
PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati

FIORONI, ADINOLFI, AGOSTINI, ARGENTIN, BARETTA, BENAMATI, BOBBA, BOCCI, BOCCIA, BOCCUZZI, BORDO, BRANDOLINI, BRESSA, CAPODICASA, CARELLA, MARCO CARRA, CASTAGNETTI, CAUSI, CAVALLARO, COLANINNO, CONCIA, CORSINI, COSCIA, DAL MORO, D'ANTONI, DE MICHELI, DE PASQUALE, DUILIO, ESPOSITO, FADDA, FARINONE, FERRANTI, FERRARI, FIANO, FIORIO, FOGLIARDI, FRONER, GAROFANI, GASBARRA, GENTILONI SILVERI, GHIZZONI, GIACHETTI, GIACOMELLI, GINOBLE, GNECCHI, GRASSI, GRAZIANO, LAGANÀ FORTUGNO, LARATTA, LOSACCO, MARANTELLI, MARCHIGNOLI, MARCHIONI, MARGIOTTA, MARTELLA, PIERDOMENICO MARTINO, MAZZARELLA, GIORGIO MERLO, MERLONI, META, MISIANI, MORASSUT, NACCARATO, OLIVERIO, ANDREA ORLANDO, PEDOTO, MARIO PEPE (PD), PICCOLO, PICIERNO, PIZZETTI, POMPILI, PORTAS, RECCHIA, RIGONI, ROSSOMANDO, RUBINATO, SANGA, SANI, SARUBBI, SERVODIO, SIRAGUSA, STRIZZOLO, TENAGLIA, TOCCI, TOUADI, TRAPPOLINO, TULLO, VACCARO, VASSALLO, VELO, VERINI, VIOLA, ZUCCHI

Istituzione del Fondo per la non autosufficienza

Presentata il 27 giugno 2012

Onorevoli Colleghi! — L'Italia, come tutti i Paesi economicamente e socialmente avanzati, invecchia. Oltre il 20 per cento dei suoi 56 milioni di abitanti conta più di sessantacinque anni, in quasi 6 milioni hanno tagliato il traguardo dei settantacinque anni, in 17.000 sono ormai oltre i cento anni. Se il dato è un positivo segnale di benessere diffuso e di soddisfacente tutela sociale e sanitaria del cittadino e delle comunità, c'è però da considerare che inevitabilmente un crescente numero di anziani è affetto da malattie croniche o vive situazioni psico-fisiche invalidanti. Ciò determina un progressivo aumento del fenomeno della non autosufficienza, che cresce dopo i sessantacinque anni di età e che si impenna tra i settantacinque e gli ottantacinque. Fonti diverse, dal Censis all'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), sono concordi nello stimare in oltre 2,7 milioni le persone con gravi disabilità, parzialmente o del tutto non autosufficienti, con un *trend* di crescita proiettato verso i 3 milioni nel 2015. Una consistente e crescente quota di esse richiede interventi sociali e sanitari continuativi.

Una situazione difficile, che presenta forti differenziazioni nelle diverse realtà locali, in un quadro di rapido cambiamento della composizione dei nuclei familiari e delle relazioni nel loro ambito. Al nord si registrano più alti indici di invecchiamento e nelle diverse situazioni non sempre gli anziani vivono in contesti familiari in grado di assisterli. Lazio e Lombardia si distinguono per una percentuale di anziani soli che supera il 30 per cento nella fascia di età considerata in un quadro

di indebolimento delle relazioni parentali che rende difficile il supporto di reti familiari. Al sud, al contrario, mantiene ancora carattere preminente il modello tradizionale di famiglia che, indubbiamente, può garantire maggiore tutela per i soggetti deboli. E il disagio in vecchiaia si caratterizza ovunque al femminile, perché le donne vivono più a lungo, ma anche perché sono connotate da malattie cronico-degenerative in aumento, da solitudine e da basso reddito.

