostegno del costo di cura continuativo in età anziana, oltre che, naturalmente, un adeguamento delle risorse locali.

I principi e gli obiettivi sui quali si basa il Fondo di cui si propone l'istituzione riguardano: l'universalità nei benefici (le prestazioni del Fondo costituiscono un diritto soggettivo esigibile); l'unitarietà e l'omogeneità del sistema di *welfare* su tutto il territorio nazionale, che il Fondo contribuisce a garantire; il potenziamento delle prestazioni (in particolare, tramite la garanzia della loro disponibilità); la prevalente domiciliarietà nella fruizione delle stesse; la progressività nella contribuzione.

Per la costituzione del Fondo si avanza una proposta che fa appello a un patto di solidarietà tra tutti i cittadini di fronte a un rischio che non è più accidentale o straordinario, ma assai prevedibile, quello della non autosufficienza, specie, ovviamente, in età anziana. Quanto alla modalità di gestione del Fondo, è imprescindibile la connessione con le regioni, considerato il rafforzamento del loro ruolo e

delle loro funzioni a seguito della modifica del titolo V della parte seconda della Costituzione: allo Stato spetta pertanto la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, alle regioni la potestà di regolamentare e di organizzare i servizi.

Le prestazioni previste dal Fondo, prevalentemente di carattere domiciliare, non sono sostitutive di quelle sanitarie e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

I livelli essenziali delle prestazioni e i parametri di valutazione del grado di non autosufficienza sono definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza unificata. Il Fondo è destinato a potenziare la rete dei servizi, a erogare le prestazioni assistenziali attraverso la realizzazione dei progetti individuali, a erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali e assegni di cura commisurati alla gravità del bisogno, nell'ambito di quanto stabilito nel programma di assistenza definito in sede distrettuale, a erogare le risorse necessarie al pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in strutture residenziali, nonché a sviluppare iniziative di solidarietà a favore delle famiglie, anche in concorso con il volontariato e con le organizzazioni non governative.

Già nei diversi mesi di lavoro dedicati a questo tema dalla Commissione Affari sociali della Camera dei deputati nella XIV legislatura è emersa la consapevo-

lezza condivisa dalla necessità di raccogliere una grande sfida, provando a immaginare un nuovo modello organizzativo dei servizi, che esca dalla rigidità centralistica e standardizzata e che si fondi sui criteri dell'universalità della tutela, della solidarietà e della responsabilità sociale, nella comune convinzione che il sistema dell'offerta di servizi non può rimanere così com'è, ma deve essere potenziato e reso sempre più efficiente ed economico.

La presente proposta di legge ha tutte le caratteristiche per dare risposte adeguate a questa sfida.

Le associazioni dei disabili, i sindacati (che hanno raccolto più di un milione di firme per l'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza), le regioni, le associazioni delle famiglie, hanno tutti sollecitato il Parlamento, nella XIV legislatura, ad approvare una legge in materia.

Si tratta, ora, di produrre un formidabile investimento politico in questa legislatura, perché il sostegno alle persone non autosufficienti chiama in causa cultura, sensibilità, saperi e diritti, aggiornamenti di politiche nella cornice rinnovata di un *welfare* basato sui cicli di vita e chiama, altresì, in causa le aspettative di tante centinaia di migliaia di persone che non possono essere deluse da una politica che rimane priva di futuro se non è in grado di occuparsi del quotidiano, spesso difficile, di ciascun individuo.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Finalità).*

1. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, e nel rispetto degli articoli 117 e 119 della Costituzione, la presente legge, al fine di incrementare il sistema di prevenzione, contrasto e riabilitazione dei processi di non autosufficienza e per il sostegno e il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie, determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogare nei casi di non autosufficienza, definisce i principi per la loro garanzia attraverso il piano nazionale per la non autosufficienza, di cui all'articolo 5, e istituisce il Fondo nazionale per la non autosufficienza ai sensi dell'articolo 8.

2. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi previsti dalla presente legge i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea e i loro familiari, nonché gli stranieri equiparati ai cittadini italiani ai sensi dell'articolo 41 del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

## ART. 2.

*(Definizione di non autosufficienza e piano individualizzato di assistenza).*

1. Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni

dell'*International Classification of Functioning Disability and Health-ICF*, dell'Organizzazione mondiale della sanità e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

2. La valutazione multidimensionale di cui al comma 1 è effettuata nell'ambito del distretto di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, da apposite unità pluriprofessionali appartenenti ai servizi socio-sanitari, composte da medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, da personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e da assistenti sociali designati dai comuni, nonché dal medico di medicina generale della persona da valutare.

3. Per la valutazione della non autosufficienza le unità pluriprofessionali di cui al comma 2 si avvalgono di strumenti e di metodologie validati e uniformi su tutto il territorio nazionale e idonei alla misurazione del grado di autonomia funzionale, quale risultante delle condizioni organiche delle patologie cronico-degenerative e di comorbilità e dei loro esiti, delle condizioni psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali ai fini dello svolgimento, delle funzioni della vita quotidiana, della cura di sé e dell'uso degli strumenti e dei mezzi di comunicazione.

