

CAMERA DEI DEPUTATI N. 354

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SIGNORINO, GIANNOTTI, MUSSI, INNOCENTI, SERAFINI,
MELANDRI, MANCINA, BOLOGNESI, BATTAGLIA, CACCA-
VARI, JANNELLI, LUMIA, CHIAVACCI, PERUZZA, GAM-
BALE, LUCIDI, GIACCO, GATTO, RIZZA, BUFFO, LABATE**

Interventi di sostegno sociale per la prevenzione delle condizioni di disagio e povertà, per la promozione di pari opportunità e di un sistema di diritti di cittadinanza

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI! — 1. *Premessa.* In un sistema socio-economico pluralistico nel quale l'economia sia governata, l'ordine economico non può essere separato da un ordine sociale che persegua nel concreto le esigenze quotidiane della popolazione, riconosca merito ed opportuna affermazione ai più capaci, imposizione fiscale equa in rapporto al reddito, protezione sociale per i più deboli.

Protezione che si esprime attraverso un concetto moderno di solidarietà « dello Stato sociale », operando alcune grandi scelte qualificanti, meccanismi preventivi

e correttivi dei fattori di distorsione del sistema sociale, promuovendo e lasciando spazio allo spirito di impresa anche all'interno dello stesso *Welfare*, che deve essere trasformato in organizzazione sburocratizzata, flessibile, contenuta nei costi e misurabile in termini di efficacia e qualità.

In base a tali presupposti non è sufficiente aver avviato una trasformazione dello Stato sociale solo con la riforma del Servizio sanitario nazionale e del sistema previdenziale, si tratterebbe di un sistema di protezione « monco » e, soprattutto, di

un sistema che esclude la vera fascia di popolazione più bisognosa della solidarietà, e, non ultimo, va ricordato come il mancato intervento sulle diseguaglianze sociali possa condurre anche a gravi condizioni di instabilità politica e sociale.

Naturalmente la riforma dei regimi di sicurezza sociale va supportata da una altrettanto rigorosa riforma del sistema fiscale. L'indirizzo della « ricostruzione » degli interventi di sostegno sociale deve, altresì, trasferire risorse verso i servizi alla persona, oggi compresi al 10 per cento della spesa sociale, stimolando nuova occupazione. Non ci sarà allora, solo intrinseco valore di equilibrio sociale ma anche affermazione concreta del « valore umano ».

La presente proposta di legge persegue gli obiettivi del *Welfare* delineati nel programma di governo dell'Ulivo e si propone come strumento per un confronto parlamentare aperto a contributi molteplici, nella convinzione che sul terreno della sicurezza sociale — ad un tempo cruciale e complesso — sia necessario il più ampio confronto fra le diverse culture.

2. I servizi socio-assistenziali oggi: perché una legge quadro sull'assistenza.

Il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 aveva modificato il contenuto di assistenza-beneficienza pubblica derivato dagli articoli 38 e 117 della Costituzione introducendo il concetto di « servizi sociali » che ha permesso una più moderna organizzazione del settore, specie in alcune realtà del Paese, evidenziando, anche in questo campo, pesanti squilibri tra nord, centro e sud.

L'aspetto più rilevante della mancanza di una legge quadro in materia di assistenza è stato, ed è, quello di non permettere una sostanziale trasformazione del settore verso nuove ipotesi organizzative che tengano conto del nuovo ordinamento delle autonomie locali, del processo amministrativo di redistribuzione delle responsabilità nel pubblico impiego, delle potenzialità derivanti da un rapporto pub-

blico-privato, privato *non profit*, capaci di costituire un circolo virtuoso per ottimizzare le risposte del *Welfare* e modularle alla nuova e pressante domanda sociale.

Pertanto, anche le innovazioni e sperimentazioni di grande interesse, condotte dalle regioni più sensibili, spesso non possono essere convalidate per problemi legati alla finanza locale e soprattutto perché al di fuori di livelli assistenziali omogenei individuati come *standard* nazionali di riferimento. Livelli che dovrebbero permettere anche la possibilità di razionalizzare e coordinare le prestazioni assistenziali locali alle prestazioni nazionali, quali possono essere le pensioni di invalidità civile e le pensioni sociali. Queste ultime, pur nella loro natura di emolumento prettamente assistenziale, sono state fino ad oggi collegate al comparto previdenziale e non hanno potuto costituire una componente « gestibile » dagli enti locali di riferimento ai fini di complessivi programmi di recupero e integrazione sociale dell'individuo.

La legge di riforma previdenziale n. 335 del 1995 ha, di fatto, separato gli emolumenti assistenziali, quali le pensioni sociali, entrando con l'assegno sociale nell'ottica di un « minimo vitale » da garantire ad ogni cittadino ultrasessantacinquenne privo di reddito, e, nel contempo, ha posto le condizioni per regolamentare altri benefici economici legati alle disabilità del cittadino, quali le pensioni di invalidità civile e le indennità di accompagnamento, collegandole più che alla inabilità al lavoro, come è avvenuto fino ad oggi, ad una complessiva tutela dell'handicappato, particolarmente se non autosufficiente, integrata con le altre prestazioni del sistema sociale (articolo 3, comma 3, della legge n. 335 del 1995).

Per riassumere, i mutamenti legislativi del settore previdenziale a seguito della legge n. 335 del 1995 e quelli del settore sanitario già avvenuti ad opera dei decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, prevalentemente collegati al contenimento ed alla razionalizzazione della spesa pubblica, richiedono un complessivo ripensamento dello « Stato sociale » che, peraltro, non ignori i profondi mutamenti

dell'assetto socio-demografico del Paese, riscontrabili anche in altri Stati dell'Unione europea (Germania, Francia, Inghilterra, solo per citare quelli che hanno provveduto o stanno provvedendo alla revisione del *Welfare*).

Alcuni indicatori del cambiamento del quadro sociale italiano, rinvenibili anche nella « relazione Carniti » sulla condizione di povertà, sottolineano le criticità degli anni 2000:

mutamento della struttura demografica della popolazione, con il problema dell'invecchiamento;

aumento delle classi povere, causa l'allargamento del *gap* tra redditi alti e bassi;

crisi istituzionale della famiglia, sovraccarico di lavoro per la donna;

aumento della immigrazione stabile e di quella irregolare;

permanere di sacche di disoccupazione anche a fronte di situazioni di ripresa della produzione.

Particolarmente per il problema della povertà è doverosa una riflessione analitica sulla dimensione qualitativa del fenomeno: infatti, se lo stesso viene analizzato sul piano statistico della ciclicità del fenomeno, i dati dimostrano una sorta di paradosso: la diminuzione di povertà assoluta nell'ultimo decennio dal 7-8 per cento degli anni ottanta al 6/5 per cento degli anni novanta (5 per cento nel 1994 come risulta dal rapporto Censis 1995). Lo stesso non si può dire per le povertà relative, ovvero diseguaglianze sociali nell'accesso al reddito e, quindi, ai consumi.

I rapporti ISTAT e CNEL 1995 sottolineano l'aumento di questo fenomeno definibile come maggiore diffusione del rischio sociale, peraltro presente in tutti i Paesi europei, anche se con tassi inferiori a quelli italiani.

Il fenomeno delle povertà relative è una pesante eredità degli anni 1980 e 1990 per gli squilibri esistenti tra salari e loro potere d'acquisto. Dagli anni 1990 e, particolar-

mente, dal patto sociale del luglio 1993 sul costo del lavoro, il fenomeno è stato parzialmente contenuto attraverso la maggior attenzione al rapporto inflazione-salari.

Ovviamente le misure affrontate non sono sufficienti per il completo controllo delle povertà relative, sono necessari interventi più strutturali per la redistribuzione del reddito, collegati ad una reale riforma del sistema fiscale, ma anche e soprattutto a nuove modalità di intendere il *Welfare* come promozione di « pari opportunità » e di un sistema di « diritti di cittadinanza ».

I soggetti maggiormente colpiti dal fenomeno delle diseguaglianze sono tali per provenienza territoriale e per limitazioni personali (età, malattia cronicizzata, incapacità di occuparsi per mancanza di informazioni e formazione). Basta far riferimento al PIL regionale del 1993 per rilevare che la distanza per abitante registra differenze tra nord e sud superiori al 50 per cento (126,3 per cento in Valle d'Aosta; 57,8 per cento in Calabria).

La soluzione di questi problemi, come detto in premessa, è frutto di politiche integrate sulle modalità distributive del reddito, sull'accesso al lavoro e sul sostegno non assistenzialistico alle diseguaglianze prodotte dal « rischio sociale » di chi ha meno per accedere ai consumi.

Gli interventi di contenimento del costo del lavoro e della spesa pubblica, posti in essere nell'ultimo biennio, con attenzione alle fasce deboli, vanno in questa direzione, ma nel contempo non può essere ulteriormente disatteso un provvedimento più organico di riordino delle funzioni socio-assistenziali, con lo scopo di intervenire direttamente nel processo di formazione della diseguaglianza, supportando le carenze degli individui in termini di maggior informazione e formazione, attraverso benefici assistenziali, possibilmente temporanei, e comunque mobilizzando gli emolumenti economici permanenti che nei decenni precedenti sono stati utilizzati all'unico scopo di « monetizzare il danno fisico », senza tendere al recupero delle abilità residue della persona.

Quelli descritti sono tutti problemi per i quali è necessaria una risposta a breve termine per non esasperare tensioni che possono divenire incontrollabili se non vengono « gestite ».

Ciò che abbiamo di fronte, oggi, sono grandi scelte di politica sociale, come lo è stata la riforma previdenziale, e come dovranno essere sia l'incentivazione a nuova occupazionalità, specie nel sud, sia una reale riforma del sistema fiscale, per allineare l'Italia con le più avanzate nazioni europee.

È su questa linea che il Parlamento deve compiere scelte « mirate » di politica sociale, in favore delle famiglie e delle categorie fragili, con particolare riferimento ad anziani e disabili non autosufficienti, riordinando anche gli emolumenti economici permanenti quali le pensioni di invalidità civile e le indennità di accompagnamento, attribuendo loro la reale funzione di supporto alla non autonomia (dipendenza) del cittadino inabile per età o *handicap*, piuttosto che il ruolo di fittizio compenso alla perdita di capacità lavorativa, utilizzabile in maniera impropria anche da chi non è portatore di gravi disabilità.

La redistribuzione degli interventi sociali deve far assumere al Paese uno schema di sviluppo basato sulla sostenibilità economica e sulla equità, sull'assunzione di una nuova concezione di giustizia sociale che consideri le differenze tra i cittadini, di reddito, età e condizione di salute, non come discriminanti per l'espulsione dal circuito sociale, ma come soglie di accesso ad un sistema di servizi che abbia come scopo la permanenza, l'inserimento o il reinserimento nello stesso circuito sociale.