Si tratta di una sfida inedita e impegnativa per le famiglie e per l'intero sistema di *welfare*, che il nostro Paese affronta con un preoccupante ritardo. I comuni, che pure hanno sviluppato reti di servizi, intercettano con difficoltà la domanda crescente di assistenza, soprattutto dopo i ripetuti tagli nel settore sociale. Le aziende sanitarie locali (ASL), pur nel processo di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio che consente di ridurre ricoveri e di attivare e sviluppare prestazioni domiciliari e diurne, nonché residenze assistite, faticano a contenere i costi entro i limiti programmati. Resta l'indennità di accompagnamento (legge n. 18 del 1980), di cui usufruiscono oggi circa un milione e mezzo di persone, per il 75 per cento con più di 65 anni. Ma con i suoi 492 euro mensili, fissi per tutti, l'indennità si rivela sempre più misura rigida, generica e palesemente inadeguata a fronteggiare bisogni assistenziali complessi e diversificati. Il risultato è che le persone con gravi disabilità e gli anziani non autosufficienti pesano sempre più sulle famiglie, sia come carico assistenziale che in termini di oneri economici.

La non autosufficienza è ormai, dopo la perdita del lavoro, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane, come conferma il recente rapporto del Centro di studi economici ed internazionali (CEIS) dell'università Tor Vergata di Roma, secondo il quale il 6 per cento di esse affronta costi legati a disabilità e a non autosufficienza che superano il 40 per cento della loro capacità di spesa. Secondo il rapporto dell'Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani (INRCA) le famiglie, tra assistenza, badanti e quote per le residenze sanitarie assistenziali (RSA), spendono annualmente lo 0,59 per cento del prodotto interno lordo (PIL), più o meno quanto spende lo Stato per l'indennità di accompagnamento. Mentre la componente di spesa socio-sanitaria pubblica della ASL e dei comuni per la non autosufficienza è ferma a uno scarno 0,62 per cento. Nel dettaglio, il costo di una badante regolarmente assunta si aggira sui 1.500 euro al mese, mentre la quota media di partecipazione ai costi sociali di una RSA si attesta a 50 euro al giorno. Oneri particolarmente elevati, addirittura proibitivi per una quota consistente di famiglie, se si considera che il reddito medio familiare mensile si attestava nel 2010 a 2.726 euro al netto di imposte e di contributi sociali. Non meno pesanti sono i riflessi sui bilanci dei comuni chiamati ad erogare la quota sociale per i ricoveri in RSA nei casi di basso reddito familiare.

A fronte di una situazione ormai al limite del drammatico non sono venute finora risposte convincenti. Dal Libro bianco e dal Rapporto sulla non autosufficienza del precedente Governo emergono generiche intenzioni e vaghi riferimenti ai fondi integrativi, che non hanno trovato alcuna corrispondenza nelle scelte operative tutte tese a indebolire gli istituti dello Stato sociale. Mentre lo stesso tentativo lungimirante del Governo Prodi di istituire con la legge finanziaria 2007 (legge n. 296 del 2006) un apposito fondo (Fondo per le non autosufficienze) si è rivelato uno strumento utile ma fragile, in balia tanto delle oscillazioni dell'economia che dei variabili orientamenti politici. Se si guarda, infatti, al bilancio 2011, il Fondo è del tutto azzerato rispetto ai 400 milioni di euro stanziati nel 2010. Ciò, oltretutto, in un quadro complessivamente negativo, che ha visto ridursi i trasferimenti di spesa sociale alle regioni e ai comuni di oltre l'80 per cento, con stanziamenti passati da 2.520 milioni di euro nel 2008 a 349 milioni di euro nel 2011, con il risultato di un crescente stato di crisi delle reti sociali dei comuni, che vanno ormai riducendo significativamente servizi, prestazioni e sostegno a famiglie e a fasce deboli. Un andamento negativo che vede fortunatamente una prima inversione di marcia nel nuovo Piano nazionale per la famiglia adottato dal Governo Monti, che destina alla non autosufficienza 330 milioni di euro di fondi europei.

L'istituzione di un nuovo Fondo per la non autosufficienza si muove su una linea del tutto alternativa rispetto alle politiche degli ultimi anni, che non solo hanno determinato tagli, ma che hanno ripetutamente mirato al bersaglio costituito dall'invalidità e ai diritti delle persone disabili o non autosufficienti. Il precedente Governo partiva dall'idea, poi abbandonata, di vincolare

l'indennità di accompagnamento al reddito, per poi tentare un drastico taglio degli assegni di invalidità, elevando dal 75 all'85 per cento la soglia di accesso al beneficio. Tentativo, dopo le retromarcie imposte dalla reazione delle associazioni dei disabili, riproposto surrettiziamente dal disegno di legge delega su fisco e assistenza, accantonato dal nuovo Governo, che fissava l'obiettivo di un risparmio di ben 20 miliardi di euro annui e che, soprattutto, delineava un'idea neocaritatevole di *welfare* e prevedeva per la non autosufficienza una generica indennità sussidiaria non garantita come livello di assistenza.

