



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori PIRRO, CASTELLONE, AUDDINO, CAMPAGNA, GUIDOLIN, MATRISCIANO, NOCERINO, ROMAGNOLI, ROMANO, TAVERNA, ENDRIZZI, DI MARZIO, MAUTONE, MARINELLO e Giuseppe PISANI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 OTTOBRE 2020

Istituzione del Fondo per la non autosufficienza e delega al Governo in materia di congedi parentali

ONOREVOLI SENATORI. - Con il presente disegno di legge si intende riproporre integralmente il testo dell'AS n. 1467 (recante disposizioni in merito all'istituzione del Fondo per la non autosufficienza e delega al Governo in materia di congedi parentali) già presentato dal Senatore Pierpaolo Sileri in data 7 agosto 2019 e del quale, per una consolidata prassi parlamentare, in virtù della nomina del proponente a Viceministro della salute nel Governo Conte II, non è stato successivamente possibile procedere alla trattazione.

Con i suoi 13,8 milioni di ultrasessantacinquenni al primo gennaio 2019, pari al 22,8 per cento della popolazione totale, l'Italia si colloca ai vertici della classifica delle popolazioni più longeve. Il dato è, indubbiamente, un chiaro e positivo indice di benessere diffuso e di complessiva soddisfacente tutela sociale e sanitaria del cittadino e delle comunità, ma c'è da considerare che inevitabilmente un crescente numero di anziani è affetto da malattie croniche o comunque vive condizioni psicofisiche invalidanti. Ciò determina un progressivo aumento del fenomeno della non autosufficienza, che cresce dopo i 65 anni e si impenna intorno agli 80. Fonti diverse, dal Censis all'ISTAT, sono concordi nello stimare in quasi 3 milioni gli anziani parzialmente o del tutto non autosufficienti con un *trend* di crescita costante negli ultimi anni e proiettato verso un 2050 in cui una persona su tre avrà più di 65 anni. Una consistente e crescente quota di essi richiede interventi sanitari ed assistenziali continuativi.

Situazione problematica, che tende ad aggravarsi nel tempo e che presenta, inoltre, significative differenze nelle diverse realtà

locali. Liguria, Toscana, Marche, Molise registrano più alti indici di invecchiamento rispetto ad altre regioni, in particolare del Meridione. 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 della rete familiare, con conseguenti significativi tassi di ricovero in strutture assistenziali. Al contrario al Sud mantiene ancora carattere preminente il modello di famiglia tradizionale che, indubbiamente, è in grado di garantire una maggiore tutela per i soggetti deboli. E il disagio in vecchiaia si caratterizza ovunque al femminile, non solo perché le donne vivono più a lungo, ma perché connotate da malattie cronico-degenerative in aumento, da solitudine, da indici di basso reddito. In ogni caso si tratta di un carico assistenziale crescente, di una sfida inedita ed impegnativa tanto per le famiglie che per l'intero sistema di *welfare*.

Il nostro Paese affronta la sfida con preoccupante ritardo. I comuni, che pure hanno sviluppato reti di interventi e servizi territoriali e domiciliari per disabili ed anziani, intercettano con difficoltà una domanda di assistenza in aumento, soprattutto dopo i ripetuti tagli al sociale delle manovre finanziarie degli scorsi anni. Le aziende sanitarie locali (ASL), chiamate ad affrontare una crescente complessità epidemiologica e organizzativa, per più del 60 per cento dei ricoveri accolgono soggetti ultrasessantacinquenni - molti dei quali in situazione di fragilità e disabilità - in strutture generalmente non progettate per rispondere ai loro particolari bisogni di assistenza. Si tratta di strutture con modelli organizzativi intra-ospedalieri spesso

inadeguati, fatta eccezione per quei reparti geriatrici espressamente dedicati agli anziani fragili; con percorsi di cura ospedale-territorio poco gestiti, che troppo spesso si riducono all'invio di fax o alla mera consegna al paziente di una scheda di dimissione, e con una residenzialità assistita non sempre programmata e progettata come parte integrante della rete territoriale. Palese anche il diffuso ritardo nell'impiego di nuove tecnologie che possono contribuire a definire percorsi di cura innovativi, come dimostrano interessanti sperimentazioni locali, in particolare l'ASL di Arezzo per la telemedicina e l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona per la demotica. E, pur in un processo virtuoso di trasferimento di risorse verso il territorio con l'obiettivo di attivare ed implementare prestazioni ambulatoriali, domiciliari e diurne, e di ridurre i ricoveri, la Sanità fatica a contenere i costi entro i tetti di spesa programmati. Anche perché marca un indubbio ritardo quella necessaria evoluzione organizzativa e culturale rappresentata da aggregazioni funzionali territoriali (AFT), unità complesse di cure primarie (UCCP) e farmacie dei servizi, che possono dare corpo ad una reale continuità assistenziale e ad più un adeguato sostegno domiciliare e familiare nelle situazioni più complesse.