Si tratta, in sintesi di selezionare bisogni e utenti intervenendo nelle situazioni di maggior criticità, sia con interventi diretti sia con prestazioni integrative o alternative anche attraverso riduzione del carico fiscale.

Quanto si propone nella presente proposta di legge di riordino del sistema socio-assistenziale, per gli aspetti della selezione del bisogno, è particolarmente calibrato

per rispondere ai problemi dell'invecchiamento della popolazione italiana e, comunque, per affrontare i problemi della lungo-assistenza (o cronicità) particolarmente incidenti nell'epidemiologia degli anni 2000 a seguito dell'aumento delle malattie degenerative e delle polipatologie senili.

Infatti, nello stabilire indici medi sul costo della vita, incrementati nel caso della mancanza di autonomia della persona (prescindendo comunque dall'età), si mobilitano risorse economiche risolutive — non solo per il soggetto assistito — ma per un nuovo mercato di lavoro dedicato ai « servizi alla persona », di cui si dirà in seguito, che coniuga la solidarietà sociale alla retribuzione del reddito verso nuovi profili occupazionali.

L'assetto dei servizi socio-assistenziali presenta oggi molte lacune sul piano dei contenuti, dell'organizzazione, del raccordo con il sistema sanitario, con il sistema scolastico e della formazione professionale; particolarmente difficoltosa è l'analisi dei flussi di spesa. I nodi di maggior entità sono ascrivibili a:

inesistenza di una progettualità sociale organizzata di fronte all'aumento della povertà (il 12 per cento circa della popolazione vive con reddito inferiore al 50 per cento del reddito medio *pro capite*) e delle fragilità sociali: alta percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, pari, come media italiana, a circa il 15 per cento mentre in alcune regioni del nord-centro supera il 20/24 per cento, alta incidenza della disoccupazione e della inoccupazione, immigrazione;

inesistenza di un livello « minimo » di interventi sociali omogenei: la differenza nelle diverse aree regionali rende difficilmente comparabili a livello nazionale le tipologie di prestazioni, sia per i contenuti che per le modalità di accesso; il divario aumenta anche in base alle aree geografiche del nord, centro e sud;

spesa pubblica elevata, incontrollata e incontrollabile (oltre 62 mila miliardi di lire per l'assistenza, a cui si aggiungono circa 14,5 mila miliardi di lire per pensioni

e assegni sociali). Difficilmente rilevabile anche la spesa dei comuni, perché afferente a diverse imputazioni;

quasi inesistente il rapporto qualità/spesa;

limitato ruolo dell'ente locale nell'assunzione di « regia » per la progettualità sociale, configurando l'intervento sulla persona o sul nucleo familiare più come un insieme di segmenti (talvolta obbligatoriamente effettuati da diversi gestori), che come intervento globale sul bisogno;

offerta di interventi sociali « preconfzionati » piuttosto che « pacchetti di prestazioni » o « percorsi assistenziali integrati tra pubblico/privato/volontariato » adattabili al bisogno del singolo tramite un'attenta lettura delle sue condizioni;

persistenza di assistenzialismo a scapito di un intervento di recupero e restituzione delle potenzialità individuali con la rimozione delle cause del problema (in particolare per l'inserimento ed il reintegro in attività occupazionali);

confusione tra i diversi emolumenti economici continuativi derivati da invalidità, età, mancanza di reddito, con la necessità di ricondurli ad un disegno complessivo di « minimo vitale » e di « percorsi assistenziali integrati » per non autosufficienti;

disomogeneità del ruolo del volontariato e del privato non lucrativo, in relazione alle differenti normative regionali e regolamentazioni locali, con difficoltà a rilevare il carico e la qualità delle prestazioni;

esistenza di una forte spesa sommersa, senza possibilità di controlli qualitativi, in assistenza privata a scopo di lucro, specialmente praticata per attività di ricovero ad anziani non autosufficienti ed a soggetti con cronicità psichiatrica (le strutture private sfuggono spesso a controlli autorizzativi ed in alcune zone non esistono normative in proposito; esiste, inoltre, in questo settore, una riconver-

sione « forzata » di strutture sanitarie declassate, quali ex case di cura);

raccordi problematici e conflittuali tra le attività sociali e quelle sanitarie, particolarmente accentuati dopo l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali, per i servizi sociali in situazione di delega alle unità sanitarie locali, ma anche nel caso di servizi gestiti separatamente da comuni e unità sanitarie locali;

mancanza di forme assistenziali integrative a scelta individuale o collettiva, particolarmente necessarie negli stati di cronicità che richiedono assistenza « impegnata », prevalentemente non sanitaria, per lunghi periodi (gli stati patologici di lungo-assistenza non sono presi in considerazione nemmeno dalle assicurazioni private).

3. Alcuni principi teorici per la revisione del sistema socio-assistenziale.

Sono già stati richiamati i principi di sostenibilità economica ed equità sociale per impostare una riforma del sistema socio-assistenziale, ad essi va aggiunto lo scopo di perseguire con la riorganizzazione del *Welfare*, anche una riforma istituzionale e gestionale dello Stato sociale tramite la rigorosa separazione delle funzioni di indirizzo e di controllo dalle funzioni gestionali, che comprenda la fissazione di principi quadro ad opera dello Stato, il decentramento delle sedi di programmazione e destinazione delle risorse alle regioni, la realizzazione delle attività ai comuni con l'introduzione di soggetti « *non profit* » e « *for profit* » nel « mercato » dei servizi.

In tal senso sembra opportuno anche prendere in esame, sia pure in estrema sintesi, i principi teorici sottesi alle tipologie di *Welfare* storicamente più consolidate.

L'approccio storico-economico individua nel *Welfare State* « strutture tipiche di organizzazione sociale » di redistribuzione del reddito e di mediazione dei conflitti sociali, che si realizzano in diversi modelli

in successione temporale, con varie articolazioni ed interconnessioni tra loro.

Le tipologie di *Welfare* fino ad oggi proposte sono state prevalentemente espresse in termini normativi, ossia attraverso schemi teorici che individuano i principali obiettivi di « dover essere » dello Stato sociale, mentre sono invece carenti le tipologie elaborate su indicatori a base empirica.

Il maggior teorico del *Welfare* degli anni cinquanta, Richard Titmuss, ha considerato lo sviluppo assistenziale in tre sistemi:

benefici occupazionali (*occupational Welfare*), riguardanti i particolari benefici, servizi e risorse ricevuti dal lavoratore come risultato del suo lavoro, al di là dei benefici pubblici derivanti da assicurazioni generali o dalla sicurezza sociale;

benefici fiscali (*fiscal Welfare*) consistenti in « assegni ed esenzioni da tasse » e in tutte quelle forme di trasferimento di reddito che si riferiscono, in complesso, alle esenzioni, assegni e detrazioni con sistemi diretti di tassazione centrale e locale, nonché altre tasse quali i cosiddetti contributi alle assicurazioni nazionali;

benefici di servizi sociali (*social Welfare*) riferiti nella classica tradizione inglese di amministrazione sociale, ai cinque servizi del *Welfare*: l'istruzione primaria e secondaria, il servizio sanitario nazionale, i servizi sociali di aiuto al cittadino (ivi compreso il finanziamento ad agenzie di volontariato), l'edilizia locale, eccetera.

All'interno della trilogia sistemica di Titmuss va fatta una fondamentale distinzione tra « modello residuale » e « modello istituzionale ».

Il modello residuale, legato alle teorie « ottimistiche » della crescita economica, dell'imborghesimento e della convergenza dei sistemi, sostiene, dunque, che una prosperità crescente e diversificata spinta dal libero mercato riduce e fa declinare i problemi sociali legati alla povertà. Conseguentemente, lo scopo degli interventi di *Welfare* dovrebbe essere quello di focalizzarsi in modello selettivo, su una mino-

ranza residuale e decrescente di gruppi sociali bisognosi. In questo modo le risorse scarse saranno usate in maniera più efficiente perché nei casi appropriati verranno elargite ad un livello così consistente da portare effettivi miglioramenti nelle situazioni sociali di maggior bisogno e di emarginazione.

Il nodo centrale di questo modello è, dunque, che i privati cittadini dovrebbero sopperire normalmente ai bisogni quotidiani attraverso le proprie risorse e capacità, mentre lo Stato dovrebbe intervenire solo quando e dove falliscono.

Il *focus* economico è che i « servizi universalistici » sono causa di sperperi perché permettono abusi mentre i « servizi selettivi » (che sono basati sulla prova dei mezzi) verrebbero usati solo da chi è veramente bisognoso.

Il modello istituzionale, all'opposto, interpreta la crescita economica come un fatto che ha connaturati in sé fenomeni di povertà e critica la teoria dell'imborghesimento e la teoria della convergenza dei sistemi.

In sostanza, il modello istituzionale sottolinea il persistere e l'accentuarsi in alcuni casi ed in determinate aree sociali della povertà e dei fenomeni di deprivazione e di emarginazione.

Il *focus* economico consiste nel fatto che il mercato è strutturalmente incapace di raggiungere qualcosa che anche lontanamente somigli ad una « giusta collocazione dei beni e dei servizi »; questo rende necessario che i « servizi sociali » — in senso lato — siano costituiti come « istituzioni basilari » piuttosto che come agenzie residuali.

Gli effetti della industrializzazione elevano i rischi e le conseguenze di fenomeni come la disoccupazione, la povertà, la mancanza di conoscenze appropriate, la malattia, la mancanza di una casa. Pertanto, lo scopo del modello istituzionale è che i servizi del *Welfare State* devono essere forniti « su basi universalistiche » (*at large*) espandendoli anziché riducendoli nelle loro finalità e dimensioni.

Sembra evidente che i due modelli sono in qualche modo tra loro opposti come

evidenziato nella, sia pur sintetica, declinazione delle loro caratteristiche; per tali motivi, si è oggi più propensi a non radicalizzare né l'uno né l'altro modello, ma a ricercare un *mix* di entrambi ovvero a configurare il *Welfare* come « infrastruttura di servizi » che comprende un livello essenziale di prestazioni accessibile a tutte le categorie fragili, e « pacchetti assistenziali » integrativi da acquisire a costi limitati, anche attraverso detrazioni fiscali e meccanismi regolativi di un più ampio rapporto tra sfera pubblica e istituzioni sociali, familiari e « agenzie private » *non profit* e *for profit*.

Ed infine, per evidenziare anche una tesi di carattere economico, largamente espressa da autori di saggi sul *Welfare* (Ardigò, Donati, Piperno, Ascoli, La Rosa, Paci, Pennacchi, Porcu, Serpellon, Vian), va detto che i diversi modelli di « Stato sociale » non si possono leggere in chiave evoluzionistica o antagonistica, si tratta, invece, di interpretarli secondo una linea di « transazione tra un polo e l'altro » nelle dimensioni principali di « Stato » e « mercato », e secondo le differenti tipologie dei soggetti erogatori e distributori di beni e servizi.