4. Le categorie della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali differenziate sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità:

a) incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;

b) incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa;

c) incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana e alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e di instabilità clinica.

5. L'unità pluriprofessionale di cui al comma 1 predispone, a favore della per-

sona non autosufficiente, un piano individualizzato di assistenza (PIA), che stabilisce le prestazioni di cura, di riabilitazione, di assistenza personale e di aiuto nel governo della casa e, qualora necessarie, le misure di sostegno al reddito personale. Nella predisposizione del PIA sono coinvolti i familiari e, qualora richiesto dall'interessato, un esperto indicato dalle organizzazioni sindacali o dagli organismi di tutela dei cittadini. L'attuazione del PIA è monitorata da un operatore del servizio socio-sanitario con funzioni di responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, i suoi familiari e le risorse ambientali, al fine di valorizzare e utilizzare tutte le risorse idonee a migliorare le condizioni della persona non autosufficiente.

6. I criteri e le modalità di attuazione delle disposizioni del presente articolo sono disciplinati e periodicamente aggiornati nell'ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

### ART. 3.

#### *(Livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali e diritti esigibili).*

1. I livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti (LESNA) sono parte integrante dei livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti ai sensi degli articoli 18, comma 3, e 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, e i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5 della presente legge. Gli oneri relativi alle prestazioni garantite dai LESNA sono posti a carico del Fondo nazionale per la non autosufficienza istituito ai sensi dell'articolo 8.

2. I LESNA garantiscono su tutto il territorio nazionale l'esigibilità dei seguenti diritti:

a) informazione e consulenza sulla rete di prestazioni offerte per la non autosufficienza e accesso unificato ai ser-

vizi socio-sanitari, nonché misure di pronto intervento;

b) valutazione multidimensionale individuale;

c) predisposizione del PIA e accompagnamento nel percorso assistenziale da esso definito;

d) prestazioni integrate, domiciliari, semiresidenziali, residenziali e di ricovero di sollievo, in relazione alle diverge componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale.

3. Al fine di assicurare l'attuazione degli interventi di cui al comma 2, i LESNA sono suddivisi in base alle seguenti prestazioni:

a) assistenza tutelare alla persona a carattere domiciliare;

b) aiuto domestico-familiare, ivi compreso quello a sostegno delle cure prestate dai familiari;

c) assistenza economica;

d) adeguamento e miglioramento delle condizioni abitative ai fini di una migliore fruizione dell'abitazione;

e) sostegno alla mobilità.

4. Le prestazioni garantite dai LESNA non sostituiscono quelle erogate del Servizio sanitario nazionale, ma si integrano con le stesse, in particolare con quelle indicate nell'allegato C annesso al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni. I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, erogate con continuità temporale e senza restrizioni per le persone non



autosufficienti, si integrano con le prestazioni garantite dai LESNA. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 2, comma 6, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come sostituito dall'articolo 2 del decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

5. Le regioni possono stabilire ulteriori e più elevati livelli essenziali, con oneri finanziari a carico dei rispettivi bilanci.

#### ART. 4.

*(Coordinamento delle misure economiche erogate dallo Stato nell'ambito dei LESNA).*

1. Per le persone riconosciute non autosufficienti ai sensi della presente legge, che beneficiano delle misure di carattere economico erogate dallo Stato alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità, di cui alle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, 11 febbraio 1980, n. 18, e ai decreti legislativi 21 novembre 1988, n. 508, e 23 novembre 1988, n. 509, e successive modificazioni, fatti salvi i benefici in atto e i diritti maturati fino all'entrata in vigore del Piano di cui all'articolo 5 della presente legge, la concessione delle prestazioni economiche previste dalle normative citate al presente comma, a decorrere dalla data stabilita dal citato Piano, è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psico-fisiche del richiedente, con le modalità indicate all'articolo 2.

2. Le prestazioni economiche previste dalle normative di cui al comma 1 sono erogate anche nel caso in cui la persona non autosufficiente sia ospitata in strutture semiresidenziali e residenziali non riabilitative, prevedendo l'utilizzo degli emolumenti economici percepiti, come concorso ai costi della tariffa alberghiera, ferma restando l'attribuzione alla persona non autosufficiente di una somma non inferiore al 25 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

## ART. 5.

*(Piano nazionale per la non autosufficienza).*

1. La definizione, le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei LESNA, le priorità di intervento, le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi per la non autosufficienza, gli indicatori e i parametri per la verifica della realizzazione dei livelli essenziali e della utilizzazione delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, istituito ai sensi dell'articolo 8 della presente legge, sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza, di seguito denominato « Piano nazionale », approvato con le procedure di cui all'articolo 18 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. Il primo Piano nazionale è approvato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Il sistema informativo dei servizi sociali di cui all'articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328, integrato con i dati del Servizio informativo sanitario e della spesa sociale degli enti locali per la non autosufficienza, provvede al monitoraggio annuale dello stato di erogazione dei LESNA, del loro grado di efficienza ed efficacia, dei risultati conseguiti anche rispetto al contenimento della spesa ospedaliera impropria secondo modalità e criteri stabiliti dal Piano nazionale.