Unica certezza: l'indennità di accompagnamento. Ma con i suoi 508 euro mensili, fissi per tutti, l'indennità si rivela sempre più misura rigida, generica, palesemente inadeguata a fronteggiare bisogni assistenziali complessi e diversificati. Il risultato è che gli anziani non autosufficienti, come del resto le persone con gravi disabilità, pesano sempre più sulle famiglie, sia come carico assistenziale che in termini di oneri economici. Anzi, la non autosufficienza è ormai, dopo la perdita del lavoro, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane.

I numeri parlano chiaro. Il Rapporto annuale INRCA stima che in Italia le famiglie,

quelle che possono permetterselo naturalmente, tra assistenza, badanti e quote di residenze sanitarie assistenziali (RSA) spendono annualmente per i loro vecchi lo 0,59 del PIL, più o meno quanto lo Stato per l'indennità di accompagnamento. Mentre la componente di spesa socio-sanitaria pubblica di ASL e comuni per la non autosufficienza è ferma ad uno scarno 0,62 per cento. Nel dettaglio, il costo di una badante regolarmente assunta si attesta intorno ai 1.500 euro al mese, mentre la quota media di partecipazione ai costi sociali di una RSA ammonta 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 2012 a 2.500 euro al netto di imposte e contributi sociali. Ma altrettanto pesanti sono i riflessi sui bilanci dei comuni, chiamati ad erogare direttamente interventi assistenziali, nonché la quota sociale per i ricoveri in RSA nei casi di basso indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) familiare.

La proposta di un nuovo Fondo per la non autosufficienza si muove su una linea del tutto alternativa rispetto alle politiche degli ultimi anni tutte tese al contenimento della spesa sociale, spesso ispirate ad un'idea neocaritatevole di *welfare* e con proposte di generiche indennità non garantite come livelli di assistenza. Ed oltretutto, le manovre che si sono succedute nel tempo non solo hanno determinato tagli a sanità e politiche sociali, ma hanno ripetutamente mirato al bersaglio invalidità, ai diritti delle persone disabili o non autosufficienti.

È opportuno e urgente definire nuovi criteri e distinguere i trattamenti per la disabilità dagli interventi assistenziali per la terza età che hanno natura e rispondono a finalità diverse. Prevedere, cioè, in un unico sistema, specifiche discipline degli interventi per la terza età, per la disabilità, nonché per cecità e sordità. Ciò consentirebbe di mi-

gliorare la qualità del sistema tanto per l'assistenza alle persone anziane che per il sostegno all'autonomia delle persone disabili e agli oneri gravanti sulle loro famiglie, con emolumenti comunque da rafforzare e riformare anche alla luce dell'evoluzione dei bisogni assistenziali, in un quadro di integrazione sociale, di autonomia e vita indipendente, di misure per il « dopo di noi » nella nuova rete di servizi ed interventi definiti dalla legge n. 104 del 1992 e dalla riforma dell'assistenza.

Tutti i Paesi economicamente avanzati dell'Unione europea, ultima nel 2006 la Spagna, hanno scelto da tempo strade più efficaci, misure di carattere straordinario che spaziano dalla tassa di scopo all'assicurazione obbligatoria pubblica. Quest'ultima, come quarto pilastro del sistema di *welfare*, che va ad aggiungersi a sanità, previdenza ed assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è in particolare dal 1995 l'opzione tedesca, alimentata da un prelievo dell'1,9 per cento sulle retribuzioni, per la quale c'è da sottolineare che non solo le imprese, ma anche i lavoratori hanno contribuito significativamente, rinunciando a due giorni di ferie l'anno. Il Fondo garantisce le prestazioni socio-sanitarie necessarie, privilegiando il sostegno alla domiciliarità, avvalendosi di servizi professionali, ma anche della cerchia familiare e di reti territoriali di solidarietà.

