

La proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil (Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil)

INDICE

- *Perché una proposta di legge di iniziativa popolare dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil. I punti cardine della proposta di legge*
- *L'iter della proposta di legge. La conferenza stampa di presentazione. La consegna del testo in Cassazione. La consegna delle firme al Parlamento*
- *Il testo della proposta di legge*
- *La relazione di accompagnamento*
- *Tutte le leggi e le norme citate nella proposta di legge*

Perché una proposta di legge di iniziativa popolare dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil I punti cardine della proposta di legge

I sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil (Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil) chiedono da anni l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza per realizzare in tutta Italia una rete di servizi e di sostegni anche economici adeguati per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie.

La tutela della non autosufficienza (sinteticamente, l'incapacità di svolgere autonomamente le basilari attività della vita quotidiana) comincia ad essere una vera emergenza sociale per qualche milione di famiglie ed è dunque una priorità per la nostra società, che riguarda tutti i ceti e tutte le generazioni. I cittadini italiani ne sono ben consapevoli. Non a caso, secondo una recente indagine Censis (del 2006), oltre l'81% del campione vorrebbe un Fondo nazionale per finanziare servizi per la non autosufficienza.

Quando si parla di non autosufficienza e di disabilità, le stime possano differire. Utilizzando dati Istat, possiamo comunque valutare che in Italia ci siano oltre 2 milioni 800mila persone con una qualche forma di disabilità, oltre 1 milione e 800mila donne. Circa 50mila sono bambini al di sotto dei 5 anni. Circa 165mila sono persone ricoverate in modo stabile in presidi socio assistenziali. I restanti 2 milioni 600mila (quasi il 5% della popolazione) vivono invece in famiglia – anche soli – e, di questi, circa 2 milioni hanno più di 65 anni, tra cui almeno 900mila sono totalmente non autosufficienti, confinati a casa o a letto con livelli di autonomia praticamente nulli.

Valutazioni non dissimili quelle del Censis, che stima oltre 2 milioni e 270mila anziani non autosufficienti nel 2004, che nel 2025 potrebbero diventare oltre 3 milioni e 500mila, pari al 24% del totale della popolazione anziana italiana.

Sebbene la non autosufficienza interessi anche tanti giovani e adulti, vittime di malattie o incidenti, è tuttavia innegabile che la maggioranza delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti sia anziana e che esista una stretta correlazione tra invecchiamento e possibilità di perdere in tutto o in parte l'autosufficienza (secondo l'Istat, il 47,6% delle persone ultra80enni ha una qualche disabilità e il 19,3% tra le persone di 65 anni e più).

Oggi, l'assistenza alle persone non autosufficienti – un impegno molto gravoso sia emotivamente sia concretamente – ricade quasi interamente sulle famiglie, lasciate da sole, con l'unico sostegno di assistenti familiari non sempre preparati a un compito così complesso. Le famiglie devono anche fronteggiare altissimi costi.

L'Italia, infatti, è una delle poche nazioni dell'Europa dei 15 a non avere ancora una legge nazionale per la non autosufficienza. Parallelamente, solo in alcune Regioni c'è una rete di servizi sociosanitari in grado di fornire risposte almeno parziali, con conseguenti disparità anche notevoli tra i cittadini italiani.

Per questo, i sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil negli ultimi anni hanno realizzato una vasta campagna di pressione su governo, istituzioni e partiti per la costituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza. Nel corso della passata legislatura 2001-2006 si era anche giunti a un testo unificato concordato tra maggioranza e opposizione, che tuttavia è rimasto bloccato nelle Commissioni parlamentari per la mancanza di copertura finanziaria e l'indisponibilità del Governo Berlusconi.

Spi, Fnp e Uilp, hanno allora elaborato una propria proposta di legge di iniziativa popolare, a sostegno della quale sono state raccolte oltre 540mila firme, consegnate al Parlamento, insieme al testo, il 17 gennaio 2006.

Con la formazione del nuovo Governo Prodi, l'iniziativa è tornata all'esecutivo e al Parlamento.

Nei primi mesi del Governo, i sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil hanno avuto incontri (riscontrando una generale disponibilità) con i ministri dell'area del welfare (Salute, Solidarietà

sociale, Lavoro e Famiglia), i gruppi parlamentari e i Presidenti di Camera e Senato, per presentare le proprie rivendicazioni e proposte, tra cui un posto di rilievo ha proprio l'istituzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Molti ministri hanno in più occasioni dichiarato che l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza è una priorità e che si terrà conto della proposta di legge dei sindacati confederali dei pensionati. È necessario che ora alle parole seguano davvero i fatti. La Uilp si augura che siano accolti i principi fondamentali della proposta di legge dei sindacati dei pensionati e la logica di fondo che la ispira: prevenire, rallentare, contrastare, accompagnare il fenomeno della non autosufficienza con una rete integrata di servizi e interventi sociali e sanitari.

I punti cardine della proposta di legge dei sindacati dei pensionati

Qui di seguito, i punti cardine della proposta di legge dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil.