4. Il nuovo modello di politica sociale.

La riforma del sistema sociale non può considerarsi, anche in un momento di crisi finanziaria come quello attuale, una operazione economica di contenimento della spesa, ma un modo di ricercare una più equilibrata allocazione di risorse e, soprattutto, una razionalizzazione « selettiva » dei flussi di spesa verso le reali categorie di bisogno con la convergenza di risorse provenienti dallo Stato e dalla finanza locale.

Rispetto agli ordini di grandezza delle spese va ricordato come nel nostro Paese la spesa previdenziale aveva raggiunto il 17 per cento del PIL e, senza la riforma, avrebbe raggiunto in pochi anni il 25 per cento, mentre in altri settori del *Welfare* la spesa è largamente al di sotto della media europea:

interventi per la disoccupazione 0,5 per cento del PIL;

ricerca e innovazione 1 per cento del PIL;

scuola e istruzione 6 per cento del PIL;

assistenza sanitaria 5,5 per cento del PIL;

assistenza sociale 4,7 per cento del PIL.

In relazione a quanto precedentemente affermato in materia di sistemi di politica sociale quello da adottare in Italia è il modello misto tra modello selettivo e modello istituzionale, in cui i livelli essenziali della protezione sociale vanno intesi come:

1) strumento a sostegno del cittadino e delle famiglie per facilitare l'uso dei servizi pubblici e privati collegati ad esigenze assistenziali;

2) sostegno continuativo per le categorie fragili sul piano psico-fisico, inabili al lavoro, intendendo per le stesse i portatori di patologie o esiti cronicizzanti delle stesse (handicappati gravi, soggetti con gravi patologie psichiatriche, anche stabilizzate, grandi senili con problemi di non-autosufficienza psico-fisica);

3) sostegno temporaneo (se necessario continuativo) alle fragilità familiari, sono qui inserite sia le attività a favore del nucleo familiare sia quelle sostitutive allo stesso, realizzate per uno o più componenti del nucleo (con particolare riferimento ai minori). Le attività di sostegno si possono realizzare attraverso servizi diretti, sia tramite sgravi fiscali, sia con veri e propri strumenti di sostegno alle famiglie;

4) sostegno temporaneo per i fragili sociali: soggetti abili al lavoro ma temporaneamente impediti a forme di occupazione che permettano loro ed al nucleo familiare un sostentamento continuativo;

5) promozione di attività atte a favorire l'integrazione sociale dei fragili per patologia o per causa sociale (extracomunitari, ex detenuti, esclusi dal circuito sociale per patologia e disadattamento).

I servizi essenziali sono offerti attraverso una rete di prestazioni che si accompagna anche ad altre forme « alternative » di intervento sociale, quali i « buoni servizio », le detrazioni fiscali, l'assistenza integrativa, erogate da un *mix* istituzionale pubblico, privato *non profit*, volontariato e privato *for profit*.

In questa prospettiva la riforma assistenziale diventa anche occasione per potenziare il mercato del lavoro attraverso la creazione ed il potenziamento del cosiddetto « terzo settore », intendendo con tale termine il settore che produce « servizi alla persona », affidato alle organizzazioni *non profit* (in talune occasioni anche *for profit*) e che, come tale, non può essere regolato dai soli meccanismi di mercato, pena le discrasie già evidenziate a proposito delle strutture di ricovero per anziani, ma deve essere protetto in termini di professionalizzazione degli addetti, qualità, controllo e vigilanza.

Alle potenzialità occupazionali del terzo settore fa espresso riferimento il *Libro bianco* di Delors (1993) che richiama « l'imprenditorialità sociale » come strumento per aumentare l'offerta di servizio alle famiglie e le occasioni di lavoro (anche temporaneo) per disoccupati e sotto-occupati, stimando in circa 3 milioni i posti di lavoro da creare in tale settore da parte dei Paesi europei.

Senza entrare nel merito delle dinamiche economiche e dei sistemi di *Welfare* dei singoli Paesi, si citano alcuni dati sull'influenza del settore *non profit* dei servizi alla persona, negli ultimi anni ottanta e novanta, rispetto alla crescita dell'occupazione: USA incremento del 12,7 per cento, contro il 6,8 per cento dell'intera economia; Germania 11 per cento contro il 3,7 per cento; Francia 15,8 per cento contro il 4,2 per cento; Italia 39 per cento contro il 7,5 per cento dell'intera economia (Borzaga, Gui, Schenkel: « *La Performance delle organizzazioni senza fini di lucro in Italia* » - ricerca CNR 1994).

Secondo i principi e le tesi precedentemente esposti è stata redatta la presente proposta di legge, che individua interventi di sostegno sociale per la prevenzione delle condizioni di disagio sociale e di povertà,

cogliendo anche i tratti essenziali della separazione assistenza/previdenza introdotti nella riforma previdenziale, con la disciplina degli emolumenti economici continuativi per anziani, invalidi e famiglie, recependo, quindi, gli aspetti del « minimo vitale » già considerati a proposito dell'assegno sociale nella legge n. 335 del 1995 e nella proposta di legge di riordino dell'assistenza di iniziativa popolare presentata dalle organizzazioni sindacali CGIL/CISL/UIIL.

5. La proposta di legge: principi e contenuti.

La presente proposta di legge si articola in sei capi:

CAPO I: *Disposizioni generali*, articoli 1, 2, 3 e 4, che comprendono:

a) la configurazione di una « progettualità sociale », come risposta ai bisogni sociali dell'individuo ed, al tempo stesso, obiettivo di responsabilità di tutti i partecipanti al progetto di integrazione sociale, costituendo così una forma nuova di comunità (*Welfare society*) pienamente responsabile, in grado di svolgere e di essere coinvolta in forme di partecipazione e di controllo sociale. In questa ottica è prevista, laddove possibile in termini di reddito, la partecipazione economica ai costi del servizio da parte del cittadino-utente. La « progettualità » è intesa come rinnovamento della « pratica assistenziale » sino ad oggi conosciuta che, spesso, ha deresponsabilizzato i soggetti, diventando di fatto un impedimento allo sviluppo della rete dei servizi sociali;

b) forme alternative di acquisto di servizi, tramite la emissione e circolazione di « buoni servizio », che costituiscono una sorta di « seconda moneta » all'interno del mercato dei servizi sociali;

c) la regolazione della politica sociale attraverso la forma innovativa del dipartimento, articolato in due agenzie, una per la promozione della salute e l'altra per le attività sociali, intendendo la politica so-

ciale (sanità e assistenza) come strumento complessivo di miglioramento della qualità di vita, per valorizzare l'individuo e le famiglie, tramite l'offerta di servizi (pubblici/privati e volontariato), e di emolumenti economici temporanei e permanenti e favorendo l'ingresso o il reingresso nel lavoro;

d) la disciplina delle istituzioni private in campo assistenziale.

CAPO II: *Disposizioni per il riordino dell'assistenza sociale*, articoli 5, 6, 7 e 8, che comprendono:

a) i compiti dello Stato in materia di assistenza;

b) l'illustrazione dei livelli essenziali di prestazioni socio-assistenziali, esigibili dai cittadini in stato di bisogno, su tutto il territorio nazionale;

c) la proposta di un modello funzionale di rete di servizi strutturata su un *mix* di prestazioni (domiciliari, residenziali, economiche, di inserimento e reinserimento sociale, eccetera), quali risposte a problemi omogenei (esempio: mancanza di autonomia, insufficienza di reddito, fragilità familiare e personale) piuttosto che a categorie di persone, con regole fondamentali fissate a livello nazionale e dimensioni realizzative demandate ai livelli regionali e locali;

d) il *mix* di prestazioni è scelto come il modello organizzativo più adatto a consentire la maggior flessibilità dei percorsi assistenziali, attraverso la composizione e ricomposizione « a mosaico » delle diverse prestazioni (modello canadese) realizzata in base al progetto di recupero individuale, previa valutazione delle risorse personali e del nucleo familiare di chi richiede « assistenza »;

e) l'istituzione e la regolamentazione della Commissione nazionale per le politiche sociali;

f) la messa a punto di un sistema informativo automatizzato e telematico per i servizi sociali.

CAPO III: *Disposizioni per l'organizzazione regionale e locale*, articoli 9, 10, 11, 12 e 13, che ricomprendono:

a) gli indirizzi a regioni e comuni per la programmazione e realizzazione della rete di servizi, utilizzando forme di gestione e associative rinnovate secondo il dettato della legge n. 142 del 1990, con particolare riferimento agli accordi di programma, quale strumento per definire ed attuare interventi e programmi che richiedono l'azione coordinata di più enti (comuni, province, eccetera);

b) la regolamentazione dei modelli operativi funzionali, in cui si prevede l'organizzazione in rete e l'apporto sinergico pubblico, privato *non profit*, del volontariato e privato, e che è affidata a regioni e comuni, singoli e associati. In questi termini, il comune diventa soggetto progettuale di « percorsi assistenziali integrati » coordinando con le prestazioni locali gli emolumenti economici statali (assegno sociale, pensioni di invalidità civile, indennità di accompagnamento, eccetera), secondo le migliori finalità di recupero della persona;

c) la non predeterminazione a livello nazionale, ovvero la dimensione territoriale per l'erogazione ottimale delle prestazioni è quindi lasciata alle realtà locali; ad esse spetta l'iniziativa di scegliere, secondo il dettato della legge n. 142 del 1990, le grandezze territoriali per la gestione ottimale dei servizi socio-assistenziali secondo le disponibilità economiche e le necessità della popolazione;

d) l'indicazione per un'intesa tra comuni e unità sanitarie locali ai fini della distribuzione territoriale di particolari servizi socio-sanitari quali l'assistenza sanitaria residenziale, i centri socio-riabilitativi per disabili, le comunità terapeutiche per tossicodipendenti, l'assistenza domiciliare integrata. La coincidenza distributiva di tali servizi è richiesta per l'efficacia e l'economicità delle prestazioni;

e) una nuova impostazione del coordinamento e dell'integrazione tra assistenza e sanità, ripensati secondo un cri-

terio tecnico-strutturale più moderno e decisamente rapportato alla domanda, dove il coordinamento diventa un fatto programmatico di coincidenza tra le politiche dei diversi enti che si occupano del « soggetto da assistere » (comune, unità sanitaria locale, scuola) e l'integrazione, una processualità « operativa » ottenibile componendo le prestazioni erogate rispettivamente dai diversi comparti in un progetto integrato sulla persona;

f) le previsioni di un registro regionale a cui si iscrivono le istituzioni private *non profit*, di volontariato e private;

g) una procedura di accreditamento per le istituzioni private *non profit* e private per operare in convenzione con i comuni. La norma prevede per le strutture accreditate anche controlli eseguiti da associazioni di tutela dei diritti dei cittadini.