Che si scelga la via tedesca o quella fiscale, è fuor di dubbio che sia urgente una misura straordinaria per adeguare il sistema di *welfare* italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona disabile o anziana non autosufficiente. Operazione non semplice ed impegnativa, che va costruita nel più ampio quadro di un confronto con le parti sociali per una rideterminazione degli oneri contributivi e fiscali per i lavoratori e per le imprese.

Recenti stime del Ministero della salute e di importanti istituti di ricerca ci dicono che l'avvio di un nuovo e più adeguato sistema di tutela ed assistenza per le persone con gravi disabilità e per gli anziani non autosufficienti richiede risorse consistenti, che ammonterebbero annualmente ad una cifra di poco superiore ai 19 miliardi di euro. Circa 7 in più dei 12,4 miliardi stanziati a legislazione vigente per erogare l'indennità di accompagnamento e le indennità per ciechi, sordi, di frequenza e talassemici. Obiettivo ambizioso, da perseguire nel quadro di una complessiva ridefinizione della gestione delle risorse disponibili, compresi i fondi integrativi, nonché in una rideterminazione delle contribuzioni e della fiscalità sui redditi da lavoro e sulle imprese, nonché sui trattamenti pensionistici, e di una revisione di una serie di agevolazioni a partire dai permessi retribuiti di cui all'articolo 33 della legge n. 104 del 1992. Ed impegnativo, se si considera che, attestandosi il monte nazionale teorico delle retribuzioni di lavoro dipendente, pubblico e privato, autonomo ed in libera professione, oltre i 600 miliardi di euro (dato INPS), nel caso dell'opzione tedesca le risorse necessarie per la sola quota relativa agli ultrasessantacinquenni si attesterebbero qualche decimale sotto un 2 per cento di contribuzione, tenendo conto di tutte le altre forme di lavoro, nonché del necessario contributo di solidarietà che dovrebbe anche gravare su pensionati ad alto reddito e rendite finanziarie.

Nel particolare frangente che attraversa l'economia non si può escludere l'ipotesi di avviare l'operazione con gradualità, in un'equilibrata valutazione di costi e benefici per la finanza pubblica e dell'andamento dei conti previdenziali, con la conseguente ridefinizione delle aliquote, ricavandone una specifica per la non autosufficienza e finalizzando al nuovo Fondo i circa 500 milioni di gettito derivante dallo 0,35 per cento di contribuzione già previsto per prestazioni so-

ciali ai dipendenti pubblici. Non escludendo anche l'ipotesi di compensare eventuali maggiori oneri sul costo del lavoro facendo leva, come in Germania, su una ricontrattazione dei giorni di ferie in cambio di nuovi diritti esigibili. Definire un percorso graduale con stanziamenti aggiuntivi, che metta il sistema a regime nell'arco di un triennio, monitorando anche risparmi e maggiori entrate determinati dagli interventi attivati attraverso il Fondo. Promuovere, cioè, una fase di avvio per fissare poi, sulla base dei risultati conseguiti, i termini definitivi di finanziamento.

La costituzione di un Fondo nazionale non contrasta con l'assetto istituzionale che è andato delineandosi nel processo di costruzione del federalismo solidale. Purché naturalmente nelle fasi di programmazione, definizione ed erogazione delle prestazioni ci si muova in coerenza con i principi generali 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) e delle relative prestazioni sociali esigibili dai cittadini, in sede di Conferenza Stato-regioni, secondo le modalità previste dall'articolo 22 della legge n. 328 del 2000, che dovranno prevedere i diversi interventi e prestazioni, uniformi su tutto il territorio nazionale.

Alla Conferenza Stato-regioni il compito di regolare e controllare la gestione del Fondo. In quella sede andranno, infatti, definiti oltre a prestazioni ed emolumenti da inserire nei LIVEAS, l'entità e le modalità di erogazione di assegni e buoni servizio in relazione ai diversi livelli di dipendenza, nonché i criteri di valutazione medico-legale degli aventi diritto. Alle regioni nei rispettivi territori 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 anche ai fini dell'integrazione con gli interventi sanitari di ASL e dei fondi integrativi. Alle commissioni medico-legali delle ASL, integrate da medici INPS (articolo 20 del decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009), il compito di riconoscere il titolo ai diversi emolumenti.