- Personalizzazione e universalità degli interventi. Per questo, la proposta di legge prevede un Piano nazionale che realizzi un sistema integrato di interventi e servizi, con progetti individuali personalizzati di assistenza, sottoposti a verifica periodica, così da assistere ognuno in base alle sue specifiche necessità. Le prestazioni devono essere flessibili, diversificate e integrate (sociali, sanitarie, abitative, di mobilità, monetarie, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ricoveri di sollievo).
- Definizione di Livelli essenziali delle prestazioni socio assistenziali (tra i quali: assistenza domiciliare, aiuto domestico familiare, assistenza economica, adeguamento delle condizioni abitative, sostegno alla mobilità). Questo per assicurare omogeneità ed efficacia in tutto il Paese e garantire parità di diritti tra tutti i cittadini, anche in attuazione dell'articolo 117 della Costituzione.
- Valutazione della non autosufficienza individuale e multidimensionale, mediante criteri uniformi, certi e verificati, che seguono le indicazioni dell'Oms e la classificazione Icf (classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità). In questo modo, si valutano le capacità della persona di svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana, sociale, familiare, professionale.
- Centralità alla prevenzione, al contrasto e alla riabilitazione degli stati di non autosufficienza, che devono essere assicurati dal sistema sanitario, senza restrizioni.
- La permanenza delle persone al proprio domicilio è sempre favorita e sono contemplati percorsi formativi per le badanti.
- Il sostegno alle famiglie per le attività di cura e di assistenza è ad ampio spettro, con servizi di sollievo e aiuti anche economici, copertura previdenziale, agevolazioni tariffarie.
- È prevista l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza alimentato dalla fiscalità generale, che stanzi risorse certe ed adeguate per finanziare questa rete articolata di servizi e interventi anche economici. Il Ssn deve comunque rispondere a tutti i bisogni di carattere sanitario delle persone non autosufficienti.
- Possibilità di Fondi regionali e interprovinciali, che siano però integrativi e non sostitutivi del Fondo nazionale.

Punto fermo della proposta di legge dei sindacati dei pensionati è il finanziamento del Fondo nazionale a carico dello Stato, per assicurare comunque le prestazioni previste. Sono, però, indicate anche altre risorse, ad esempio quelle derivanti dagli assegni e dalle indennità alle persone con invalidità, sordomutismo e cecità (fatti salvi i diritti acquisiti); da Fondi europei; da premi non riscossi del lotto o delle lotterie; da donazioni; dal recupero di entrate derivanti dall'emersione del lavoro irregolare delle badanti; o, infine, dal recupero dell'evasione fiscale.

I costi non sono trascurabili. Le stime sono diverse, ma sembra realistico uno stanziamento aggiuntivo per il Fondo nazionale intorno ai 2-4 miliardi di euro annui. Va, tuttavia, considerato che già oggi la società sostiene costi altissimi per far fronte all'assistenza delle persone non autosufficienti, che in parte ricadono direttamente sui singoli cittadini e sulle famiglie e in parte sono a carico della collettività, spesso sotto forma di spese improprie.

La Corte dei Conti, nella sua relazione sulla spesa pubblica del 24 giugno 2005, ha calcolato che i ricoveri ospedalieri impropri rappresentano il 25-30% del totale e corrispondono a circa 18 milioni di giornate di degenza l'anno. Poiché il costo di una giornata di ricovero è di almeno 650 euro, si può calcolare una spesa annua pari a circa 11 miliardi di euro. Non tutti questi ricoveri impropri sono connessi alla non autosufficienza – sebbene coinvolgano soprattutto la popolazione anziana – ma è comunque evidente l'entità dei risparmi che potrebbero derivare da una più efficiente organizzazione dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

L'iter della proposta di legge

La conferenza stampa di presentazione della proposta di legge il 4 ottobre 2005

La proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil è stata presentata il 4 ottobre 2005 a Roma, con una conferenza stampa presso la sede della Cgil.

Alla conferenza stampa parteciparono il segretario generale della Cgil Guglielmo Epifani, l'allora segretario generale della Cisl Savino Pezzotta, l'allora segretario generale aggiunto della Uil Adriano Musi e i segretari generali dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil, Betty Leone, Antonio Uda e Silvano Miniati.

Epifani, Pezzotta e Musi hanno sottolineato che l'intero sindacato confederale ha assunto il tema della tutela delle persone non autosufficienti come uno dei grandi temi sociali sui quali caratterizzare le proposte e la mobilitazione del movimento sindacale, impegnando le categorie dei lavoratori attivi e le strutture territoriali dei tre sindacati confederali anche nella raccolta delle firme. Il segretario generale della Uil Pensionati Silvano Miniati ha evidenziato come con questa iniziativa i sindacati dei pensionati vogliono porre al centro dell'agenda politica un problema drammatico per la società e per milioni di famiglie e spingere Governo e Parlamento a dare risposte adeguate ai bisogni delle persone non autosufficienti, che non sono solo anziane, ma di tutte le età.

La consegna del testo della proposta di legge in Cassazione il 10 ottobre 2005

Lunedì 10 ottobre 2005, a Roma, i segretari generali dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil (Betty Leone, Antonio Uda e Silvano Miniati) hanno depositato presso la Corte di Cassazione il testo della proposta di legge sulla tutela della non autosufficienza. In occasione della presentazione della legge, è stato organizzato di fronte alla sede della Cassazione un presidio di circa 500 pensionati.

Nei giorni successivi, è partita in tutta Italia la raccolta delle firme a sostegno della legge, tra i cittadini, i lavoratori, i pensionati, nelle città e nei luoghi di lavoro. La raccolta di firme è stata coordinata dai sindacati dei pensionati, con il sostegno di tutte le categorie dei lavoratori attivi di Cgil, Cisl e Uil e l'obiettivo di superare di gran lunga – raccogliendo centinaia di migliaia di firme – le 50mila firme necessarie per la presentazione di una proposta di legge di iniziativa popolare, realizzando una vasta campagna di sensibilizzazione in tutto il Paese.