CAPO IV: *Disposizioni per il riordino degli emolumenti economici dello Stato a favore di minori, anziani, disabili e famiglie*, articoli 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23, che ricomprendono:

a) il riordino e la modifica nominale dell'assegno sociale, delle pensioni di invalidità civile e di inabilità, dell'assegno di accompagnamento e delle indennità di accompagnamento che, in base alla funzione svolta rispetto al grado di autonomia del soggetto destinatario, vengono ridefiniti, rispettivamente, « minimo vitale », « assegni di inabilità e invalidità », « assegno di mantenimento » (per i minori completamente dipendenti), « assegno di dipendenza » (per adulti e anziani completamente dipendenti);

b) le modalità di richiesta e di erogazione degli assegni, con la precisazione che gli stessi, come componenti di un percorso assistenziale integrato, vengono erogati anche nel caso di ricovero residenziale e sono utilizzati, tranne una somma che rimane al destinatario per le proprie spese, per concorrere al pagamento delle prestazioni assistenziali (ricovero o altri tipi di intervento);

c) le indicazioni agli enti locali per porre in essere programmi di « inserimento protetto al lavoro per disabili », prevedendo la revoca dell'assegno d'invalidità quando il titolare può provvedere al suo mantenimento in modo autonomo;

d) la disciplina degli accertamenti medico-legali per ottenere gli assegni di cui alla lettera a).

CAPO V: *Disposizioni finanziarie*, articoli 24 e 25, che ricomprendono:

a) la costituzione del Fondo sociale nazionale e le modalità per il suo finanziamento;

b) il concorso di un Fondo sociale regionale per finanziare i programmi locali dei servizi socio-assistenziali;

c) il trasferimento al Fondo sociale « come quota distinta » dei capitoli del bilancio dello Stato già utilizzati per le pensioni di invalidità civile e le indennità di accompagnamento (ivi comprese quelle per ciechi e sordomuti);

d) il trasferimento al Fondo sociale nazionale dei finanziamenti già previsti dal comma 6 dell'articolo 3 (assegno sociale) della legge 8 agosto 1995, n. 335.

CAPO VI: *Disposizioni finali*, articoli 26, 27 e 28, che ricomprendono:

a) l'abrogazione delle norme incompatibili con la presente proposta di legge, tra cui la soppressione delle attuali commissioni per l'accertamento della invalidità civile e la loro sostituzione con i collegi medico-legali di cui all'articolo 23;

b) la disciplina dell'assistenza integrativa collegata anche a detrazioni fiscali;

c) norme transitorie che consentono il passaggio dagli attuali sistemi alle procedure previste dalla presente proposta di legge, con particolare riferimento all'istituzione del Dipartimento per la promozione della salute e delle attività sociali, di cui all'articolo 2.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1.

(Finalità).

1. In attuazione degli articoli 2, 3, 38, commi primo e quarto, e 117 della Costituzione, sono garantiti al cittadino italiano e alle famiglie interventi socio-assistenziali finalizzati al benessere, allo sviluppo della personalità di ciascun individuo ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale e di povertà.

2. Gli interventi socio-assistenziali di cui al comma 1 sono realizzati attraverso servizi ad offerta pubblica e privata, servizi di privato sociale, prestazioni acquisite direttamente dal cittadino tramite appositi buoni-servizio, emolumenti economici temporanei e continuativi, promozione dell'inserimento e del reinserimento al lavoro.

3. Ai fini di cui al comma 2, sul piano programmatico ed operativo le attività socio-assistenziali si coordinano con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro. In particolare, sono predisposti programmi integrati per obiettivi complessi di tutela e qualità della vita, nei confronti di minori, giovani e anziani, per la promozione e tutela della maternità e del nucleo familiare, per la prevenzione e riabilitazione delle disabilità e della tossicodipendenza.

4. In conformità a quanto stabilito per i servizi sanitari dall'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, compete allo Stato la definizione di livelli uniformi essenziali di assistenza sociale, alle regioni la definizione regionale di tali livelli, ai comuni, singoli o associati, la realizzazione delle

prestazioni comprese in ciascun livello, adottando le forme associative e gestionali previste dalla legge 8 giugno 1990, n. 142.

5. Le associazioni di volontariato, le cooperative sociali, le istituzioni e gli organismi di assistenza sociale senza fini di lucro, gli enti di patronato e le organizzazioni sindacali e di tutela dei diritti dei cittadini concorrono al raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1, nei modi e nelle forme stabilite dalla presente legge.

6. Le regioni e le province autonome, ai sensi degli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione, emanano apposite norme legislative per la realizzazione delle finalità stabilite dalla presente legge.

ART. 2.

(Istituzione del Dipartimento per la promozione della salute e delle attività sociali).

1. Per gli adempimenti in materia di politica sociale è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Dipartimento per la promozione della salute e delle attività sociali, di seguito denominato « Dipartimento ». Il Dipartimento, tenuto conto del processo di regionalizzazione in materia sanitaria e di quanto disciplinato dalla presente legge, è articolato in due agenzie che provvedono, rispettivamente, alle funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi sanitari e degli interventi socio-assistenziali e di integrazione sociale.

2. Per l'istituzione del Dipartimento, il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e secondo i principi e criteri direttivi in essa stabiliti, un decreto legislativo inteso a riordinare le competenze dello Stato in materia di politica sociale, trasferendo al predetto Dipartimento le funzioni e le strutture del Ministero della sanità e quelle attribuite al Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale in tale materia, nonché quelle attribuite al Ministro dell'interno in materia di emolumenti a favore degli invalidi civili, dei ciechi e dei sordomuti.

3. Con lo stesso decreto di cui al comma 2, sono altresì disciplinate le modalità di trasferimento del personale già operante nelle strutture di cui al medesimo comma 2, ai sensi di quanto disposto in materia di pubblico impiego dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, nonché le modalità di coordinamento tra le agenzie del Dipartimento e delle stesse con i Ministeri, nel caso di azioni programmatiche integrate per particolari obiettivi di sostegno sociale o di prevenzione delle condizioni di disagio dei singoli cittadini o delle famiglie.

4. Le attività assistenziali non attribuite ad enti previdenziali ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, sono assegnate alle competenze dell'agenzia per le attività sociali del Dipartimento di cui al comma 1, che provvede alla loro regolamentazione nell'ambito dei servizi socio-assistenziali di cui all'articolo 3.

ART. 3.

(Definizione degli interventi socio-assistenziali e di integrazione sociale).

1. I cittadini italiani e le loro famiglie hanno diritto a fruire dei servizi sociali di cui al comma 3 senza distinzioni di carattere giuridico, economico, sociale, ideologico, religioso o di sesso.

2. Sono altresì ammessi ai servizi di cui al comma 3 gli stranieri ed i loro familiari residenti in Italia per motivi di lavoro e in possesso di regolare permesso di soggiorno, o in attesa di rinnovo dello stesso, nonché i soggetti tutelati da convenzioni internazionali sottoscritte dall'Italia.

3. I servizi socio-assistenziali e di integrazione sociale si realizzano attraverso:

a) attività di informazione e consulenza al cittadino ed alle famiglie, nei servizi pubblici, privati e di volontariato dell'area sociale, sanitaria, dell'istruzione e dell'inserimento al lavoro. Per tale attività ci si avvale anche dell'apporto delle associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e del volontariato;

b) interventi economici, temporanei e permanenti, per l'aiuto a soggetti inabili, anziani ed invalidi, privi di mezzi di sostentamento;

c) interventi di sostegno alle situazioni critiche dei singoli e dei nuclei familiari derivate da stati di invalidità e di mancata autosufficienza psico-fisica, tramite prestazioni domiciliari e residenziali, anche a carattere diurno;

d) interventi di sostegno e mediazione di soggetti in situazioni disagiate, per favorire l'accesso all'istruzione dell'obbligo, alla formazione professionale ed al lavoro;

e) promozione di attività atte a favorire l'integrazione sociale di soggetti emarginati, quali extra-comunitari, ex detenuti e disadattati sociali.

4. Per i servizi di cui alla lettera c) del comma 3, in alternativa all'offerta pubblica, l'ente erogatore può concedere al cittadino appositi buoni servizio corrispondenti al costo della prestazione richiesta ed utilizzabili per acquistare tale prestazione presso organismi ed istituzioni private accreditate ai sensi dell'articolo 4, scelte dal cittadino stesso.

5. In relazione al reddito è richiesto agli utilizzatori dei servizi di cui al comma 3, alle famiglie od alle persone tenute al loro mantenimento ed alla corresponsione degli alimenti, il concorso al costo delle prestazioni socio-assistenziali individuate al comma 3, lettera c).

6. Le regioni disciplinano, nel territorio di rispettiva competenza, i criteri per la concessione dei buoni servizio di cui al comma 4, nonché le modalità di concorso alla spesa secondo indicazioni approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

7. Presso la Presidenza del Consiglio dei ministri è istituito annualmente un fondo per l'integrazione sociale da destinare ai soggetti di cui al comma 2, per garantire una protezione sociale di base, secondo un protocollo stabilito dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale di intesa

con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

8. Le regioni, in relazione a specifiche situazioni di immigrazione verificate nei loro territori, possono altresì avviare progetti sperimentali anche per gli stranieri che sono in attesa di definire la loro posizione lavorativa ed il permesso di soggiorno.

9. Per l'attuazione delle attività di cui ai commi 3 e 4, le regioni stabiliscono apposite intese con i comuni e con le associazioni di volontariato.

ART. 4.

(Istituzioni private di assistenza sociale).

1. Ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 38 della Costituzione è garantita la libertà di costituzione e di attività alle associazioni, fondazioni o altre istituzioni private, dotate o meno di personalità giuridica, che perseguono finalità assistenziali, anche a scopo di lucro, a condizione che le stesse esercitino tale assistenza in conformità alle disposizioni statali e regionali vigenti in materia.

CAPO II

DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ART. 5.

(Programmazione delle attività socio-assistenziali).

1. Alla programmazione delle attività socio-assistenziali di cui all'articolo 3 si provvede attraverso il piano nazionale triennale dei servizi socio-assistenziali e di integrazione sociale, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il piano nazionale di cui al comma 1 indica:

a) i livelli essenziali di prestazioni socio-assistenziali che lo Stato e le regioni

devono garantire al cittadino ed alle famiglie, ivi compresa l'individuazione delle attività sostituibili con l'erogazione di appositi buoni servizio, ai sensi dell'articolo 3, comma 6;

b) le priorità di intervento: progetti obiettivo e azioni programmate, con particolare riferimento alla diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie, agli interventi nei confronti delle persone in condizione di povertà, ed alle attività per soggetti con problemi psicosofici quali anziani, handicappati ed emarginati sociali;

c) le azioni da coordinare con l'intervento sanitario e con le politiche della scuola e della formazione professionale e le attività sperimentali;

d) le sperimentazioni innovative, in particolare quelle concernenti interventi di superamento dell'emarginazione sociale;

e) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;

f) i criteri per la distribuzione dei finanziamenti alle regioni secondo la struttura demografica dei residenti, con indicatori stabiliti in base alla popolazione anziana e minore, al numero dei nuclei familiari, ai livelli di reddito, agli addetti alle attività produttive ed agli indici di disoccupazione;

g) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti.