L'errore di quelle manovre è stato non considerare che la crescita di spesa per l'invalidità civile non è attribuibile all'incontrollato aumento del numero di invalidi o al fenomeno ormai limitato dei falsi riconoscimenti, bensì alla progressiva lievitazione di anziani non autosufficienti. E l'idea di escludere dal beneficio dell'accompagnamento coloro che superano un reddito annuo di 25.000 euro, elevato a 38.000 euro se cumulato a quello del coniuge, sarebbe stata iniqua per due ragioni. Perché i 492 euro di indennità sono nella gran parte dei casi largamente insufficienti a fare fronte ai costi dell'assistenza. Perché non distingue tra anziani non autosufficienti e persone con disabilità permanente. Queste ultime e le loro famiglie si caricano per un'intera vita e, comunque, per molti anni di un onere non riducibile alla sola spesa per l'assistenza. Infatti, la presenza in famiglia di un disabile grave comporta costi sanitari, assistenziali e di gestione della vita quotidiana di notevole entità e riduce le possibilità di lavoro e di guadagno per l'intero nucleo familiare. Sono queste le ragioni che hanno portato il legislatore a riconoscere l'emolumento in base al solo titolo della minorazione.

Il riferimento al reddito non è invece da escludere per gli anziani non autosufficienti, che affrontano la disabilità per un arco di tempo limitato e che comunque nel corso della loro vita hanno potuto godere di possibilità di guadagno e di programmazione di risorse anche in previsione di una minore autonomia in terza età. Ma questo non per negare il diritto all'emolumento, bensì per differenziarlo come entità in presenza di condizioni economiche più o meno favorevoli. È perciò opportuno e urgente definire nuovi criteri e prevedere, pur in un unico sistema, specifiche discipline degli interventi per la terza età e per la disabilità. Per i disabili è necessario finalizzare l'indennità al sostegno, all'autonomia delle persone e agli oneri gravanti sulle famiglie, anche alla luce dell'evoluzione dei bisogni assistenziali in un quadro di integrazione sociale, di vita indipendente, di misure per il «dopo di noi» nella nuova rete di servizi e interventi definiti dalla legge n. 104 del 1992 e dalla riforma dell'assistenza.

Gli evidenti limiti delle azioni fin qui attivate sono una conseguenza del fatto che si è continuato ad affrontare come ordinaria una situazione che tale non è più. Quando il rischio di non autosufficienza non è più occasionale ma, con l'aumento dell'aspettativa di vita, nell'attuale fase di transizione epidemiologica, in cui è rilevante il carico di patologie croniche e degenerative, diventa condizione attesa e prevedibile, non ci si può affidare ai magri bilanci dei comuni o alle innovazioni dei modelli di intervento nella sanità. Altri Paesi in Europa, da ultimo la Spagna, hanno scelto da tempo strade più efficaci, misure straordinarie che spaziano dalla tassa di scopo all'assicurazione obbligatoria pubblica. Quest'ultima, come quarto pilastro del sistema di *welfare* che va ad aggiungersi alla sanità, alla previdenza e all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è, in particolare, dal 1995 l'opzione tedesca, alimentata con un prelievo dell'1,9 per cento sulle retribuzioni, alla quale, c'è da sottolineare, che hanno contribuito corposamente, non solo le imprese, ma anche i lavoratori rinunciando a due giorni di ferie l'anno. Essa prevede quattro livelli di gravità cui corrispondono interventi differenziati il cui costo varia dai 205 ai 1.688 euro al mese. Il diritto alle prestazioni è frutto di valutazioni mediche e non fa riferimento al reddito, anche per evitare che la non autosufficienza determini un peggioramento delle condizioni economiche e sociali delle famiglie. Delle condizioni reddituali si tiene conto invece in Francia, dove le prestazioni, anche qui commisurate alla gravità delle condizioni psico-fisiche, variano per costo dai 344 ai 1.107 euro mensili. Ovunque si privilegiano gli interventi a domicilio, puntando prioritariamente su trasferimenti economici a sostegno di reti familiari e territoriali.