La consegna delle firme e del testo della legge al Parlamento il 17 gennaio 2006

Il 17 gennaio 2006, Spi, Fnp e Uilp hanno consegnato al Parlamento oltre 540mila firme (per la precisione 544mila 510) provenienti da tutte le Regioni italiane, raccolte a sostegno della proposta di legge di iniziativa popolare a tutela non autosufficienza. Erano presenti i tre segretari generali di Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil, Betty Leone, Antonio Uda e Silvano Miniati, e i gruppi dirigenti dei tre sindacati dei pensionati.

Leone, Uda e Miniati hanno poi tenuto una conferenza stampa presso l'Auditorium di Via Rieti, cui erano stati invitati le segreterie confederali di Cgil, Cisl e Uil e tutti i gruppi parlamentari di Camera e Senato.

La raccolta ha dunque superato abbondantemente le 50mila firme prescritte dalla normativa vigente. Silvano Miniati nel suo intervento alla conferenza stampa ha sottolineato come l'impegno unitario convinto di tutte le strutture territoriali di Spi, Fnp e Uilp non solo ha fatto conseguire in poche settimane questo ottimo risultato, ma ha anche realizzato in tutto il Paese una vasta campagna di informazione su un tema cruciale per milioni di famiglie.

Alla conferenza stampa è poi intervenuta la segretaria confederale della Uil Nirvana Nisi, a nome di tutte e tre le confederazioni (erano comunque presenti anche i segretari confederali della Cgil Passoni e della Cisl Bonfanti), ribadendo il pieno e convinto sostegno confederale alla mobilitazione dei pensionati.

Il testo della proposta di legge sulla non autosufficienza dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil

Proposta di legge di iniziativa popolare

*“Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un Fondo nazionale”
promossa dai sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil
(iniziativa annunciata nella Gazzetta ufficiale dell'11 ottobre 2005)*

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 ed il benessere delle persone non autosufficienti e delle rispettive famiglie, determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da erogarsi nei casi di non autosufficienza, definisce i principi per la loro garanzia attraverso il Piano per la non autosufficienza, istituisce il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

2. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e servizi di cui alla presente legge i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali e con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico approvato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286.

Art. 2 (Definizione di non autosufficienza e Piano individualizzato per la non autosufficienza)

1. Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'ICF e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

2. La valutazione multidimensionale è effettuata nell'ambito del Distretto da apposite unità pluriprofessionali appartenenti ai servizi sociosanitari, 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 di cui al precedente comma si avvalgono di strumenti e 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 mezzi di comunicazione.

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

- incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
- incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi ed al governo della casa;
- incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana, alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e instabilità clinica.

5. A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'Unità pluriprofessionale un Piano individualizzato di assistenza (PIA) che stabilisce le prestazioni di cura, di riabilitazione, di assistenza personale, di aiuto nel governo della casa e, qualora necessarie, misure di sostegno al reddito personale. Nella redazione del PIA sono coinvolti i familiari e, qualora richiesto dall'interessato, un esperto indicato dalle organizzazioni sindacali o dagli organismi di tutela dei cittadini. La realizzazione del PIA è monitorata da un operatore del servizio 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 delle persone non autosufficienti.

6. I criteri e le modalità di attuazione del presente articolo sono disciplinate e periodicamente aggiornate 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) che devono essere parte integrante dei livelli essenziali sociali da definire ai sensi degli articoli 18, comma 3, e 22 della legge 8 novembre 2000 n.238 ed i relativi parametri sono definiti nel Piano nazionale per la non autosufficienza e sono a carico del Fondo Nazionale per la non autosufficienza.

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 servizi sociosanitari, nonché misure di pronto intervento;
- b) valutazione multidimensionale individuale;
- c) Piano individualizzato di assistenza (PIA) e accompagnamento nel percorso assistenziale stabilito;
- d) prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali, residenziali, ricovero di sollievo) nelle diverse componenti di cura, assistenza, sostegno personale, familiare e sociale.

3. Per assicurare in ambito sociale gli interventi di cui al comma 2, sono definiti i seguenti livelli essenziali delle 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 miglior fruizione dell'abitazione;
- e) sostegno alla mobilità.

4. Le prestazioni garantite dai LESNA non sono sostitutive di quelle sanitarie, si integrano con le stesse ed in particolare con quelle indicate nell'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni e concorrono alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 e successive modificazioni ed integrazioni. I livelli essenziali sanitari e socio-sanitari, erogati 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, assumendosene l'onere finanziario.

Art. 4 (Coordinamento delle misure economiche erogate dello Stato nei LESNA)

1. Per le persone riconosciute non autosufficienti ai sensi della presente legge, nei livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza (LESNA), si affiancano e si coordinano anche le 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 ed ai decreti legislativi 21 novembre 1988, n.508 e 23 novembre 1988, n.509.

Fatti salvi i benefici in atto e i diritti maturati fino all'entrata in vigore del Piano di cui all'articolo 5, la concessione delle prestazioni economiche di cui al primo comma, a decorrere dalla data dallo stesso prevista, è effettuata all'interno della valutazione delle condizioni psico-fisiche del richiedente, con le modalità indicate all'articolo 2.

2. Le prestazioni economiche di cui al presente articolo 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% dell'assegno sociale di cui all'articolo 3 della legge 8 agosto 1995, n.335 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 5 (Piano nazionale per la non autosufficienza)

1. La definizione, le caratteristiche ed 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 ed i parametri per la verifica della realizzazione dei livelli essenziali e della utilizzazione delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza sono definiti nel Piano Nazionale per la non autosufficienza approvato con le procedure di cui all'art. 18 della legge 8 novembre 2000, n.328.