3. Il Dipartimento, attraverso l'agenzia per gli interventi socio-assistenziali e di integrazione sociale di cui all'articolo 2, comma 1, ed in collaborazione con le regioni, predispone annualmente una relazione per il Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal piano nazionale di cui al comma 1.

4. In funzione dell'applicazione coordinata del piano nazionale e della normativa di settore, il Dipartimento, tramite l'agenzia di cui al comma 3, promuove forme di collaborazione con le regioni per l'emana-
zione di apposite linee guida.

5. Sulla base del piano nazionale, le regioni predispongono, con il concorso dei soggetti istituzionali e sociali interessati, piani e programmi triennali, che prevedono eventuali revisioni annuali.

6. Le regioni individuano, con la stessa periodicità della redazione dei piani e programmi regionali di cui al comma 5, metodi e strumenti per il controllo di gestione, rivolti ad accertare il livello di efficacia e di efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste. Le risultanze dei rapporti di gestione sono trasmesse alla Presidenza del Consiglio dei ministri ai fini della programmazione nazionale e sono ricomprese nella relazione sullo stato dei servizi socio-assistenziali, di cui al comma 3.

7. I piani regionali ed i relativi programmi di attuazione di cui al comma 5, devono essere, comunque, coordinati con gli eventuali programmi e progetti nazionali adottati dal Governo e dal Parlamento, ad integrazione di quelli previsti dal piano di cui al comma 1.

8. Nel primo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Dipartimento, di intesa con il Ministero del lavoro e della previdenza sociale, con gli altri Ministeri interessati e con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove un progetto speciale per la rimozione del disagio giovanile finalizzato a sostenere la prima occupazione di giovani fino al compimento dei venticinque anni. Il progetto deve essere avviato, in fase sperimentale, in almeno nove regioni, secondo il principio del « partenariato ».

9. Il progetto di cui al comma 8 è finanziato attingendo ai finanziamenti speciali per l'occupazione giovanile ed ai finanziamenti messi a disposizione dall'Unione europea per le azioni finalizzate all'inserimento nel lavoro dei giovani inoccupati.

ART. 6.

(Compiti dello Stato).

1. Sono di competenza dello Stato:

a) la funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative

delle regioni a statuto ordinario in materia di servizi socio-assistenziali e di integrazione sociale, di sostegno e prevenzione del disagio sociale e delle condizioni di povertà;

b) gli interventi straordinari di prima necessità, richiesti da eventi eccezionali e urgenti, che trascendono l'ambito regionale o per i quali l'ente locale non può provvedere, ovvero resi necessari per assolvere un dovere di solidarietà nazionale;

c) gli interventi di prima assistenza in favore di connazionali profughi e rimpatriati in conseguenza di eventi straordinari ed eccezionali, nonché gli interventi in favore dei profughi stranieri, limitatamente al periodo strettamente necessario alle operazioni di identificazione e di riconoscimento della qualifica di rifugiato e per il tempo che intercorre fino al loro trasferimento in altri Paesi o al loro inserimento nel territorio nazionale, nonché gli oneri relativi all'assistenza agli stranieri, agli apolidi, e ai coniugi di cittadini italiani fino alla concessione del permesso di soggiorno o alla definizione della posizione di acquisizione della cittadinanza;

d) i rapporti, in materia di assistenza e di integrazione sociale, con organismi stranieri ed internazionali, e gli adempimenti previsti dagli accordi internazionali e dai regolamenti comunitari;

e) l'assegno di minimo vitale per i soggetti anziani, l'assegno di mantenimento, l'assegno di inabilità, l'assegno di invalidità e l'assegno di dipendenza per gli handicappati, di cui al capo IV;

f) la ripartizione tra le regioni del Fondo sociale nazionale di cui all'articolo 23, distintamente per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale, tenuto conto degli indicatori demografici e di reddito di cui all'articolo 5, comma 2, lettera f), nonché degli indicatori di risultato previsti dallo stesso articolo 5, comma 2, lettera g);

g) l'emanazione di atti sostitutivi nel caso di riscontrata inadempienza delle singole regioni, sentita la Commissione nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 7;

h) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali, le disposizioni generali in materia di ordinamento e durata dei corsi di formazione e la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione agli stessi.

ART. 7.

*(Commissione nazionale
per le politiche sociali).*

1. Nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituita la Commissione nazionale per le politiche sociali a cui partecipano, in rappresentanza dei presidenti delle giunte regionali, sei assessori ai servizi sociali e sei assessori alla sanità, il Ministro o il sottosegretario responsabile del Dipartimento di cui all'articolo 2 e il Ministro del tesoro.

2. La Commissione di cui al comma 1 ha compiti di verifica sulla realizzazione del piano nazionale e funzioni di consulenza e proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sociale nazionale, nonché degli indirizzi in materia di volontariato, di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266.

3. È istituito un Osservatorio permanente per il monitoraggio dei fenomeni sociali, con particolare riferimento alla tutela della salute dei cittadini, alla povertà, ai problemi della famiglia e dei minori, all'integrazione sociale degli handicappati e degli anziani, all'emarginazione ed al disagio sociale.

4. Ai fini della sua attività l'Osservatorio di cui al comma 3 si avvale della collaborazione dell'Osservatorio nazionale per il volontariato, istituito ai sensi dell'articolo 12 della legge 11 agosto 1991, n. 266, nonché degli organismi aventi analoghe funzioni nei settori dell'immigrazione, della formazione e del lavoro.

ART. 8.

(Sistema informativo dei servizi sociali).

1. Lo Stato, le regioni e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi

sociali al fine di assicurare una adeguata conoscenza dei bisogni sociali e della rete dei servizi esistenti, nonché per poter disporre tempestivamente dei dati e delle informazioni necessari per la programmazione e la gestione delle politiche sociali, per il coordinamento con le strutture sanitarie e formative, nonché con le politiche del lavoro e dell'occupazione. Per una maggior qualificazione ed uso dei dati, il sistema informativo si avvale anche degli strumenti telematici.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è nominata, con decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalle regioni e due dall'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI). La commissione ha il compito di definire i contenuti, il modello e gli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.

3. Le decisioni della commissione di cui al comma 2 recepite con decreto del Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale costituiscono linee guida per l'attuazione del sistema informativo. Le regioni e i comuni, in base a tali linee guida, individuano le forme organizzative e gli strumenti necessari ed adeguati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo a livello locale.

CAPO III

DISPOSIZIONI PER L'ORGANIZZAZIONE REGIONALE E LOCALE

ART. 9.

(Compiti delle regioni).

1. Le regioni perseguono le finalità della presente legge, in armonia con i principi fissati nei rispettivi statuti e con gli obiet-

tivi della programmazione nazionale e locale, mediante il concorso effettivo dei comuni e dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5.

2. Le regioni, in particolare:

a) determinano, di intesa con i comuni e le province, gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi socio-assistenziali;

b) emanano norme sui requisiti per l'apertura, il funzionamento, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture gestite da soggetti privati;

c) definiscono gli *standard* di qualità da raggiungere nella gestione dei presidi pubblici e privati e delle diverse forme di prestazioni;

d) provvedono al coordinamento dei piani e dei programmi in materia di assistenza, sanità e istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni. Le regioni disciplinano, altresì, le modalità per la programmazione coordinata tra comuni e unità sanitarie locali tramite accordi di programma, ai sensi della legge 8 giugno 1990, n. 142, ed in tale ambito individuano le prestazioni socio-sanitarie in cui è necessaria l'erogazione contestuale di prestazioni sanitarie e sociali, quali l'assistenza consultoriale, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza diurna e residenziale ad anziani e handicappati;

e) redigono il piano regionale socio-assistenziale, ai sensi dell'articolo 5, in cui disciplinano e regolamentano, in relazione alle attività prestate, il ruolo delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, collegandolo con gli interventi sociali realizzati dai comuni, singoli o associati, e con le attività sanitarie esercitate dalle unità sanitarie locali in materia di emergenza, di trasporto sanitario e di assistenza residenziale socio-sanitaria;

f) promuovono e coordinano azioni di assistenza tecnica per la istituzione ed il miglioramento dei servizi di assistenza e di integrazione sociale, in particolare per la promozione di forme associative tra i comuni e di gestione dei servizi ai sensi degli articoli 23 e 26 della legge 8 giugno 1990, n. 142;

g) promuovono e favoriscono sperimentazioni innovative in materia di modelli organizzativi e gestionali;

h) stabiliscono, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge:

1) le condizioni ed i requisiti per l'iscrizione delle istituzioni private di assistenza sociale nei registri regionali di cui all'articolo 12;

2) i criteri per l'accreditamento delle strutture non a scopo di lucro e private, ai sensi dell'articolo 13;

3) i criteri per l'emissione dei buoni servizio da parte dei comuni, ai sensi dell'articolo 3;

4) i criteri per la determinazione della entità del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, prendendo come punto di riferimento i criteri ed i principi stabiliti in sede nazionale;

i) predispongono e finanziano piani per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale addetto ai servizi sociali.

3. Per garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni socio-assistenziali alle esigenze dei cittadini, le regioni individuano indicatori per le verifiche di qualità e forme di consultazione, anche da parte dei comuni, di organismi associativi di tutela dei diritti del cittadino e del volontariato. Tali soggetti devono comunque essere sentiti nelle fasi di impostazione della programmazione regionale e comunale.

4. Al fine di sviluppare la conoscenza delle condizioni sociali della popolazione, le regioni favoriscono la sperimentazione di modalità organizzative e gestionali,

nonché di forme innovative di intervento per la qualificazione dei servizi sociali, mediante l'utilizzazione delle risorse interne ai servizi stessi, con l'apporto di istituti specializzati e delle università.

ART. 10.

(Compiti dei comuni).

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti l'assistenza e l'integrazione sociale, salvo quanto diversamente disposto dalla presente legge, e le esercitano in forma singola o associata.

2. I comuni realizzano le attività socio-assistenziali di cui all'articolo 3, in forma singola o associata secondo le indicazioni regionali e secondo le modalità amministrative e gestionali previste dalla legge 8 giugno 1990, n. 142.