In questo quadro l'INPS, già coinvolto nella materia per la gestione delle prestazioni economiche agli invalidi civili, con la sua struttura capillarmente organizzata per la riscossione dei contributi previdenziali e l'erogazione delle relative prestazioni, dotata di propri servizi medico-legali, organicamente collegata anche per via telematica con i servizi delle ASL, appare l'istituto più idoneo alla gestione finanziaria, controllo e monitoraggio del sistema e alla sperimentazione, su indicazione delle regioni interessate, di modelli innovativi di assistenza anche alla luce delle tante esperienze promosse negli ultimi anni, tra queste l'*Home Care Premium* dell'ex INPDAP, nel campo della domiciliarità, telemedicina, demotica, *gerontechnology*, ecc.

A differenza di quanto avviene nei più avanzati ed organizzati sistemi assistenziali europei, la principale misura attualmente in vigore per la non autosufficienza, l'indennità di accompagnamento, non tiene conto dei diversi gradi di dipendenza e delle diverse tipologie di intervento necessarie a fronteggiare bisogni assistenziali complessi. Non considera altresì le differenti condizioni familiari ed ambientali nell'ambito delle quali si sviluppano le specifiche azioni assistenziali.

Il sistema tedesco, in particolare, prevede quattro diversi livelli di gravità cui corrispondono interventi differenziati il cui costo

varia dai 450 ai 1.918 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 psicosofiche, vanno ben oltre i 1.000 euro mensili. In ambedue i sistemi vengono privilegiati gli interventi a domicilio, puntando prioritariamente su trasferimenti economici a sostegno alle reti familiari e territoriali, su buoni servizio, cercando così di arginare i ricoveri in strutture residenziali socio-sanitarie.

Al modello tedesco si è ispirata la provincia autonoma di Bolzano che ha recentemente adottato chiare misure legislative che prevedono assegni di cura rapportati alla gravità del bisogno assistenziale, su quattro livelli, fino ad un massimo di 1.800 euro al mese.

L'assegno di cura è destinato a garantire un'assistenza di base. Deve essere utilizzato per remunerare gli operatori o gli stessi familiari per l'assistenza prestata, nonché per l'utilizzo dei necessari servizi assistenziali.

Con un meglio articolato e più robusto Fondo in tutto il Paese, non solo nelle province autonome, si potrebbe attivare una rete più moderna ed affidabile di interventi. Un sistema universalistico di assistenza in un mix moderno e dinamico di prestazioni formali ed informali, nel quadro di sussidiarietà orizzontale e verticale previsto dal nostro ordinamento. Una gamma di prestazioni, differenziate sulla base di quattro livelli di gravità e di dipendenza e della situazione reddituale familiare per gli anziani non autosuf-

ficienti, con importi fino a 1.800 euro al mese, in un sistema che potrà prevedere trasferimenti monetari, buoni servizio, assistenza domiciliare, rimborso della quota sociale per il ricovero in RSA sulla base delle reali necessità assistenziali. Un siffatto 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 pubblica, in particolare sulla sanità.

Un moderno *welfare* che eroghi adeguate prestazioni di sostegno e di assistenza alle persone non autosufficienti non può non determinare riflessi importanti sui livelli occupazionali. Del resto già oggi le famiglie si avvalgono generalmente di badanti ed assistenti familiari, che hanno superato quota 750.000, prevalentemente di origine straniera. Un fenomeno in buona parte irregolare e sommerso, che richiederebbe politiche di integrazione, sgravi fiscali, sostegno alla domanda.

È quanto avvenuto in gran parte dei Paesi europei. Nel nord Europa i servizi domiciliari raggiungono in media il 13 per cento degli anziani. In Germania, sostenuto dal quarto pilastro assicurativo, 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, dove le misure adottate a sostegno della non autosufficienza hanno determinato nel settore dell'assistenza a domicilio un incremento di ben 300.000 posti di lavoro. Analogo processo è ormai consolidato in Francia dove i servizi raggiungono a domicilio più dell'8 per cento degli ultrasessantacinquenni.