2. Il primo Piano è approvato entro 180 giorni 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 dell'erogazione dei LESNA, del loro grado di efficienza ed efficacia, dei risultati conseguiti anche rispetto al contenimento della spesa ospedaliera impropria secondo le modalità ed i criteri del monitoraggio stabiliti con il Piano nazionale di cui al presente articolo.

4. Le iniziative collegate all'affermazione di nuovi stili di vita, volti a rallentare il decadimento psichico e fisico e a mantenere attivi interessi culturali e mobilità nelle persone non autosufficienti, sono promossi sulla base di programmi nazionali e regionali d'intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini.

Art. 6 (Soggetti erogatori)

1. Ai livelli essenziali provvedono i Comuni e il Servizio sanitario, in forma diretta o accreditata, secondo le rispettive competenze, come disciplinate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"; alle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), provvede lo Stato. Nelle forme di accreditamento è riservato un ruolo primario alle organizzazioni di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 11 novembre 2000, n.328.

2. I livelli essenziali di cui all'articolo 3, comma 2, lettera d), ove sia carente l'offerta dei servizi da parte dei soggetti di cui al precedente comma, possono essere erogati anche secondo le indicazioni previste dell'articolo 17 della legge 8 novembre 2000, n.328. L'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 3, lettere a), b), d) può avvenire anche attraverso persone singole, in possesso di adeguata qualificazione, o comunque disponibili a percorsi formativi di base. I criteri e le modalità di attuazione del presente comma sono stabiliti, nel rispetto delle competenze delle Regioni e delle province autonome, dal Piano nazionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 5.

Art. 7 (Esigibilità dei diritti)

1. Le persone non autosufficienti come sopra definite e, per quanto di competenza, le rispettive 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 del competente ente 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. Il Fondo persegue, con i criteri previsti dal Piano nazionale per la non autosufficienza, le seguenti finalità in favore delle persone non autosufficienti:

- a) attuazione dei livelli essenziali di cui agli articoli 3 e 4;
- 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 ed indennità di cui all'articolo 4, comma 1.

3. Alla programmazione ed erogazione dei servizi, prestazioni ed interventi di cui al comma precedente provvedono i soggetti titolari in base alle leggi delle rispettive Regioni e province autonome ed alle indicazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza e dei rispettivi Piani regionali.

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 individuate come non autosufficienti.

Art. 9 (Finanziamento del Fondo)

1. Il finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni di cui all'art. 3;

2. Al Fondo affluiscono altresì le somme derivanti:

- a) dalle risorse destinate all'erogazione ai soggetti beneficiari degli assegni ed indennità di cui all'articolo 4, comma 1;
- b) dai contributi di solidarietà di cui all'articolo 1, comma 350, della legge 30 dicembre 2004 n.311, calcolato ai fini dell'IRE sui redditi di importo superiore ad euro 100.000 annui;
- c) dall'importo dei premi non riscossi del gioco del lotto e delle lotterie nazionali;
- d) dai finanziamenti derivanti da programmi europei;
- e) da donazioni di soggetti privati, comprese le fondazioni ex-bancarie; su tali donazioni di applicano i benefici fiscali vigenti in favore delle ONLUS;

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

g) dal recupero dell'evasione fiscale.

3. La ripartizione fra le Regioni 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 finanze, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 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.

Art. 10 (Fondi integrativi regionali)

1. Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono istituire Fondi regionali ed interprovinciali integrativi per la non autosufficienza al fine di integrare le risorse finanziarie disponibili e di erogare prestazioni, interventi e servizi integrativi od ulteriori rispetto a quelli assicurati attraverso il Fondo nazionale per la non autosufficienza.

13 Settembre 2005

La relazione di accompagnamento alla proposta di legge

Insieme alle firme e al testo della legge, Spi, Fnp e Uilp hanno consegnato al Parlamento anche la relazione di accompagnamento alla proposta di legge. Eccola qui di seguito.

Il fenomeno della non autosufficienza è oggi posto all'attenzione dei governi europei, sia per la predisposizione di misure atte a prevenire, rallentare, contrastare ed accompagnare il decadimento derivante dall'allungamento delle aspettative di vita, sia per le implicazioni economiche sociali, culturali che tale assunzione di responsabilità collettiva, implicano.

Gli ultimi dati dell'Istat disponibili ci segnalano che il fenomeno della non autosufficienza coinvolge con diversi gravi di inabilità, ben 2.800.000 cittadini italiani di tutte le generazioni.

Ovviamente, questo dato in termini quantitativi e come fenomeno in crescita esponenziale, riguarda prevalentemente le generazioni anziane.

In Italia, l'invecchiamento è diversamente distribuito tra le regioni del Nord, Centro e Sud, ma possiamo affermare che mediamente arriva a toccare circa il 20% della popolazione (con punte al 25% nelle Regioni Liguria, Emilia Romagna, Friuli, Piemonte, Trentino e Toscana).

Le misure ad oggi adottate dallo Stato, se si fa eccezione della legge 328/2000 e dei provvedimenti in materia di livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria (DPCM 29 novembre 2001), sono del tutto insufficienti e non organiche.

Solo in una parte delle Regioni italiane, per iniziative delle stesse, degli enti locali e degli attori sociali, esistono provvedimenti finalizzati a una rete di servizi sociosanitari che individuano modalità di accesso, risposte assistenziali domiciliari e residenziali e altre prestazioni di tipo economico per la non autosufficienza.

Si tratta di interventi meritevoli della massima attenzione, che prospettano però un quadro della situazione italiana rispetto al problema della non autosufficienza del tutto diseguale in termini di diritti e opportunità per i cittadini.