4. Le iniziative collegate all'affermazione di nuovi stili di vita, volti a rallentare il decadimento psichico e fisico, a mantenere attivi gli interessi culturali e relazionali, nonché a facilitare la mobilità delle persone non autosufficienti, sono promosse sulla base di specifici programmi nazionali e regionali predisposti di intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini.

## ART. 6.

*(Soggetti erogatori).*

1. All'erogazione dei LESNA provvedono i comuni e il Servizio sanitario

nazionale, in forma diretta o accreditata, secondo le rispettive competenze disciplinate dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni; all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettera *c*), della presente legge, provvede lo Stato. Nelle forme di accreditamento previste ai sensi del presente articolo, è riservato un ruolo primario alle organizzazioni di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

2. Le prestazioni dei LESNA garantite ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera *d*), qualora i soggetti di cui al comma 1 del presente articolo non siano in grado di provvedervi, possono essere erogate con le modalità di cui all'articolo 17 della legge 8 novembre 2000, n. 328. L'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettere *a*), *b*) e *d*), può avvenire anche attraverso persone singole, in possesso di adeguata qualificazione o comunque disponibili ad effettuare percorsi formativi di base. I criteri e le modalità di attuazione del presente comma sono stabiliti dal Piano nazionale, nel rispetto delle competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

#### ART. 7.

##### *(Esigibilità dei diritti).*

1. Le persone non autosufficienti e, per quanto di competenza, le loro famiglie, hanno diritto alle prestazioni incluse nei LESNA, anche su richiesta della persona interessata o di chi la rappresenta. In caso di inadempimento da parte dell'ente competente è ammesso ricorso in via giurisdizionale. Gli interessati possono essere assistiti in giudizio dagli istituti di patronato, dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato.

## ART. 8.

*(Fondo nazionale per la non autosufficienza).*

1. Per l'attuazione della presente legge è istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Fondo nazionale per la non autosufficienza, di seguito denominato « Fondo ».

2. Le risorse del Fondo sono destinate, secondo i criteri previsti dal Piano nazionale, al perseguimento delle seguenti finalità in favore delle persone non autosufficienti:

a) attuazione dei LESNA;

b) potenziamento dei servizi, delle prestazioni e degli interventi socio-assistenziali;

c) finanziamento dei titoli per la fruizione di prestazioni sociali;

d) sostegno delle famiglie, ivi compresi quello economico e la copertura previdenziale dei familiari addetti all'assistenza della persona non autosufficiente, e riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche attraverso servizi di sollievo ed agevolazioni tariffarie;

e) erogazione delle risorse necessarie per il pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in strutture residenziali o di ricorso ad altre strutture anche a carattere diurno;

f) assistenza economica, ivi compresa l'erogazione degli assegni e delle indennità previsti dalle normative citate all'articolo 4 comma 1.

3. Alla programmazione e all'erogazione dei servizi, delle prestazioni e degli interventi di cui al comma 1 provvedono i soggetti competenti in base alle leggi delle rispettive regioni e province autonome nonché alle indicazioni del Piano nazionale e dei rispettivi piani regionali e provinciali.

4. Restano ferme le competenze del Servizio sanitario nazionale e le modalità

di finanziamento in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione con continuità temporale e senza restrizioni per le persone non autosufficienti.

ART. 9.

*(Finanziamento del Fondo).*

1. Il finanziamento del Fondo è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni erogate dai LESNA.

2. Al Fondo affluiscono altresì le somme derivanti:

a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni e delle indennità previste dalle normative citate all'articolo 4, comma 1;

b) dal contributo di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;

d) dai finanziamenti derivanti da programmi dell'Unione europea;

e) da donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex bancarie; su tali donazioni si applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale;

f) dal recupero di entrate conseguenti all'emersione del lavoro irregolare derivante dall'applicazione dell'articolo 6, comma 2;

g) dal recupero dell'evasione fiscale.

3. La ripartizione fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse del Fondo è effettuata, entro il 31 dicembre di ogni anno, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze; di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, acquisito il parere

delle competenti Commissioni parlamentari. La ripartizione viene effettuata, secondo i criteri contenuti nel medesimo decreto, sulla base di indicatori riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e degli altri indicatori e criteri previsti ai fini della ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali e tenendo conto della realtà dei territori meno sviluppati e dei risultati del monitoraggio di cui all'articolo 5, comma 3.

ART. 10.

*(Fondi integrativi regionali).*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire fondi regionali e interregionali per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie del Fondo loro assegnate ai sensi dell'articolo 9, comma 3, nonché di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi o ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale.

PAGINA BIANCA

€ 0,30



\*15PDL0003930\*