Anche nel nostro Paese non è più rinviabile una misura straordinaria che possa mettere le

famiglie in condizione di affrontare con serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona disabile o anziana non autosufficiente. Secondo recenti stime del Ministero della salute e di importanti istituti di ricerca, avviare un nuovo e più adeguato sistema richiede risorse consistenti: circa 16 miliardi di euro rispetto agli attuali 9,5 per l'indennità di accompagnamento. Lasciando a totale carico dello Stato gli interventi per la disabilità, occorrerebbe allora integrare la quota per gli anziani non autosufficienti, con nuove entrate e con risparmi di spesa in altri settori dell'amministrazione pubblica. Obiettivo ambizioso, da perseguire nel quadro di una complessiva ridefinizione della gestione delle risorse disponibili, compresi i fondi integrativi. Un processo da avviare con gradualità in un'equilibrata valutazione di costi e benefici per la finanza pubblica, a partire dal finalizzare alla non autosufficienza eventuali utili delle gestioni previdenziali e assicurative pubbliche. Operazione da costruire nel quadro di una rideterminazione degli oneri contributivi e fiscali per le diverse categorie di lavoratori e per le imprese, anche al fine di non determinare costi aggiuntivi sul lavoro in una fase di crisi, che richiede un contenimento della pressione fiscale e della spesa pubblica per dare stabilità e competitività al sistema, non escludendo anche l'ipotesi di compensare eventuali maggiori oneri con una ridefinizione di una serie di istituti contrattuali, compresi permessi e giorni di ferie, e prevedendo un contributo di solidarietà a carico delle rendite finanziarie e dei patrimoni. Promuovere, cioè, una fase di sperimentazione per fissare poi, sulla base dei risultati conseguiti, i termini definitivi del sistema anche mediante il confronto con le parti sociali e con le categorie interessate.

Istituire il Fondo per la non autosufficienza a livello nazionale non contrasta con l'assetto istituzionale delineato dal federalismo solidale, purché nelle fasi di programmazione, definizione ed erogazione delle prestazioni ci si muova in coerenza con i principi dettati dal titolo V della parte seconda della Costituzione e dalla legge n. 328 del 2000, che attribuiscono alle regioni competenza esclusiva in materia di servizi sociali, a partire dalla fissazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) esigibili dai cittadini, secondo le modalità previste dall'articolo 22 della legge n. 328 del 2000 che devono garantire interventi uniformi in tutto il territorio nazionale. Alle regioni è attribuita la responsabilità di definire modelli organizzativi, modalità di utilizzazione dei buoni servizio ed eventuali criteri di accreditamento di reti assistenziali, requisiti ed albi per operatori ed assistenti familiari, modalità di rendicontazione dei buoni servizio, nonché il ruolo dei comuni, in particolare per la definizione dei piani personalizzati di intervento, e dei distretti socio-sanitari anche ai fini dell'integrazione con gli interventi sanitari. Alle commissioni medico-legali delle ASL, integrate da medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) ai sensi dell'articolo 20 del decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni dalla legge n. 102 del 2009, e dall'operatore sociale del distretto di riferimento, è attribuito il compito di riconoscere il titolo ai diversi emolumenti. In questo quadro l'INPS, già coinvolto nella gestione delle prestazioni economiche agli invalidi civili, con la sua struttura capillarmente organizzata per la riscossione dei contributi previdenziali e per l'erogazione delle relative prestazioni, dotata di propri servizi medico legali e organicamente collegata anche per via telematica con le ASL, appare l'Istituto più idoneo alla gestione finanziaria del sistema.

Con un nuovo fondo adeguatamente finanziato anche nel nostro Paese si può attivare un sistema universalistico di assistenza che superi le rigidità dell'indennità di accompagnamento e che tenga conto dei diversi gradi di dipendenza e delle diverse tipologie di intervento necessarie a fronteggiare bisogni assistenziali complessi, in un *mix* moderno e dinamico di prestazioni formali e informali, nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale e verticale prevista dal vigente ordinamento. Una gamma di prestazioni, differenziate sulla base di tre livelli di gravità e di dipendenza, e per gli anziani sulla base della situazione reddituale familiare, che potranno prevedere trasferimenti monetari, buoni servizio, assistenza domiciliare e rimborso della quota sociale per il ricovero in RSA.