Nel corso della XIV legislatura sono state presentate in Parlamento diverse proposte di legge per istituire, finanziare e regolamentare il Fondo per la non autosufficienza previsto dalla legge 328/2000. Il raggiunto accordo fra maggioranza e opposizione su un testo unificato – che risale al 2004 – non ha sortito alcun effetto. Infatti, il testo di legge in questione giace nelle Commissioni parlamentari e non ha trovato, per indisponibilità del Governo, la necessaria copertura finanziaria.

L'aumento della vita media, ad oltre ottanta anni per donne e uomini, e quindi l'aumento dell'indice di dipendenza, con l'inevitabile incremento di popolazione disabile e bisognosa di prestazioni sanitarie, sociosanitarie, abitative e di mobilità, nonché di tutela e accudimento, impongono che il fenomeno della non autosufficienza sia affrontato in maniera organica, con misure uniformi su tutto il territorio nazionale, per un principio di civiltà e di equità nei confronti di cittadini.

Il disegno di legge di iniziativa popolare presentato dai sindacati nazionali Spi-Cgil, Fnp-Cisl, Uilp-Uil, e sottoscritto dai segretari nazionali di Cgil, Cisl, Uil, assume sotto questo profilo un aspetto dirimente, riproponendo all'attenzione dello Stato (nell'accezione modificata dal Titolo V della Costituzione rispetto compiti e funzioni dello Stato, delle Regioni e dei Comuni) il problema di un sostegno stabile e certo alla non autosufficienza.

Tale richiesta, nel progetto di legge, si basa su due scelte fondamentali: la disposizione di attuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza, come anticipazione dei livelli essenziali previsti in Costituzione – all'articolo 117, comma 2, lettera m – che stabilisce “allo Stato spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”; la previsione che a questi livelli corrispondano precisi diritti esigibili dai cittadini.

Questa impostazione, se attuata, porterebbe l'Italia ad allinearsi ai maggiori Paesi europei.

Va, in tal senso, sottolineato come la Francia abbia approvato un assegno per la dipendenza, mentre in Germania vige da almeno un triennio l'assicurazione per la non autosufficienza; il Belgio ha adottato anch'esso una misura assicurativa per la non autosufficienza, simile a quella tedesca, mentre in Gran Bretagna prestazioni domiciliari e residenziali sono a carico del servizio sanitario nazionale. In Danimarca, vige un sistema di *long term care*, assicurato da Comuni e Contee, così come in Austria uno stesso sistema di attenzione alla lungo-assistenza è supportato da intervento pubblico.

Un “modello” completo di intervento per la non autosufficienza

La proposta di legge di iniziativa popolare assume le esigenze delle persone non autosufficienti, indicando e delineando un “modello completo” di intervento.

In esso, infatti, si prendono in considerazione contestualmente una molteplicità di aspetti.

Fra questi debbono senz'altro essere evidenziati:

- i diritti dei beneficiari e in particolare la loro concreta esigibilità, assicurata con l'attuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza in tutto il territorio nazionale;
- i compiti degli attori che devono offrire i servizi previsti dai livelli essenziali. Le responsabilità non attengono solo alle pur rilevanti modalità di regolazione, di verifica e di controllo pubblico del sistema dei servizi, ma sono altresì riferite: allo sviluppo della capacità produttiva nel campo dei servizi alla persona; all'avvio di processi per l'emersione del lavoro sommerso e allo sviluppo delle imprese sociali; alle misure per riconoscere il lavoro informale delle famiglie;
- le fonti di finanziamento per sostenere, nel tempo, l'intera gamma dei servizi previsti dalla legge.

Il “modello” completo di intervento per la non autosufficienza delineato nella proposta di legge ha richiesto, insieme alla definizione degli aspetti cruciali nei vari articoli, l'adozione di un Piano nazionale per la non autosufficienza. Il Piano ha il compito di articolare, sulla base delle indicazioni sancite in legge, la definizione delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni sociali per la non autosufficienza da garantire con i livelli essenziali in tutto il territorio nazionale, nonché i parametri e gli indicatori qualitativi e quantitativi, per la verifica della loro attuazione in rapporto ai finanziamenti erogati.

La scelta per l'istituzione di un Fondo nazionale, largamente condivisa da tutte le forze politiche in sede di discussione della citata proposta di legge, trova il suo fondamento proprio nell'art.117 della Costituzione, che affida allo Stato il compito di garantire una parità di diritti tra tutti i cittadini di fronte ad alcuni diritti – quelli civili e sociali – e all'effettivo loro esercizio, non può prescindere dalla predisposizione di strumenti che ne assicurino la copertura finanziaria. Spetterà poi alle Regioni disciplinarne l'erogazione e agli enti locali curare l'attuazione nell'ambito delle proprie responsabilità e competenze, ferme restando le normative e garanzie relative all'ambito sanitario e socio-sanitario.

Le caratteristiche dirimenti dell'intervento per la non autosufficienza

Anziché offrire prestazioni rigide e preconfezionate, la proposta di legge colloca al centro dell'attenzione le esigenze delle persone non autosufficienti, per offrire ad esse l'opportunità di vivere nel modo più consapevole, attivo e partecipe possibile.

Tale impostazione deriva da consolidate acquisizioni scientifiche, secondo le quali per ottenere risultati preventivi, di contrasto e di riabilitazione nel trattamento della non autosufficienza, occorre necessariamente misurarsi con la storia, le motivazioni, la volontà e le scelte delle persone interessate.

In ragione di ciò, il trattamento della non autosufficienza deve necessariamente assumere un carattere multidimensionale e interdipendente: offrire cioè prestazioni integrate – sociali, sanitarie, abitative, di mobilità, monetarie – e riconoscere nel contempo una specifica funzione ai fattori relazionali, psicologici ed ambientali.

