

FEDERANZIANI

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Con oltre il 20 per cento dei suoi sessanta milioni di abitanti che supera i 65 anni, con quasi 6 milioni over 75 e 17 mila ultracentenari l'Italia invecchia e si colloca ai vertici della classifica delle popolazioni più longeve. Il dato è, indubbiamente, un chiaro e positivo indice di benessere diffuso e di complessiva, soddisfacente tutela sociale e sanitaria del cittadino e delle comunità, ma c'è da considerare che inevitabilmente un crescente numero di anziani è affetto da malattie croniche o comunque vive condizioni psicofisiche invalidanti. Ciò determina un progressivo aumento del fenomeno della non autosufficienza, che cresce dopo i 65 anni e si impenna intorno agli 80. Fonti diverse, dal Censis all'ISTAT, sono concordi nello stimare in quasi 3 milioni gli anziani parzialmente o del tutto non autosufficienti con un trend di crescita costante negli ultimi anni e proiettato verso i 3,5 milioni nel 2025. Una consistente e crescente quota di essi richiede interventi sanitari ed assistenziali continuativi.

Anziani non autosufficienti in Italia - elaborazione CENSIS

2010	2015	2020	2025
2.731.419	2.999.420	3.267.421	3.569.210

Situazione problematica, che tende ad aggravarsi nel tempo e che presenta, inoltre, significative differenze nelle diverse realtà locali, in un quadro di rapido cambiamento della composizione dei nuclei familiari e delle relazioni nel loro ambito. Liguria, Toscana, Marche, Molise registrano più alti indici di invecchiamento rispetto ad altre regioni, in particolare del Meridione. E nelle diverse situazioni non sempre gli anziani vivono in contesti familiari in grado di assisterli. Lazio e Lombardia si distinguono per una percentuale di anziani soli che supera il 30 per cento nella fascia di età considerata, in un quadro di indebolimento delle relazioni parentali, che rende difficile il supporto della rete familiare, con conseguenti significativi tassi di ricovero in strutture assistenziali. Al contrario al Sud mantiene ancora carattere preminente il modello di famiglia tradizionale che, indubbiamente, è in grado di garantire una maggiore tutela per i soggetti deboli. Ed il disagio in vecchiaia si caratterizza ovunque al femminile, non solo perché le donne vivono più a lungo, ma perché connotate da malattie cronico degenerative in aumento, da solitudine, da indici di basso reddito. In ogni caso si tratta di un carico assistenziale crescente, di una sfida inedita ed impegnativa tanto per le famiglie che per l'intero sistema di welfare.

Il nostro Paese affronta la sfida con preoccupante ritardo. I comuni, che pure hanno sviluppato reti di interventi e servizi territoriali e domiciliari per disabili ed anziani, intercettano con difficoltà una domanda di assistenza in aumento, soprattutto dopo i ripetuti tagli al sociale delle manovre finanziarie degli scorsi anni. Le ASL, chiamate ad affrontare una crescente complessità epidemiologica e organizzativa, per più del 60 per cento dei ricoveri accolgono soggetti ultrasessantacinquenni - molti dei quali in situazione di fragilità e disabilità - in strutture generalmente non progettate per rispondere ai loro particolari bisogni di assistenza. Con modelli organizzativi intra-ospedalieri spesso inadeguati, fatta eccezione per quei reparti geriatrici espressamente dedicati agli anziani fragili. Con percorsi di cura ospedale-territorio poco gestiti, che

troppo spesso si riducono all'invio di fax o alla mera consegna al paziente di una scheda di dimissione, e con una residenzialità assistita non sempre programmata e progettata come parte integrante della rete territoriale. Palese anche il diffuso ritardo nell'impiego di nuove tecnologie che possono contribuire a definire percorsi di cura innovativi, come dimostrano interessanti sperimentazioni locali, in particolare ASL di Arezzo per la telemedicina ed INRCA di Ancona per la demotica. E, pur in un processo virtuoso di trasferimento di risorse verso il territorio con l'obiettivo di attivare ed implementare prestazioni ambulatoriali, domiciliari e diurne, e di ridurre i ricoveri, la Sanità fatica a contenere i costi entro i tetti di spesa programmati. Anche perchè marca un indubbio ritardo quella necessaria evoluzione organizzativa e culturale rappresentata da Aggregazioni Funzionali Territoriali, Unità Complesse di Cure Primarie e farmacie dei servizi, che possono dare corpo ad una reale continuità assistenziale e ad più un adeguato sostegno domiciliare e familiare nelle situazioni più complesse.