Un simile fondo, oltre che migliorare la tutela socio-sanitaria delle persone disabili o anziane non autosufficienti, può contribuire a riequilibrare l'intero sistema di *welfare* determinando consistenti risparmi su altre voci di spesa, in particolare sulla sanità. Se, infatti, si considera che i

ricoveri impropri di ultrasessantacinquenni costituiscono il 20 per cento del totale dei ricoveri (Osservatorio terza età, 2009), con un margine teorico di recupero valutabile in 8 miliardi di euro, si può prudenzialmente stimare in una prima fase fino a 3,5 miliardi di euro di risparmio del fondo sanitario nazionale. Ad essi si andranno a sommare dal 2012 i benefici sui conti sanitari delle regioni che possono apportare i fondi sanitari integrativi e le società di mutuo soccorso in termini di vincolo del 20 per cento di prestazioni erogate per la non autosufficienza.

Riflessi importanti vi saranno anche sui livelli occupazionali e sul mondo del lavoro. Già oggi le famiglie si avvalgono generalmente di badanti, che hanno superato quota 750.000, prevalentemente di origine straniera. Un fenomeno in buona parte irregolare e sommerso, destinato ad emergere e ad assumere consistenze ben più significative in presenza di interventi domiciliari, monetari, di azioni di sistema, di una più forte rete di servizi residenziali e semiresidenziali che il Fondo consente di sviluppare. È quanto avvenuto in gran parte dei Paesi europei. Nel nord Europa i servizi domiciliari riguardano in media il 13 per cento degli anziani. In Germania si è registrato un forte incremento di assistenza domiciliare, ne usufruisce quasi il 10 per cento della popolazione anziana, il doppio della media delle regioni italiane. Ma anche in Spagna le misure adottate nel 2006 hanno determinato nel settore dell'assistenza a domicilio un incremento di ben 300.000 posti di lavoro. Un analogo processo è ormai consolidato in Francia.

Da non sottovalutare, conseguentemente, gli effetti positivi sulla finanza pubblica e sulle imprese. Secondo il *Forum* delle associazioni cattoliche nel mondo del lavoro le maggiori entrate fiscali e contributive derivanti dall'emersione di lavoro irregolare possono essere stimate in 280 milioni di euro per ogni 100.000 lavoratori emersi. Si possono, quindi, stimare in circa 1,5 miliardi di euro la contribuzione aggiuntiva previdenziale e assicurativa, nonché le entrate fiscali conseguenti alle nuove occupazione e regolarizzazione di oltre 400.000 badanti. Benefici indiretti si registreranno anche sul mondo del lavoro, in particolare sull'occupazione delle donne, sulle quali grava generalmente il maggior carico assistenziale in ambito familiare. Maggiori tutele, che consentano di meglio conciliare responsabilità lavorative e familiari, fanno prevedere un aumento del tasso di occupazione femminile, ma anche una diminuzione di assenze dal lavoro, nonché di richieste di permessi o di impiego *part time*.

Palese è, infine, l'effetto sulla finanza locale che verrebbe sgravata da significativi costi assistenziali. Si stima prudenzialmente in circa 700 milioni di euro l'anno il costo delle quote sociali per ricoveri in RSA dei meno abbienti a carico dei comuni, cui va aggiunto il risparmio dovuto al riassorbimento di quote di prestazioni già erogate con risorse locali o di provenienza regionale.

La presente proposta di legge all'articolo 1 istituisce il nuovo Fondo per la non autosufficienza, destinato ad erogare indennità e assegni di cura commisurati alla gravità del bisogno assistenziale.

All'articolo 2 si prevedono tre livelli di intervento: un'indennità di accompagnamento di 490 euro mensili e, sulla base del bisogno assistenziale, assegni di cura di 900 e di 1.200 euro. Tali prestazioni, riconosciute come LIVEAS, sono garantite al titolo della minorazione per i soggetti riconosciuti non autosufficienti prima del compimento del sessantacinquesimo anno di età. Una decurtazione del 30 per cento è prevista per i soggetti anziani con un alto reddito familiare. Criteri di riconoscimento, importi e limiti reddituali sono determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Restano salve le prestazioni per ciechi e per sordi previste dalla legislazione vigente.