Al pari, la definizione della non autosufficienza prende in considerazione tutti i diversi fattori concomitanti che attengono al piano psichico, fisico, sensoriale, cognitivo, relazionale, giacché la comorbilità gioca un ruolo essenziale.

Esistono a tal fine – nella letteratura, nella legislazione e nelle buone prassi – consolidati riferimenti. Con la valutazione multidimensionale e la definizione del progetto personalizzato, le risorse individuali, familiari e di contesto ambientale sono considerate essenziali per rispondere alle esigenze delle persone e integrate alle prestazioni e ai servizi garantiti dal pubblico.

Il progetto di legge afferma questo profilo e questa metodologia e su questa base propone il progetto personalizzato di intervento.

Sostenibilità economica degli interventi per la non autosufficienza

A prima vista, l'assunzione di un progetto personalizzato di intervento può apparire troppo costoso. Viceversa, l'assunzione di servizi appropriati e flessibili consente di rafforzare gli aspetti di sostenibilità dei servizi per la non autosufficienza. Le dinamiche di crescita della non autosufficienza nei prossimi decenni impongono infatti di valutare l'assoluta rilevanza di un sistema di interventi in grado di prevenire, rallentare e contrastare i fenomeni di progressivo decadimento. Ogni risultato in questa direzione, oltre che affermare il valore della dignità umana, consente infatti di rallentare la crescita esponenziale dei costi e di imprimere una maggiore efficienza ed efficacia all'utilizzo delle risorse pubbliche.

D'altra parte, sempre in ordine alla sostenibilità economica, è utile ricordare la crescita esponenziale della spesa impropria (si pensi a quella ospedaliera o a quella volta all'istituzionalizzazione) cui le persone devono necessariamente far ricorso, perché, in assenza di interventi appropriati, risulta l'unica percorribile e agibile. Viceversa, interventi appropriati possono contenere la spesa impropria e nel contempo delineare concrete possibilità affinché essa sia riconvertita a favore di interventi appropriati.

Né deve essere sottovalutata l'importanza – anche di notevole rilievo economico – della integrazione di “risorse umane” (in termini di tempo, energie, capacità, delle persone in ambito familiare e sociale) che con interventi personalizzati e appropriati possono essere mobilitate insieme ai servizi che richiedono capacità professionali.

Disamina degli articoli

All'articolo 1, il provvedimento affronta la **collocazione giuridico - istituzionale** di un programma nazionale per la non autosufficienza, individuando il Piano per la non autosufficienza quale strumento "tecnico" di attuazione e la istituzione di un Fondo nazionale per garantirne l'attuazione. Vengono in proposito richiamati gli articoli 117 e 119 della Costituzione. L'articolo 119, in particolare, è richiamato in ragione del finanziamento solidale da esso previsto per il conseguimento di particolari obiettivi nazionali di carattere sociale.

Va, peraltro, anticipato che l'elaborazione del Piano (prevista all'articolo 5) è perseguita con la piena collaborazione da parte delle Regioni e degli enti locali, nella sua procedura di approvazione, tramite un'intesa all'interno della Conferenza unificata e con il concorso degli attori sociali.

Il comma 2, definisce gli aventi diritto alle prestazioni e ai servizi per la non autosufficienza. Accedono alle prestazioni previste in legge i cittadini italiani e, nel rispetto di accordi con i Paesi europei, anche i cittadini appartenenti agli Stati dell'Unione Europea, nonché gli stranieri residenti nel territorio nazionale che si trovano nelle condizioni previste nell'articolo 2. Sempre all'articolo 2, per l'individuazione degli aventi diritto, sono altresì indicati strumenti e metodologie che consentono una valutazione rigorosamente funzionale e non collegata alle sole patologie. Va precisato, infatti, che non si risponde solo alle persone non autosufficienti bisognose di assistenza continuativa, perché contestualmente a tale intervento si assume il rallentamento del decadimento fisico e psichico come uno degli obiettivi virtuosi della legge.

È doveroso, infine, precisare che le disposizioni dell'articolo 1 assumono pienamente il rispetto delle autonomie regionali, lasciando ad esse la disciplina sulle modalità di erogazione degli interventi per la non autosufficienza.

All'articolo 2 si **definisce la non autosufficienza**, attraverso l'applicazione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale, riconosciuti dall'Oms, tra cui l'Icf, che propone una classificazione complessiva delle abilità residue collegandole alle risorse ambientali.

Si consolida poi il concetto della valutazione multidimensionale per l'individuazione dei vari livelli di disabilità che debbono essere accertati e l'adozione del Piano individualizzato di assistenza. Tale metodologia consente di prendere in esame le capacità della persona a svolgere, o meno, le funzioni essenziali della vita quotidiana articolate nei due gruppi standard definiti dalla letteratura scientifica internazionale:

- **attività per la cura di sé** (*Activities of Daily Living - ADL*), che consistono nel lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, essere continenti, alimentarsi, muoversi nella casa;
- **attività strumentali** (*Instrumental Activities of Daily Living - IADL*), che consistono nel fare la spesa, usare il telefono, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.

L'adozione di scale che misurano le capacità residue della persona è indispensabile per stabilire la quantità di aiuto necessaria affinché la stessa possa svolgere le funzioni determinanti della vita quotidiana.

L'articolo 3, prevede i diritti esigibili da parte dei cittadini (informazione, valutazione multidimensionale individuale, piano individualizzato di assistenza e accompagnamento nel percorso assistenziale, accesso a prestazioni integrate).