Unica certezza l'indennità di accompagnamento (Legge 18 del 1980), ne usufruivano al 31.12.2013 ben 1.994.222 persone, per il 75 per cento con più di 65 anni. Ma con i suoi 504 euro mensili, fissi per tutti, l'indennità si rivela sempre più misura rigida, generica, palesemente inadeguata a fronteggiare bisogni assistenziali complessi e diversificati. Il risultato è che gli anziani non autosufficienti, come del resto le persone con gravi disabilità, pesano sempre più sulle famiglie, sia come carico assistenziale che in termini di oneri economici. Anzi, la non autosufficienza è ormai, dopo la perdita del lavoro, la prima causa di impoverimento delle famiglie italiane. Lo conferma il recente rapporto CEIS secondo il quale spese sociali e sanitarie gravano in prevalenza sulle famiglie ed il 6 per cento delle stesse affronta costi legati a disabilità e non autosufficienza che superano il 40 per cento della loro capacità di spesa.

I numeri parlano chiaro. Il Rapporto annuale INRCA stima che in Italia le famiglie, quelle che possono permetterselo naturalmente, tra assistenza, badanti e quote RSA spendono annualmente per i loro vecchi lo 0,59 del PIL, più o meno quanto lo Stato per l'indennità di accompagnamento. Mentre la componente di spesa sociosanitaria pubblica di ASL e comuni per la non autosufficienza è ferma ad uno scarno 0,62 per cento. Nel dettaglio il costo di una badante regolarmente assunta oscilla tra i 1.000 ed i 1.500 euro la mese, mentre la quota media di partecipazione ai costi sociali di una RSA si attesta a 50 euro al giorno. Oneri particolarmente elevati, addirittura proibitivi per una quota consistente di famiglie, se si considera che il reddito medio familiare mensile si attestava nel 2011 a 2.482 euro al netto di imposte e contributi sociali. Ma altrettanto pesanti sono i riflessi sui bilanci dei Comuni, chiamati ad erogare direttamente interventi assistenziali, nonchè la quota sociale per i ricoveri in RSA nei casi di basso ISEE familiare.

Una situazione ormai al limite del drammatico, che non vede al momento profilarsi all'orizzonte soluzioni solide e durature. Rapporti sulla non autosufficienza, Libri Bianchi ed altri analoghi atti programmatori hanno ripetutamente espresso generiche intenzioni e vaghi riferimenti a soluzioni innovative, che non hanno però trovato corrispondenza alcuna in atti di governo e scelte operative, che al contrario sono state caratterizzate soprattutto da riduzione di spesa sociale, non solo pubblica, ma anche privata con il taglio del 5 per mille. Mentre la stessa lungimirante decisione del Governo Prodi di istituire con la Legge finanziaria 2007 un apposito fondo si è rivelata nel tempo strumento utile ma debole, in balia tanto delle oscillazioni dell'economia che dei variabili orientamenti delle politiche governative. In questo quadro la legge di stabilità per il 2014 conferma il finanziamento 2013 di 275 milioni di euro per gli interventi originari del Fondo e cioè i *“livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti”* e fa confluire sullo stesso Fondo ulteriori 75 milioni vincolati a *“interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravi e gravissime, ivi incluse quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica.”*. In tutto 350 milioni, ripartiti tra le regioni, che, pur segnando una leggera inversione di tendenza rispetto agli ultimi anni, si attestano ancora sotto i 400

milioni del 2010. E ciò, oltretutto, in un quadro complessivamente negativo, che ha visto ridursi i trasferimenti di spesa sociale a regioni e comuni a partire dal 2008 con il Fondo Nazionale che dai 338 milioni di euro previsti dalla legge di stabilità del 2013 scende per il 2014 a 317, con il risultato di un crescente stato di crisi di tutta la rete di servizi sociali dei comuni, che vanno ormai riducendo significativamente servizi, prestazioni e concreto sostegno a famiglie e fasce deboli.