Con l'articolo 3 si prevede il Piano nazionale sulla non autosufficienza per la programmazione di politiche, interventi e iniziative in questo particolare settore, comprese, su iniziativa del Ministro della salute, attività di ricerca biomedica sulle patologie croniche e degenerative.

Il Fondo dovrà essere gestito dall'INPS, mentre sarà compito delle regioni (articolo 4) disciplinare nei rispettivi territori le modalità di impiego degli assegni di cura, di definizione dei percorsi assistenziali da parte dei distretti socio-sanitari, di controllo e di verifica delle prestazioni erogate.

Il Fondo, come dispone l'articolo 5, sarà a finanziamento plurimo, in parte alimentato da risorse statali, in parte nella fase iniziale con un'aliquota dello 0,5 dell'attuale contributo obbligatorio sulle

retribuzioni, nonché con un contributo di solidarietà a carico delle rendite finanziarie e dei grandi patrimoni immobiliari a partire dal valore di 1,2 milioni di euro.

L'articolo 6 prevede l'avvio in forma sperimentale per un periodo di tre anni del nuovo sistema per il necessario monitoraggio dei costi, della qualità delle prestazioni, nonché degli effetti delle nuove misure sui diversi capitoli di spesa pubblica. Al termine di tale periodo sarà compito del Ministro del lavoro e delle politiche sociali presentare alle Camere e alla Conferenza unificata una relazione sullo stato di attuazione della legge.

L'istituzione del Fondo per la non autosufficienza può costituire un'occasione di consolidamento del sistema di *welfare* del nostro Paese e di rilancio delle politiche sociali in continuità con il processo avviato con la legge n. 328 del 2000 sulla riforma dell'assistenza, ma è soprattutto, in una fase difficile per l'economia, un forte segnale di attenzione ai problemi e ai bisogni quotidiani delle famiglie in un quadro di solidarietà, frutto anche di un patto tra generazioni che contribuisce a garantire servizi e dignità a quanti vivono con una disabilità o non sono più autosufficienti nell'ultima fase della loro vita.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Fondo per la non autosufficienza).

1. Nel rispetto degli articoli 3, 38, 117, secondo comma, lettera *m*), e 119 della Costituzione e in attuazione dei principi di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, e alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, al fine di incrementare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone con disabilità e per gli anziani non autosufficienti, è istituito il Fondo per la non autosufficienza, di seguito denominato «Fondo».

2. Ai fini della presente legge sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

3. Il comma 1264 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è abrogato. Il Fondo per le non autosufficienze, istituito ai sensi del medesimo comma 1264 dell'articolo 1 della legge n. 296 del 2006, è soppresso.

Art. 2

(Finalità del Fondo).

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione permanente di non autosufficienza, il Fondo è destinato ad erogare indennità e assegni di cura commisurati alla gravità del bisogno per la fruizione di prestazioni sociali nell'ambito

di quanto stabilito nel programma assistenziale definito in sede di distretto socio-sanitario, ai sensi dell'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, allo scopo di garantire ai soggetti non autosufficienti assistenza e sostegno, prioritariamente a domicilio, e di migliorarne la vita di relazione.

2. Le prestazioni assistenziali sono garantite dalla presente legge al titolo della minorazione e sono commisurate al livello di gravità, non sono sostitutive di quelle sanitarie e sono finalizzate 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.

3. In sede di prima attuazione e per un periodo di sperimentazione di tre anni a decorrere dalla

data di entrata in vigore dalla presente legge, sono individuati tre livelli di gravità e i seguenti importi mensili:

- a) I livello: 490 euro, indennità di accompagnamento;
- b) II livello: 900 euro, assegno di cura;
- c) III livello: 1.200 euro, assegno di cura.