Indica nel merito i **livelli essenziali di assistenza** per le persone non autosufficienti (assistenza tutelare a carattere domiciliare, aiuto domestico familiare, assistenza economica, adeguamento condizione abitative, sostegno alla mobilità) che debbono integrarsi a quelli socio-sanitari già individuati dall'allegato C del DPCM del 29 novembre 2001.

L'esigibilità uniforme su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali rimanda necessariamente al Piano per la non autosufficienza, che dovrà definire con maggiore puntualità la definizione dei livelli, soprattutto per quanto riguarda la quantità, i tempi e la declinazione puntuale delle prestazioni. Importante è il richiamo al comma 4 dello stesso articolo sulla copertura finanziaria da parte del Fondo per la non autosufficienza, esclusivamente a favore delle prestazioni socio-assistenziali, per sottolineare che l'istituzione di un Fondo specifico, **nulla toglie** alle competenze

sanitarie, che debbono comunque rispondere a tutti i bisogni di tale natura, senza peraltro nessuna restrizione per le persone non autosufficienti.

Nell'ultimo capoverso del comma 4 dell'articolo 3, sono richiamate le norme per la compartecipazione al costo degli utenti che accedono alle prestazioni previste in legge. Le prestazioni da acquisire con i benefici della legge, riguardano l'aiuto domestico e l'assistenza alla persona, compreso quella tutelare.

Per tali prestazioni, in osservanza al principio della sussidiarietà, è previsto un concorso alla spesa da parte degli aventi diritto. Per valutare tale concorso si applicano i dispositivi riferiti alla situazione economica equivalente (Isee).

Sempre in tema di concorso ai costi, va anticipato che all'articolo 4 è previsto che, se la persona non autosufficiente è ricoverata in struttura, gli emolumenti economici percepiti dallo Stato siano utilizzati come concorso ai costi della tariffa alberghiera, fermo restando l'attribuzione all'utente di una somma non inferiore al 25% dell'assegno sociale.

L'articolo 4 introduce a favore delle persone non autosufficienti il coordinamento di tutte le misure già previste per l'invalidità, unitamente alle misure di carattere economico, utilizzando a tale fine – fatti salvo i diritti acquisiti – la sede dell'accertamento e l'elaborazione del Piano di assistenza individuale, come strumenti per valutare anche la concessione di tali emolumenti.

Viene confermata l'attuale disciplina relativamente alle pensioni ed indennità in favore dei mutilati ed invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti, mantenendo le prestazioni in atto a garanzia non solo dei diritti acquisiti, ma anche di quelli maturandi, per i quali si prevede una valutazione – secondo la vigente normativa – affidata alla stessa sede multidisciplinare competente a decidere sulle prestazioni del Fondo.

Va da sé che questa semplificazione non potrà che portare benefici al cittadino, che non dovrà sottostare ad accertamenti duplici e paralleli, nonché a quanti preposti a tali compiti sono oberati dal lavoro richiesto dalle procedure vigenti.

Va pure sottolineato che quanto proposto dall'articolo è stato più volte chiesto dalle Regioni nell'ambito della concretizzazione dell'articolo 24 della legge 328/2000.

L'articolo 5 disciplina in tempi definiti il **Piano per la non autosufficienza**, che trova il concorso degli attori sociali e una costruzione comune con le Regioni e gli enti locali, attraverso l'intesa tra Stato e Conferenza unificata, per la sua approvazione.

Il comma 3 dello stesso articolo affronta anche lo spinoso problema di flussi informativi certi e coerenti tra Sistema informativo sociale e sanitario, al fine di consentire verifiche di operatività e di efficacia del provvedimento, attraverso la valutazione dell'assistenza erogata.

Al comma 4, è da segnalare la promozione di iniziative collegate all'affermazione di “nuovi stili di vita”, che, sulla base delle indicazioni e del sostegno di programmi dell'Unione Europea e delle valutazioni su buone prassi sperimentate nel Paese, possono conseguire risultati rilevanti nel contrasto e nel rallentamento del decadimento psichico e fisico delle persone non autosufficienti. Al pari, va segnalato che tali iniziative vengono disposte d'intesa con le organizzazioni sociali e di tutela dei cittadini, giacché nelle esperienze in atto, l'attiva presenza di tale organizzazioni è stata determinante per conseguire esiti positivi.

L'articolo 6 individua i **soggetti erogatori**, pubblici e accreditati, e le modalità di concessione dei “titoli di acquisto” dei servizi previsti all'art. 17 della legge 328/2000, nel rispetto dell'autonomia regionale, deputata a stabilire criteri e modalità di attuazione della rete dei servizi.

L'erogazione di “titoli di acquisto” è prevista ove sia carente l'offerta di servizi da parte del pubblico o di soggetti accreditati/convenzionati. È nota la scarsa capacità produttiva nel campo dei servizi alla persona presente in vaste e molteplici aree del Paese.

Per evitare che la sola risposta in campo sia l'erogazione monetaria è, perciò, prevista la possibilità di ricorrere a tale strumento.

L'articolo introduce anche la formazione del personale di assistenza per l'aiuto familiare, per superare i problemi ad oggi riscontrabili nelle prestazioni offerte in relevantissimo numero da persone singole, le cosiddette “badanti”. Una rete formativa e di avvio al lavoro per tale personale

potrebbe, così come testimoniano buone prassi in corso nel Paese, incidere notevolmente anche per l'emersione del lavoro sommerso e in nero.

L'articolo 7, disciplina **l'esigibilità del diritto alla prestazioni** sulla non autosufficienza, supportando tale diritto anche con ricorsi in sede giurisdizionale.