3. In particolare, in relazione alle dimensioni territoriali individuate dal piano regionale di cui all'articolo 9, i comuni, singoli o associati, organizzano i servizi socio-assistenziali e di integrazione sociale:

a) mediante un modello a rete ed organizzando l'informazione ai cittadini, tramite uffici decentrati, con le forme e gli strumenti più idonei anche sul piano dell'informatizzazione e dei collegamenti telematici;

b) provvedendo al coordinamento dei programmi e delle attività con altri enti, attraverso specifici accordi di programma, secondo le modalità fissate dalla regione;

c) erogando, per particolari programmi individuati dal piano regionale o dagli stessi comuni, prestazioni socio-assistenziali integrate con quelle sanitarie, in base a specifici progetti di recupero individuale o di intervento sulla famiglia, definiti da unità di valutazione multidisciplinari costituite da personale sanitario, medico e non, e da personale operante nell'ambito sociale presso l'unità di valutazione geriatrica, le unità di valutazione dell'*handicap* e le unità di valutazione consultoriale;

d) garantendo il diritto dei cittadini alla partecipazione e al controllo dei servizi, e stabilendo, altresì, le modalità di intervento degli assistiti, delle loro famiglie e delle formazioni sociali operanti nel territorio;

e) autorizzando il funzionamento, vigilando e controllando, in base alle disposizioni regionali, le strutture socio-assistenziali residenziali ed a ciclo diurno;

f) accreditando le istituzioni private iscritte nel registro regionale di cui all'articolo 12, e le associazioni di volontariato, e corrispondendo alle stesse emolumenti economici per le prestazioni erogate sulla base di tariffe determinate in sede regionale;

g) convocando almeno con cadenza annuale, o secondo quanto stabilito dagli accordi di programma, apposite conferenze dei servizi sociali alle quali assicurano la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, per esaminare la situazione sociale del proprio territorio e formulare proposte per l'aggiornamento del piano e dei programmi regionali di cui all'articolo 5;

h) controllando ogni attività ed iniziativa di assistenza sociale che si svolge nel loro territorio, secondo i criteri determinati dalla legge regionale;

i) realizzando collegamenti operativi con tutti i servizi dell'area giovanile, del tempo libero e della comunicazione per gli aspetti che hanno rilevanza nei confronti delle categorie assistite.

4. I comuni, in alternativa o a complemento delle prestazioni assistenziali erogate in gestione diretta o tramite strutture accreditate, emettono, ai sensi degli articoli 3 e 9, buoni servizio per l'acquisizione diretta da parte del cittadino di prestazioni socio-assistenziali erogate da organismi o da privati accreditati.

5. I comuni esercitano, anche attraverso la collaborazione con le organizzazioni di tutela dei diritti, attività di vigilanza e controllo, ai sensi dell'articolo 9, sulla qualità

delle prestazioni socio-assistenziali a gestione diretta e da parte degli organismi accreditati. Il comune programma sistematicamente verifiche sulla qualità dei servizi adottando le metodologie dei processi di qualità, analizzando il rapporto costi-efficacia e provvedendo a controlli campione sulla qualità delle prestazioni acquisite direttamente dal cittadino o dalle famiglie tramite buoni servizio ai sensi del comma 4.

ART. 11.

(Coordinamento delle attività socio-assistenziali con le prestazioni sanitarie).

1. Fermo restando quanto disciplinato in materia finanziaria e delega di funzioni socio-assistenziali alle unità sanitarie locali da parte dei comuni dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il coordinamento delle attività sociali con le attività sanitarie è attuato dai comuni e dalle unità sanitarie locali attraverso il metodo della programmazione, da adottare per obiettivi assistenziali relativi ai seguenti interventi:

a) all'assistenza domiciliare ad anziani e ad altri soggetti in condizioni disagiate;

b) all'assistenza residenziale, anche diurna, ad anziani, disabili, sofferenti psichiatrici e tossicodipendenti.

2. Nell'ambito della programmazione coordinata, l'integrazione delle attività è realizzata con l'adozione di procedure unitarie da parte dei servizi degli enti interessati, quali la stesura di progetti assistenziali per la persona o per la famiglia, nonché l'erogazione contestuale di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali realizzate secondo protocolli operativi stabiliti nel relativo progetto assistenziale.

3. La regione, con proprio provvedimento, regola le modalità di predisposizione dei programmi coordinati e le

forme di coordinamento istituzionale, sia per la promozione dei programmi integrati sia per il controllo e la valutazione dei risultati ottenuti.

ART. 12.

(Registro regionale delle organizzazioni private di volontariato).

1. In ogni regione, oltre al registro delle organizzazioni di volontariato di cui all'articolo 6 della legge 11 agosto 1991, n. 266, è istituito un registro per l'iscrizione delle associazioni, fondazioni e istituzioni private anche a carattere cooperativo, dotate o meno di personalità giuridica, che intendono esercitare attività socio-assistenziali e concorrere alla realizzazione della rete di servizi tramite l'accreditamento, ai sensi dell'articolo 13 della presente legge.

2. Il registro di cui al comma 1 è articolato in specifiche sezioni distinte secondo la natura associativa, le finalità economiche e lo stato patrimoniale delle organizzazioni, con particolare riferimento alla presenza o meno dello scopo di lucro. Per la classificazione economica delle organizzazioni private si applicano le disposizioni vigenti in materia.

3. La regione determina i criteri per la revisione periodica del registro, nonché per la cancellazione delle organizzazioni non in possesso dei requisiti previsti al comma 4.

4. La regione, di intesa con i comuni, disciplina, altresì, le forme e le modalità per la consultazione delle organizzazioni di cui al comma 1, nella fase preparatoria del piano regionale socio-assistenziale stabilito ai sensi dell'articolo 9.

4. Alla tenuta del registro ed all'iscrizione delle organizzazioni nella specifica sezione ai sensi del comma 2, provvede la regione competente, previo accertamento consistente nella:

a) valutazione delle finalità economiche e della situazione patrimoniale e loro compatibilità con quanto stabilito dalla presente legge;

b) verifica dell'esistenza di idonei livelli di prestazioni, di qualificazione del personale e di efficienza organizzativa ed operativa, secondo gli *standard* dei servizi sociali fissati dalle leggi regionali;

c) verifica dell'adozione, per i dipendenti, del contratto collettivo nazionale di categoria, fatta eccezione per i casi di prestazioni volontarie o rese in forza di convenzioni con organismi della Chiesa cattolica o delle altre confessioni religiose;

d) esame della corrispondenza ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge regionale.

5. Le organizzazioni operanti in più regioni chiedono l'iscrizione al registro della regione nella quale è posta la loro sede legale; la regione competente provvede all'iscrizione, sentite le altre regioni interessate.

ART. 13.

(Accreditamento).

1. L'accreditamento è una procedura tecnico-amministrativa, effettuata dai comuni, singoli o associati, secondo le indicazioni regionali, consistente nella valutazione delle qualità delle prestazioni offerte dalle organizzazioni di cui al comma 2, al fine del loro inserimento nella rete locale dei servizi socio-assistenziali.

2. I comuni, per la realizzazione dei programmi locali di attuazione dell'assistenza e dell'integrazione sociale accreditano e si avvalgono di organizzazioni del volontariato, organismi non aventi scopo di lucro, enti morali, enti privati ed enti iscritti nel registro di cui all'articolo 12, secondo quanto previsto dalla legge regionale.

3. Sulla base della classificazione attuata ai sensi dell'articolo 8, comma 2, lettera e), i comuni provvedono, altresì, all'accreditamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

CAPO IV

DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DEGLI
EMOLUMENTI ECONOMICI DELLO
STATO A FAVORE DI MINORI, ANZIANI,
DISABILI E FAMIGLIE

ART. 14.

(Programmi assistenziali integrati).

1. Per la realizzazione dei programmi assistenziali integrati atti a compensare lo stato di dipendenza dei soggetti disabili ed anziani ed a garantire agli stessi dignitose condizioni di vita, le prestazioni a carattere socio-assistenziale e riabilitativo erogate dai comuni e dalle unità sanitarie locali si integrano con gli emolumenti economici permanenti concessi dallo Stato in materia di invalidità civile e assegno sociale.

2. All'accertamento del bisogno socio-sanitario ed alla conseguente redazione del progetto assistenziale personalizzato, provvedono, ai sensi delle relative disposizioni regionali, le unità di valutazione multidisciplinari, costituite dalle aziende sanitarie e dai comuni ai sensi della lettera c) del comma 3 dell'articolo 10. Il progetto personalizzato, oltre alla valutazione diagnostica medico-sociale che accerta il grado di autonomia del soggetto e le condizioni familiari, indica le prestazioni da erogare, i soggetti che vi provvedono e le modalità di partecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

3. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Dipartimento di cui all'articolo 2, previo parere dei Ministri del tesoro e delle finanze, stabilisce, con proprio decreto, l'ammontare del minimo vitale a livello nazionale, tenendo conto del costo medio della vita, rapportato al tasso di inflazione, con aliquote di incremento per i cittadini con totale o parziale riduzione dell'autonomia. Con il medesimo decreto sono fissati anche i tempi di revisione dell'ammontare del minimo vitale e dei livelli di reddito.

4. Le regioni, in relazione al prodotto interno lordo ed al reddito medio dei cittadini residenti, possono incrementare, provvedendo con entrate proprie, l'ammontare del minimo vitale, stabilito ai sensi del comma 3, fino al 20 per cento.

5. Per consentire la predisposizione e la gestione dei programmi assistenziali integrati il Dipartimento di cui all'articolo 2, a cui compete l'erogazione delle provvidenze statali di cui al comma 1, invia mensilmente ai comuni l'elenco nominativo dei propri residenti beneficiari delle provvidenze, con l'indicazione dell'emolumento percepito. Nel caso di decesso dei beneficiari, il comune provvede alla tempestiva comunicazione all'amministrazione erogatrice delle provvidenze economiche.

ART. 15.

(Emolumenti economici a favore di minori, anziani, disabili e famiglie).

1. In attuazione delle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e della legge 8 agosto 1995, n. 335, lo Stato corrisponde ai cittadini che hanno compiuto i sessantacinque anni di età ed ai cittadini inabili per disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, ivi compresi ciechi e sordomuti, nelle condizioni reddituali previste dalle citate leggi, emolumenti economici continuativi per garantire il loro mantenimento e la permanenza nel normale ambiente di vita.