4. Per i soggetti che sono riconosciuti non autosufficienti dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età gli importi relativi al II e al III livello di gravità sono decurtati del 30 per cento in caso di alto reddito familiare in base all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), definite ai sensi del comma 5. 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. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto

legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, di seguito denominata «Conferenza unificata», in conformità alle disposizioni degli articoli 14, 15 e 16 della legge 8 novembre 2000, n. 328, sono definiti i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti, i limiti reddituali di cui al comma 4 del presente articolo e i criteri medico-legali per il riconoscimento del diritto alle prestazioni da parte delle commissioni mediche di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrate da medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) ai sensi dell'articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e successive modificazioni, nonché da un operatore sociale del distretto socio-sanitario di appartenenza del soggetto interessato.

6. Sono fatte salve le prestazioni assistenziali in favore dei ciechi civili e dei sordi di cui alla legge 11 ottobre 1990 n. 289, e alla legge 21 novembre 1988, n. 508.

7. Sono salve le funzioni in materia riconosciute alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione.

8. Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alle finalità della presente legge ai sensi dell'articolo 1-*bis* del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 1975, n. 469.

Art. 3

(Piano nazionale sulla non autosufficienza).

1. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministro della salute e con la Conferenza unificata, sentito il parere delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, in attuazione della presente legge promuove e adotta, con proprio decreto, il Piano nazionale sulla non autosufficienza per la programmazione di politiche, interventi e iniziative

finalizzati a fare fronte ai bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie e concorda con le regioni le modalità di partecipazione delle stesse alle iniziative del Piano.

2. Il Ministro della salute, nell'ambito delle risorse destinate alla ricerca biomedica derivanti dall'1 per cento del Fondo sanitario nazionale dedicato alla ricerca di base e applicata dell'Istituto superiore di sanità, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle regioni, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, provvede ad individuare ambiti prioritari di ricerca dedicati in particolare alle patologie croniche degenerative.

Art. 4
(*Funzionamento del Fondo*).

1. Il Fondo è gestito dall'INPS con le modalità e secondo i criteri definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 121 del 26 maggio 2007.

2. Le regioni, nel rispetto della potestà regolamentare di cui al titolo V della parte seconda della Costituzione, disciplinano nell'ambito dei propri territori:

a) le modalità di impiego degli assegni di cura;

b) i soggetti e le figure professionali accreditati a erogare le prestazioni assistenziali di cui alla presente legge;

c) le modalità e le procedure attraverso le quali, nell'ambito del distretto socio-sanitario, di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, devono essere valutati il bisogno assistenziale e le prestazioni da erogare in favore della persona non autosufficiente, assicurando in ogni caso il rispetto e l'attuazione dell'articolo 3-*septies* del citato decreto legislativo n. 502 del 1992;

d) le modalità di controllo e di verifica della qualità delle prestazioni erogate ai sensi della presente legge, della loro congruità rispetto ai bisogni e delle spese sostenute dai soggetti fruitori o dalle loro famiglie.

Art. 5
(*Finanziamento del Fondo*).

1. Una quota dello 0,5 per cento della vigente contribuzione obbligatoria sulle retribuzioni dei lavoratori dipendenti, autonomi e liberi professionisti è attribuita all'INPS per il finanziamento del Fondo.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentite le organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative a livello nazionale, adotta, con proprio decreto, le misure atte a far fronte agli eventuali maggiori oneri sul costo del lavoro e per la finanza pubblica determinati da quanto disposto dal comma 1, non compensati da effetti positivi su altre voci di spesa.

3. È istituito a decorrere dal 1° gennaio 2013, un contributo di solidarietà sulle rendite finanziarie e sui grandi patrimoni immobiliari di valore non inferiore a 1,2 milioni di euro destinato al finanziamento del Fondo.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze definisce annualmente, con proprio decreto, la misura del contributo di cui al comma 3.

5. Le eventuali somme residue non impegnate del Fondo per le non autosufficienze, soppresso ai sensi dell'articolo 1, sono assegnate al Fondo.

6. Le prestazioni di cui alla presente legge in favore dei soggetti riconosciuti non autosufficienti prima del compimento del sessantacinquesimo anno di età, quelle relative ai ciechi civili e sordi, nonché l'indennità di accompagnamento di cui alla legge 2 novembre 1988, n. 508, restano a totale carico dello Stato.

Art. 6
(*Relazione*).

1. Al termine del periodo di sperimentazione di cui al comma 3 dell'articolo 2 il Ministro del lavoro e delle politiche sociali presenta alle Camere e alla Conferenza unificata una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.