L'articolo 8, individua il **Fondo per la non autosufficienza**, ne disciplina, l'impiego a favore dei livelli assistenziali che vengono puntualmente declinati.

Al comma 2, lettera d del medesimo articolo, è richiamato in termini espliciti il sostegno alle famiglie che si prendono cura delle persone non autosufficienti. È, questo, un dispositivo necessario al sostegno dello sviluppo della domiciliarità rispetto alla istituzionalizzazione. È noto, infatti, e già rilevato da ricerche scientifiche, il peso e la consistenza notevolissima delle funzioni espresse da componenti la famiglia – e in particolare dalle donne – nel caso della persone non autosufficienti che rimangano nella loro abitazioni e nel loro ambiente di vita. Al pari, sono conosciuti e rilevati i costi molti più onerosi per assistere una persona non autosufficiente in struttura.

In ragione di tutto ciò, è indispensabile, quando non sia necessaria l'istituzionalizzazione della persona non autosufficiente, provvedere al riconoscimento del lavoro "informale" delle famiglie. In tale luce, la lettera d del comma 2 articola misure che comprendono la copertura previdenziale dei familiari addetti all'assistenza della persona non autosufficiente nonché sostegni economici, servizi di sollievo e agevolazioni tariffarie.

È da sottolineare che il comma 4 dello stesso articolo fornisce indicazioni anche al sistema sanitario, sottolineando che prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione debbono essere concesse alle persone non autosufficienti "senza restrizioni".

L'articolo 9, individua le **fonti di finanziamento della legge**, o meglio del Fondo, precisando le somme che afferiscono allo stesso.

Il finanziamento è a carico dello Stato, che assicura, comunque, la copertura delle prestazioni previste in legge. Questa indicazione si rifà, senza entrare nel merito, al già citato articolo 117, comma 2, lettera m della Costituzione, che stabilisce "spetta allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Vengono invece indicate puntualmente altre risorse che possono concorrere al finanziamento del Fondo derivanti dagli assegni indicati all'articolo 4, a diverse contribuzioni di carattere solidale, a fondi europei e a premi non riscossi di lotto e lotterie, al recupero di entrate derivanti dall'emersione del lavoro irregolare, al recupero dell'evasione fiscale.

L'articolo individua anche le modalità di riparto del Fondo alle Regioni effettuate d'intesa con la Conferenza Unificata, valorizzando i territori meno sviluppati e quelle realtà dove il monitoraggio delle attività svolte rivela maggiori risultati raggiunti.

Infine, all'articolo 10, con i **fondi integrativi regionali** si dà spazio alla previsione di ulteriori e più elevate prestazioni attuabili in sede regionale, dando anche giusta collocazione alle iniziative che alcune Regioni stanno già affrontando in materia di non autosufficienza.

Tutte le leggi e le norme citate nella proposta di legge

- **Legge n. 328 dell'8 novembre 2000:** "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- **Art. 117 della Costituzione:** "La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato...(omissis)...beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera".
- **Art. 119 della Costituzione:** "Le Regioni hanno autonomia finanziaria nelle forme e nei limiti stabiliti da leggi della Repubblica, che la coordinano con la finanza dello Stato, delle Province e

dei Comuni. Alle Regioni sono attribuiti tributi propri e quote di tributi erariali, in relazione ai bisogni delle Regioni per le spese necessarie ad adempiere le loro funzioni normali...(omissis)".

- **DPCM 29 novembre 2001:** "Definizione dei livelli essenziali di assistenza (sanitaria ndr)". Allegato 1C: "Area integrazione socio-sanitaria".
- **DPCM 14 febbraio 2001:** "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".
- **Decreto legislativo n. 109 del 31 marzo 1998 / Decreto legislativo n.109 del 3 maggio 2000:** "Definizione dei criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'art. 59, comma 51 della legge 27.12.1997 n. 449".
- **Legge n. 66 del 10 febbraio 1962:** "Nuove disposizioni relative all'Opera nazionale per i ciechi civili".
- **Legge n. 381 del 26 maggio 1970:** " Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente naz.le per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti"
- **Legge n. 382 del 27 maggio 1970:** "Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili".
- **Legge n. 508 del 21 novembre 1988:** "Norme integrative in materia di assistenza economica agli invalidi civili, ai ciechi civili ed ai sordomuti".
- **Decreto legislativo n. 509 del 23 novembre 1988:** "Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie ai sensi dell'art.2, comma 1 della legge 26.7.1998 n. 291".
- **Decreto legislativo n. 281 del 28 agosto 1997:** "Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle Province e dei Comuni, con la Conferenza Stato - città ed autonomie locali".

La classificazione Icf: "La classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute"

"L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha elaborato nel 2001 uno strumento di classificazione che analizza e descrive la disabilità come esperienza umana che tutti possono sperimentare. Tale strumento, denominato Icf, propone un approccio all'individuo normodotato e diversamente abile dalla portata innovativa e multidisciplinare.

L'Icf si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità.

Lo strumento descrive tali situazioni, adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo.

A differenza delle precedenti classificazioni (Icd e Icdh), dove veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, ricorrendo a termini quali malattia, menomazione e handicap (usati prevalentemente in accezione negativa, con riferimento a situazioni di deficit), nell'ultima classificazione l'Oms fa riferimento a termini che analizzano la salute dell'individuo in chiave positiva (funzionamento e salute).

(tratto da: *Un nuovo strumento per analizzare i molteplici aspetti della disabilità: la classificazione Icf.* A cura di Federica Ferraresi)

(aggiornato a Marzo 2007)