LIMITI ED ERRORI DELLE POLITICHE NAZIONALI

La proposta di un nuovo Fondo per la non autosufficienza si muove su una linea del tutto alternativa rispetto alle politiche degli ultimi anni tutte tese al contenimento della spesa sociale, spesso ispirate ad un'idea neocaritatevole di welfare e con proposte di generiche indennità non garantite come livelli di assistenza. Ed oltretutto le manovre che si sono succedute nel tempo non solo hanno determinato tagli a sanità e politiche sociali, ma hanno ripetutamente mirato al bersaglio invalidità, ai diritti delle persone disabili o non autosufficienti. Dall'idea, fortunatamente abbandonata, di vincolare l'indennità di accompagnamento al reddito al tentativo di un drastico taglio degli assegni, elevando dal 75 all'85 per cento la soglia di invalidità per l'accesso al beneficio, fino agli ultimi recenti annunci di spending review su pensioni ed indennità. Tentativi ogni volta naufragati per la energica reazione del mondo associativo dei disabili e degli anziani.

Effetti negativi anche dalle ripetute campagne mediatiche contro i cosiddetti falsi invalidi, fenomeno da perseguire costantemente e sistematicamente, ma ormai contenuto come dimostra l'evidente fallimento delle costosissime campagne di ben 700 mila controlli straordinari effettuati dall'INPS, che hanno dato risultati particolarmente deludenti se è vero che il 23 per cento di "requisito sanitario non più attuale" accertato si riferisce in gran parte a revisioni già disposte e programmate per particolari patologie curabili, come quelle tumorali, dalle Commissioni medico legali delle Asl o ad una diversa valutazione di percentuale. Mentre i cosiddetti falsi invalidi effettivamente accertati sono stati circa 1.500, lo 0,06 per cento del totale dei beneficiari. Situazione che ha inoltre incrementato i ricorsi, al ritmo di 120 mila all'anno, con l'INPS che soccombe nel 57 per cento dei casi.

Discutibile anche l'idea di escludere dal beneficio dell'indennità di accompagnamento coloro che superassero un reddito annuo di 25 mila euro, elevato a 38 mila se cumulato al coniuge. Proposta iniqua per almeno due ragioni, in primo luogo perché i 504 euro di indennità sono nella gran parte dei casi largamente insufficienti a far fronte ai costi dell'assistenza. In secondo luogo perché non distingue tra anziani non autosufficienti e persone con disabilità permanente. Queste ultime e le loro famiglie si caricano per un'intera vita e comunque per molti anni di un onere che non è riducibile alla sola spesa per l'assistenza. La presenza, infatti, nel nucleo familiare di un disabile grave comporta costi sanitari, assistenziali, di gestione della vita quotidiana di notevole entità. Riduce le possibilità di lavoro e di guadagno per l'intero nucleo familiare. Sono queste le ragioni che portarono il legislatore a riconoscere l'emolumento al solo titolo della minorazione.