2. In relazione alla funzione attribuita a ciascun emolumento dalle relative leggi di cui al comma 1, gli interventi assistenziali di tipo economico, a carico dello Stato, sono riclassificati come segue:

a) è denominato assegno di minimo vitale, l'assegno sociale per i cittadini ultrasessantacinquenni nelle condizioni di reddito di cui al comma 6 dell'articolo 3 della legge 8 agosto 1995, n. 335;

b) è denominata assegno di mantenimento, l'indennità di accompagnamento di cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508;

c) sono denominati assegni di inabilità, la pensione di inabilità, di cui all'articolo 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, la pensione non reversibile per ciechi assoluti, di cui alla legge 10 febbraio 1962, n. 66, come modificata dalla legge 27 maggio 1970, n. 382, nonché l'assegno mensile di assistenza per sordomuti di età superiore ai diciotto anni, di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381;

d) sono denominati assegni di invalidità, l'assegno mensile di cui all'articolo 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, e la pensione non reversibile per i soggetti con residuo visivo non superiore ad un ventesimo per entrambi gli occhi, di cui alla legge 10 febbraio 1962, n. 66, come modificata dalla legge 27 maggio 1970, n. 382;

e) è denominata assegno di dipendenza, l'indennità di accompagnamento, erogata, ai sensi dell'articolo 4 della legge 27 maggio 1970, n. 382, ai ciechi assoluti, nonché agli invalidi civili totali di cui all'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18.

3. Per gli emolumenti economici già erogati all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) in materia di integrazione ai trattamenti minimi di pensione e di maggiorazione sociale dei trattamenti stessi in relazione al reddito del pensionato, il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, e secondo i principi e criteri direttivi da essa stabiliti, apposite disposizioni per l'erogazione degli emolumenti in relazione all'ammontare del minimo vitale di cui al comma 3 dell'articolo 14. Le disposizioni emanate ai sensi del presente comma devono essere coordinate con le disposizioni di cui al comma 24 dell'articolo 1 della legge 8 agosto 1995, n. 335.

4. Gli emolumenti di cui ai commi 2 e 3, nei casi di elevata riduzione di autonomia personale, con conseguente necessità

di interventi assistenziali o sanitario-assistenziali permanenti, sono utilizzati, nel programma assistenziale integrato di cui all'articolo 14, per concorrere ai costi delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

ART. 16.

(Assegno di minimo vitale).

1. Ai cittadini italiani, residenti in Italia, che abbiano compiuto i sessantacinque anni e si trovino nelle condizioni di reddito di cui all'articolo 3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, è corrisposto un assegno mensile, denominato assegno di minimo vitale, ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera *a*) della presente legge, non reversibile e per un ammontare annuo, per il 1996, pari a lire 6.240.000. I requisiti per la concessione dell'assegno sono valutati dal comune. L'incremento dell'assegno è stabilito annualmente in sede di legge finanziaria.

2. L'assegno di minimo vitale sostituisce a tutti gli effetti la pensione sociale e viene corrisposto ai cittadini che abbiano compiuto i sessantacinque anni anche se conviventi con un nucleo familiare il cui reddito sia inferiore a lire 70 milioni lordi annui, nonché all'anziano ospitato in strutture residenziali e concorre al pagamento del costo di ospitalità.

3. In deroga a quanto disposto dal comma 7 dell'articolo 3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, l'assegno di minimo vitale è corrisposto per intero anche al cittadino ultrasessantacinquenne ricoverato in istituti o comunità con retta a carico di enti pubblici. La legge regionale di programmazione delle attività socio-assistenziali di cui all'articolo 9 della presente legge, stabilisce l'aliquota dell'assegno da attribuire al titolare e quella da utilizzare per il pagamento dell'ospitalità residenziale. Tali dati sono comunicati con provvedimento del sindaco al Dipartimento di cui all'articolo 2.

4. L'assegno di minimo vitale è, altresì, concesso ai cittadini stranieri in possesso

del permesso di soggiorno da oltre cinque anni e che si trovano nelle condizioni di reddito di cui ai commi 1 e 2.

5. La concessione dell'assegno di minimo vitale è subordinata alla presentazione di specifica domanda da parte dell'interessato al comune di residenza, in cui sono precisate le condizioni familiari e reddituali. Lo schema di tale domanda è adottato, a livello nazionale, ai sensi dell'articolo 22.

ART. 17.

(Assegno di mantenimento).

1. L'assegno di mantenimento è concesso a soggetti di età inferiore agli anni diciotto, non deambulanti e portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale, nelle condizioni di reddito di cui all'articolo 1 della legge 21 novembre 1988, n. 508, frequentati la scuola dell'obbligo o corsi di addestramento professionale, ovvero centri di riabilitazione o socializzazione.

2. La domanda per ottenere l'assegno di mantenimento è presentata dal legale rappresentante del minore al comune di residenza, corredata della documentazione sanitaria e da attestazione della scuola o dei centri di cui al comma 1 comprovante la frequenza del soggetto a tali attività.

3. Tenuto conto delle condizioni di reddito del nucleo familiare ai sensi dell'articolo 15, l'assegno di mantenimento è erogato congiuntamente agli assegni familiari.

ART. 18.

(Assegno di inabilità).

1. Ai cittadini di età compresa dai diciotto ai sessantaquattro anni, totalmente inabili all'attività lavorativa a seguito di disabilità fisica, psichica e sensoriale o già riconosciuti invalidi civili totali, ciechi assoluti e sordomuti, nelle condizioni di reddito rispettivamente previste all'articolo 12 della legge 30 marzo 1991, n. 118, all'articolo 1 della legge 27 maggio 1970, n. 382,

e all'articolo 2 della legge 26 maggio 1970, n. 381, è concesso l'assegno di inabilità.

2. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età del soggetto, l'assegno di inabilità sostituisce l'assegno di minimo vitale di cui all'articolo 16.

3. La domanda per ottenere l'assegno di inabilità può essere presentata dall'interessato, ovvero da un componente del nucleo familiare o dalla persona o ente che ha la tutela dell'inabile, al comune di residenza, corredata della documentazione sanitaria comprovante la disabilità.

ART. 19.

(Assegno di invalidità).

1. Ai cittadini di età compresa dai diciotto ai sessantaquattro anni, con disabilità fisica, psichica e sensoriale con riduzione della capacità lavorativa di oltre due terzi, o già riconosciuti invalidi ai sensi dell'articolo 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118, o ciechi non assoluti ai sensi dell'articolo 1 della legge 27 maggio 1970, n. 382, nelle condizioni di reddito previste dalle citate leggi e temporaneamente inabili al lavoro, è concesso l'assegno di invalidità.

2. L'assegno di cui al comma 1 è concesso per il periodo in cui sussiste la condizione di inabilità al lavoro. All'atto dell'inserimento dell'invalido in una attività lavorativa l'assegno è revocato.

3. I comuni, ai sensi della vigente normativa in materia di avviamento protetto al lavoro, provvedono, di intesa con i servizi di ausilio agli handicappati delle aziende sanitarie e con le altre amministrazioni interessate al collocamento, alla attuazione di programmi di collocamento protetto per i soggetti di cui al presente articolo.

4. Al compimento del sessantacinquesimo anno di età del soggetto, l'assegno di invalidità sostituisce l'assegno di minimo vitale di cui all'articolo 16.

5. La domanda per ottenere l'assegno di invalidità può essere presentata dall'interessato, ovvero da un componente del nu-

cleo familiare o dalla persona o ente che ha la tutela dell'inabile, al comune di residenza, corredata della documentazione sanitaria comprovante la disabilità.

ART. 20.

(Interventi a favore dei soggetti con mancanza di autonomia — Assegno di dipendenza).

1. Sono definiti soggetti con mancanza di autonomia i minori di anni diciotto, portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale, incapaci di compiere senza assistenza continua gli atti propri dell'età nonché i soggetti maggiori degli anni diciotto che non sono in grado di provvedere autonomamente alla cura della propria persona, alla gestione della casa e dell'ambiente di vita e che necessitano di assistenza continuativa; la definizione di cui al presente comma è estesa ai soggetti che si trovano nelle condizioni previste dall'articolo 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18, ed ai ciechi assoluti di cui all'articolo 4 della legge 27 maggio 1970, n. 382.

2. Ai soggetti di cui al comma 1 è concesso l'assegno di dipendenza. La domanda per la concessione dell'assegno di dipendenza è presentata dal richiedente, ovvero da un componente del nucleo familiare o dalla persona o ente che ha la tutela del disabile, al comune di residenza, corredata della documentazione sanitaria comprovante la disabilità.

3. Ai soggetti di età superiore a sessantacinque anni, nelle condizioni di cui al comma 1, già titolari dell'assegno di minimo vitale o dell'assegno di inabilità, con reddito pari o inferiore al minimo vitale stabilito ai sensi dell'articolo 14, comma 3, aumentato delle aliquote previste per la parziale o totale riduzione dell'autonomia, in aggiunta a tali emolumenti e fino a concorrere al tetto del minimo vitale come incrementato ai sensi del presente comma, è concesso anche l'assegno di dipendenza.

4. Al fine di agevolare la permanenza del soggetto non autonomo nel proprio ambiente di vita si provvede, secondo il progetto personalizzato di cui all'articolo 14, comma 2, tramite i servizi dei comuni e delle unità sanitarie locali, ed i servizi accreditati o autorizzati ai sensi della presente legge. Il progetto personalizzato stabilisce, altresì, le finalità e le modalità di utilizzazione dell'assegno di dipendenza e degli eventuali emolumenti spettanti ai sensi del comma 3.

5. Ai fini della concessione degli emolumenti economici a carico dello Stato, l'accertamento della disabilità è effettuato dal collegio medico-legale di cui all'articolo 23, integrato per la valutazione del grado di autonomia del soggetto, da professionalità mediche specialistiche e professionalità sociali delle unità multidisciplinari di cui all'articolo 10.

6. Tenuto conto della mancanza di autonomia del soggetto titolare per legge, l'assegno di dipendenza può essere concesso ad un componente del nucleo familiare che provvede alla cura e alla tutela del soggetto stesso, purché in possesso delle condizioni di reddito stabilite per la concessione di tali emolumenti. La disposizione si applica anche per la concessione dell'assegno di minimo vitale di cui all'articolo 16.

ART. 21.

*(Riduzione degli assegni
e controllo dei requisiti).*

1. Gli assegni di invalidità, di inabilità e di dipendenza, di cui al presente capo, qualora il titolare sia ricoverato in strutture residenziali, anche con costi, totali o parziali, a carico di un ente pubblico, sono dati in gestione al comune di residenza del soggetto, che provvede ad erogare al titolare una quota dell'assegno, secondo quanto stabilito dalla legge regionale; la restante parte è utilizzata per ammortizzare i costi, o parte di essi, dell'ospitalità nella struttura residenziale.

2. I titolari di assegni di invalidità, di inabilità e di dipendenza sono sottoposti

ad accertamenti sanitari periodici, con modalità stabilite con regolamento emanato ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sentito il Dipartimento di cui all'articolo 2 e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

ART. 22.

(Modalità di richiesta degli assegni).