DISEGNO 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 presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) 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 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 in-

dennità e buoni servizio 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 della presente legge, sono individuati tre livelli di gravità e i seguenti importi mensili:

a) I livello: 508 euro, indennità al titolo della minorazione;

b) II livello: 900 euro, buono servizio;

c) III livello: 1.350 euro, buono servizio.

4. Per i soggetti che sono riconosciuti non autosufficienti dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età, gli importi relativi al I e al II livello di gravità subiscono una variazione in diminuzione in base all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e comunque non in misura inferiore ad euro 508, secondo le modalità stabilite dal decreto di cui al comma 5.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa intesa in sede di Conferenza uni-

ficata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, 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'INPS ai sensi dell'articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, 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, nonché dei soggetti affetti da talassemia e dei minori non deambulanti.

7. Sono fatte 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.

(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 e gli enti locali, 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 dei buoni servizio e le modalità di rendicontazione;

b) le modalità di individuazione e di accreditamento dei soggetti e delle figure professionali che erogano le prestazioni assistenziali di cui alla presente legge;

c) l'istituzione di appositi albi relativi ai soggetti e alle figure professionali di cui alla lettera b);

d) 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;

e) 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;

f) i requisiti professionali di operatori e assistenti familiari.

3. Le Commissioni medico-legali delle aziende sanitarie locali (ASL) provvedono al riconoscimento del titolo all'assistenza facendo riferimento ai tre livelli di bisogno assistenziale di cui all'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale.

4. Gli utenti scelgono gli operatori accreditati dagli appositi albi di cui al comma 2, lettera c).

5. Sono fatte 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.

Art. 4.

(Piano nazionale sulla non autosufficienza)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro competente per le disabilità, previa acquisizione del parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentite le competenti Commissioni parlamentari, è adottato 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.

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, provvede ad individuare ambiti prioritari di ricerca dedicati in particolare alle patologie croniche degenerative.

Art. 5.

(Delega al Governo)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di elaborare un impianto regolatorio in materia di congedi parentali di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, omogeneo con la presente normativa.

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) procedere all'elaborazione delle necessarie definizioni, anche integrando la di-

sciplina vigente, al fine di enucleare i seguenti concetti: «buono servizio» e «congedo parentale»;

b) indicare nuovi criteri per il riconoscimento del diritto al congedo parentale relativo all'assistenza ai non autosufficienti che usufruiscono del buono servizio ed in particolar modo ai soggetti ultrasessantacinquenni.

3. I decreti legislativi di cui al comma 1 provvedono altresì ad assicurare il coordinamento delle disposizioni concernenti le materie oggetto della presente legge nonché la coerenza terminologica, nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) coordinamento formale e sostanziale delle disposizioni legislative adottate ai sensi della presente legge e le altre leggi dello Stato vigenti, apportando le modifiche necessarie per garantire la coerenza giuridica, logica e sistematica della normativa e per adeguare e aggiornare il linguaggio normativo;

b) verifica del rispetto dei princìpi contenuti nelle direttive dell'Unione europea in materia;

c) indicazione esplicita delle eventuali norme abrogate.

4. Ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1 è adottato su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro competente per le disabilità, previa acquisizione del parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e del parere del Consiglio di Stato, che sono resi nel termine di quarantacinque giorni dalla data di trasmissione dello schema di decreto legislativo, decorso il quale il Governo può comunque procedere. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione dei pareri delle

Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di sessanta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato. Se il termine previsto per il parere cade nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto al comma 1 o successivamente, la scadenza medesima è prorogata di novanta giorni. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente il testo alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e motivazione. Le Commissioni competenti per materia possono esprimersi sulle osservazioni del Governo entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, il decreto può comunque essere adottato.

5. Dall'attuazione della delega di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. In conformità all'articolo 17, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, qualora uno o più decreti attuativi determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al proprio interno, i decreti legislativi dai quali derivano nuovi o maggiori oneri sono adottati solo successivamente o contestualmente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti risorse finanziarie.

6. Ai fini della predisposizione dei decreti legislativi di cui al comma 1, con atto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono individuate forme di consultazione delle associazioni e dei soggetti riconosciuti e maggiormente rappresentativi operanti nel settore di riferimento.

7. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, il Governo può adottare, nel rispetto dei principi e criteri direttivi e della procedura di cui al presente articolo,

uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive.

8. Con regolamento ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono apportate al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, le modifiche necessarie per l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge.

€ 1,00