Il riferimento al reddito non è invece da escludere per le persone anziane non autosufficienti, che affrontano la disabilità per un arco di tempo limitato e che comunque hanno potuto nel corso della loro vita godere di possibilità di guadagno e di programmazione di risorse familiari anche in previsione di una minore autonomia in terza età. Ma questo non per negare il diritto all'emolumento, bensì per differenziarlo come entità in presenza di condizioni economiche più o meno favorevoli. Per queste ragioni è opportuno ed urgente definire nuovi criteri e distinguere i trattamenti per la disabilità dagli interventi assistenziali per la terza età che hanno natura e rispondono a finalità diverse. Prevedere, cioè, in un unico sistema specifiche discipline degli interventi per la terza età, per la disabilità, nonché per cecità e sordità. Ciò consentirebbe di

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

GUARDARE ALL'EUROPA

L'errore di fondo delle politiche e delle azioni fin qui attivate deriva dal fatto che si continua ad affrontare come ordinaria una situazione che tale non è più. Quando il rischio non autosufficienza non è più occasionale o fortuito ma, con l'aumento dell'aspettativa di vita, nell'attuale fase di transizione epidemiologica in cui è rilevante il carico di patologie croniche e degenerative, diventa condizione attesa e prevedibile, non ci si può affidare ai magri bilanci dei comuni o alle innovazioni dei modelli di intervento in sanità. Tutti i Paesi economicamente avanzati dell'Unione, ultima nel 2006 la Spagna, hanno scelto da tempo strade più efficaci, misure di carattere straordinario che spaziano dalla tassa di scopo all'assicurazione obbligatoria pubblica. Quest'ultima, come quarto pilastro del sistema di welfare, che va ad aggiungersi a sanità, previdenza ed assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, è in particolare dal 1995 l'opzione tedesca, alimentata da un prelievo dell'1,9 per cento sulle retribuzioni, per la quale c'è da sottolineare che non solo le imprese, ma anche i lavoratori hanno contribuito significativamente, rinunciando a due giorni di ferie l'anno. Il fondo garantisce le prestazioni sociosanitarie necessarie, privilegiando il sostegno alla domiciliarità, avvalendosi di servizi professionali, ma anche della cerchia familiare e di reti territoriali di solidarietà.

Che si scelga la via tedesca o quella fiscale, è fuor di dubbio che sia urgente una misura straordinaria per adeguare il sistema di welfare italiano ai nuovi bisogni sociali e, soprattutto, per mettere le famiglie in condizione di affrontare con maggiore serenità il carico assistenziale e gli inevitabili costi che comporta una persona disabile o anziana non autosufficiente. Operazione non semplice ed impegnativa, che va costruita nel più ampio quadro di un confronto con le Parti Sociali per una rideterminazione degli oneri contributivi e fiscali per i lavoratori e per le imprese. Se, infatti, un più consistente fondo può produrre benessere sociale e nuove opportunità occupazionali, non deve però determinare costi aggiuntivi su lavoro e buste paga in un quadro economico aggravato dalla fase attuale di crisi, che richiede contenimento di pressione fiscale e spesa pubblica per rilanciare i consumi e ridare stabilità e competitività al Sistema Italia. Competitività e stabilità sono, indubbiamente, priorità per il Paese e la sua economia, ma è altrettanto importante creare le condizioni per sostenere un patto di solidarietà tra generazioni che possa garantire servizi e dignità a quanti vivono con una disabilità o nell'ultima fase della loro vita non ce la possono fare da soli.

FINANZIAMENTO, MODELLO OPERATIVO E VINCOLI COSTITUZIONALI

Recenti stime del Ministero della Salute e di importanti istituti di ricerca ci dicono che l'avvio di un nuovo e più adeguato sistema di tutela ed assistenza per le persone con gravi disabilità e per gli anziani non autosufficienti richiede risorse consistenti, che ammonterebbero annualmente ad una cifra di circa 18,5 miliardi di euro. Quasi 7 in più degli 11,8 miliardi stanziati a legislazione vigente per erogare l'indennità di accompagnamento e le indennità per ciechi, sordi, di frequenza e talassemici. Obiettivo ambizioso, da perseguire nel quadro di una complessiva ridefinizione della gestione delle risorse disponibili, compresi i fondi integrativi, nonché in una rideterminazione delle contribuzioni e della fiscalità sui redditi da lavoro e sulle imprese, nonché sui trattamenti pensionistici, e di una revisione di una serie di agevolazioni a partire dai permessi retribuiti di cui

all'articolo 33 della legge 104. Ed impegnativo, se si considera che, attestandosi il monte nazionale teorico delle retribuzioni di lavoro dipendente, pubblico e privato, autonomo ed in libera professione, oltre i 600 miliardi di euro (dato INPS), nel caso dell'opzione tedesca le risorse necessarie per la sola quota relativa agli ultrasessantacinquenni si attesterebbero qualche decimale sotto un 2 per cento di contribuzione, tenendo conto di tutte le altre forme di lavoro, nonché del necessario contributo di solidarietà che dovrebbe anche gravare su pensionati ad alto reddito e rendite finanziarie.