1. Le domande per la concessione degli assegni di cui agli articoli 16, 17, 18, 19 e 20 sono presentate in carta libera al comune di residenza del soggetto secondo schemi di domanda approvati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Dipartimento di cui all'articolo 2, su proposta del Ministro del tesoro ed acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. La domanda di cui al comma 1, in relazione al tipo di assegno oggetto della richiesta, deve essere corredata da apposita documentazione sanitaria rilasciata da un medico di medicina generale e, se necessario, da medici specialisti, attestanti le condizioni psico-fisiche del richiedente.

3. Ai fini della presente legge, è vietata l'elezione del domicilio in luogo diverso da quello di residenza.

4. Il richiedente o il suo legale rappresentante devono dichiarare nella domanda, sotto la propria personale responsabilità, se sono state presentate, nell'ultimo quinquennio, altre domande per pensioni, assegni o indennità, indicando l'ente o l'ufficio cui sono state presentate.

ART. 23.

(Collegio per l'istruttoria medico-legale).

1. Le domande per la concessione degli assegni di cui agli articoli 16, 17, 18, 19 e 20 danno luogo ad accertamento medico-legale effettuato da un collegio medico,

composto da tre membri, di cui: uno specialista in medicina legale appartenente ai collegi medico-legali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), due medici specialisti designati dalla unità sanitaria locale competente, di cui uno specialista nelle discipline connesse alle maggiori patologie invalidanti e uno specialista appartenente alla unità di valutazione multidisciplinare, di cui all'articolo 10, comma 3, lettera c), competente in base all'età del richiedente. Il medico legale ha funzioni di presidente del collegio.

2. Ai fini della valutazione del grado di autonomia del soggetto, il collegio di cui al comma 1 è integrato, ai sensi dell'articolo 14, comma 2, della presente legge e dell'articolo 1, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, da due componenti, uno psicologo ed un assistente sociale della unità multidisciplinare di cui fa parte il medico specialista indicato al citato comma 1, designati, rispettivamente, dalla unità sanitaria locale e dalla conferenza dei sindaci dell'ambito territoriale corrispondente alla unità sanitaria locale di ubicazione del collegio.

3. Il medico con funzioni di presidente del collegio di cui al comma 1 è scelto dalla regione sulla base di un elenco predisposto dall'INPS ai sensi delle norme stabilite dall'Istituto stesso per l'appartenenza ai collegi medico-legali. Nel caso di inadempienza da parte della regione, provvede il presidente del tribunale territorialmente competente.

4. La sede del collegio medico-legale è ubicata presso la sede provinciale dell'INPS competente per territorio. Le funzioni di segreteria del collegio sono esercitate da un funzionario della carriera direttiva del comune in cui ha sede il collegio stesso. La direzione dell'INPS, di intesa con la conferenza dei sindaci degli ambiti territoriali ricompresi nella provincia, può disporre l'ubicazione di sedi distaccate dei collegi presso i maggiori comuni della provincia.

5. La regione provvede alla nomina di un collegio medico-legale di seconda istanza, composto da cinque membri scelti tra i dipendenti di grado apicale del ser-

vizio sanitario regionale, degli istituti scientifici di ricovero e cura e delle università, di cui due specialisti nelle discipline dell'area medica e della riabilitazione e tre specialisti in medicina legale. Tra gli specialisti in medicina legale uno è designato alla presidenza del collegio. A fini informativi inerenti all'esame del ricorso può partecipare alle riunioni del collegio anche il medico legale presidente del collegio medico-legale di prima istanza interessato al ricorso stesso.

6. Nel corso dell'esame effettuato dal collegio di cui al comma 5, il ricorrente può essere assistito da un proprio medico di fiducia.

7. Il collegio medico-legale conclude gli accertamenti entro centoventi giorni dalla data di presentazione della domanda di concessione degli assegni di cui al comma 1. Avverso il giudizio del collegio si può ricorrere al collegio di seconda istanza di cui al comma 5.

8. Il provvedimento di riconoscimento del diritto alla concessione dell'assegno è immediatamente esecutivo e l'assegno è liquidato a decorrere da tale data.

CAPO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE

ART. 24.

(Finanziamento degli interventi socio-assistenziali).

1. In attesa della riforma del sistema fiscale e della finanza regionale, agli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi di integrazione e di assistenza sociale previsti dalla presente legge, si provvede con l'istituzione di un Fondo sociale nazionale, alimentato dal sistema fiscale generale, per la copertura degli emolumenti di cui all'articolo 14, della presente legge, nonché da altri finanziamenti a carico dello Stato, relativi a leggi con finalità assistenziali, già confluiti nel fondo comune di cui all'arti-

colo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, ai sensi della legge 1° febbraio 1989, n. 40.

2. L'ammontare complessivo del finanziamento del Fondo sociale nazionale di cui al comma 1 è riferito alla durata e agli obiettivi dei piani e dei programmi annuali e pluriennali nazionali stabiliti ai sensi della presente legge ed è determinato in sede di legge finanziaria.

3. Le risorse finanziarie attribuite al Fondo sociale nazionale sono determinate in relazione al prodotto interno lordo (Pil) e non possono essere comunque inferiori al 3,5 per cento dello stesso Pil.

4. In sede di prima applicazione della presente legge, a decorrere dall'anno 1997, lo stanziamento del Fondo sociale nazionale da assegnare alle regioni è determinato dall'ammontare della spesa per l'anno 1996, destinata alla erogazione delle pensioni sociali e relative maggiorazioni, rivalutata secondo gli incrementi disposti ai sensi dell'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335, nonché dai finanziamenti per la integrazione e maggiorazione dei trattamenti minimi di pensione erogati dall'INPS, di cui al comma 3 dell'articolo 15 della presente legge, dagli stanziamenti per gli emolumenti a carico del Ministero dell'interno per invalidi civili, ciechi e sordomuti, nonché dai trasferimenti alle regioni del fondo di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, già derivati dalle leggi con finalità assistenziali, secondo l'ammontare degli stessi nel bilancio dello Stato per l'esercizio 1996, aumento del tasso di incremento nominale del prodotto interno lordo (Pil). Nel Fondo sociale nazionale confluiscono, altresì, tutti i finanziamenti non individuati nel presente comma e comunque destinati dallo Stato ad interventi di carattere socio-assistenziale.

5. La ripartizione del Fondo sociale nazionale alle regioni, ad esclusione delle somme derivate dagli stanziamenti per l'assegno sociale e relative maggiorazioni e per gli emolumenti già a carico del Mini-

stero dell'interno, è effettuata secondo i criteri di cui all'articolo 5, comma 2, lettera *f*). Il trasferimento delle somme spettanti alle regioni è disciplinato ai sensi dei commi da 1 a 14 dell'articolo 3 della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

ART. 25.

(Fondo sociale regionale).

1. Per la realizzazione degli interventi di assistenza e di integrazione sociale di cui alla presente legge, ogni regione provvede al riparto delle somme del rispettivo fondo sociale regionale, costituito ai sensi dell'articolo 24, a favore dei comuni nonché dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, regolarmente accreditati. Detti soggetti sono autorizzati a presentare, per finanziamenti diretti, progetti di assistenza e reinserimento sociale, distinti per aree geografiche e per gruppi di utenti.

2. La regione stabilisce, nel piano di cui all'articolo 9, i criteri di finanziamento diretto dei progetti di cui al comma 1 del presente articolo. All'esame degli stessi provvede un nucleo di valutazione regionale nominato dal presidente della giunta regionale e comprendente anche esperti designati dai comuni, secondo le modalità previste dal piano regionale.

3. Il fondo sociale regionale è complementare e sussidiario rispetto alle disponibilità finanziarie che i comuni, in qualità di soggetti a cui compete l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali, devono prevedere nei bilanci annuali e poliennali. Nel primo triennio a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, i finanziamenti regionali devono essere utilizzati prioritariamente per il riequilibrio economico delle dotazioni comunali in relazione agli indicatori di reddito dei comuni che ne hanno determinato l'entità e per avviare sperimentazioni nell'ambito dell'organizzazione dei servizi, secondo le disposizioni della presente legge.

CAPO VI

DISPOSIZIONI FINALI

ART. 26.

(Suppressione di organismi e abrogazione di norme).

1. Sono soppresse le commissioni di accertamento dell'invalidità civile, cecità e sordomutismo, di cui alle leggi 30 marzo 1971, n. 118, 26 maggio 1970, n. 381, e 27 maggio 1970, n. 382, come integrate e modificate dalla legge 15 ottobre 1990, n. 295, e dal regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698, per l'accesso alle relative provvidenze economiche. Tali commissioni sono sostituite, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, dai collegi medico-legali di cui all'articolo 23.

2. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 2 dell'articolo 21, forniscono direttive alle unità sanitarie locali per la sostituzione delle commissioni di cui al comma 1 del presente articolo. Fino alla data di sostituzione delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, le stesse continuano ad effettuare le valutazioni medico-legali per la concessione degli assegni di cui agli articoli da 15 a 20.

3. Dopo il comma 1 dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è aggiunto il seguente:

« 1-*bis*. All'accertamento delle disabilità che danno origine, ai sensi dell'articolo 3, ivi compresi i benefici dell'articolo 33, ad interventi assistenziali temporanei o permanenti per facilitare l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa, esclusi gli emolumenti economici dello Stato, provvedono i servizi dell'unità sanitaria locale, attraverso valutazioni diagnostiche multidisciplinari di tipo medico-sociale, mirate ad accertare il grado di autonomia del disabile e gli interventi necessari per la

rimozione degli ostacoli individuali e sociali ai fini dell'integrazione ».

4. Le competenze in materia sanitaria già esercitate dalle commissioni di accertamento dell'invalidità civile, con particolare riferimento al grado di invalidità per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, al diritto all'assistenza protesica ed all'avviamento al lavoro, sono esercitate dai competenti servizi delle unità sanitarie locali, che provvedono all'accertamento dell'*handicap* in conformità a quanto stabilito dal comma 1-*bis* dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, introdotto dal comma 3 del presente articolo.

ART. 27.

(Assistenza integrativa).

1. Per necessità assistenziali di particolare rilievo, integrative rispetto alle prestazioni socio-assistenziali essenziali disciplinate dalla presente legge, è prevista l'istituzione di fondi integrativi sociali derivanti da:

a) contratti ed accordi collettivi anche aziendali ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;

c) regolamenti di enti o aziende o enti locali od associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute;

d) versamento di contributi volontari in regime di capitalizzazione.

2. Il fondo integrativo sociale di cui al comma 1 è autogestito, ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con imprese assicurative autorizzate.

3. Ai fondi integrativi sociali si applicano le disposizioni vigenti per la detrazione fiscale in materia di assicurazioni.

4. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sentito il Dipartimento di cui all'articolo 2 su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, emana un apposito regolamento per l'ordinamento dei fondi integrativi sociali.

ART. 28.

(Norma transitoria).

1. Fino all'istituzione del Dipartimento di cui all'articolo 2, le funzioni ad esso attribuite dalla presente legge sono esercitate dal Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.