Nel particolare frangente che attraversa l'economia non si può escludere l'ipotesi di avviare l'operazione con gradualità, per fasi successive, in un'equilibrata valutazione di costi e benefici per la finanza pubblica e dell'andamento dei conti previdenziali, con la conseguente ridefinizione delle aliquote, ricavandone una specifica per la non autosufficienza e finalizzando al nuovo Fondo i circa 500 milioni di gettito derivante dallo 0.35 per cento di contribuzione già previsto per prestazioni sociali ai dipendenti pubblici. Non escludendo anche l'ipotesi di compensare eventuali maggiori oneri sul costo del lavoro facendo leva, come in Germania su una ricontrattazione dei giorni di ferie in cambio di un nuovi diritti esigibili. Definire un percorso graduale con stanziamenti aggiuntivi, che metta il sistema a regime nell'arco di un triennio, monitorando anche risparmi e maggiori entrate determinati degli interventi attivati attraverso il Fondo. Promuovere, cioè, una fase di avvio per fissare poi, sulla base dei risultati conseguiti, i termini definitivi di finanziamento.

La costituzione di un Fondo nazionale non contrasta con l'assetto istituzionale che è andato delineandosi nel processo di costruzione del federalismo solidale. Purché naturalmente nelle fasi di programmazione, definizione ed erogazione delle prestazioni ci si muova in coerenza con i principi generali dettati dal Titolo V della Costituzione e dalla legge 328, che attribuiscono alle regioni competenza esclusiva in materia di servizi sociali. A partire dalla fissazione dei LIVEAS, livelli delle prestazioni sociali esigibili dai cittadini, in sede di Conferenza Stato-regioni, secondo le modalità previste dall'art. 22 della legge 328/2000, che dovranno prevedere i diversi interventi e prestazioni, uniformi su tutto il territorio nazionale

Alla Conferenza Stato-Regioni il compito di regolare e controllare la gestione del Fondo. In quella sede andranno, infatti, definiti oltre a prestazioni ed emolumenti da inserire nei LIVEAS, l'entità e le modalità di erogazione di assegni e buoni servizio in relazione ai diversi livelli di dipendenza, nonché i criteri di valutazione medico legale degli aventi diritto. Alle Regioni nei rispettivi territori la responsabilità di definire modelli organizzativi, modalità di utilizzazione dei buoni servizio ed eventuali criteri di accreditamento di reti assistenziali, requisiti ed albi per operatori ed assistenti familiari, modalità di rendicontazione dei buoni servizio, nonché il ruolo dei Comuni, in particolare per la definizione dei piani personalizzati di intervento, e dei Distretti anche ai fini dell'integrazione con gli interventi sanitari di ASL e dei fondi integrativi. Alle Commissioni medico legali delle ASL, integrate da medici INPS (articolo 20, legge 102/2009), il compito di riconoscere il titolo ai diversi emolumenti.

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

PRESTAZIONI, SERVIZI, EFFETTI SULLA SPESA SANITARIA E DEI COMUNI

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

Il sistema tedesco, in particolare, prevede quattro diversi livelli di gravità cui corrispondono interventi differenziati il cui costo varia dai 205 ai 1688 euro al mese. Il diritto alle prestazioni è frutto di valutazioni mediche e non fa riferimento al reddito, anche per evitare che la non autosufficienza determini un peggioramento delle condizioni economiche e sociali delle famiglie. Delle condizioni reddituali si tiene conto invece in Francia, dove le prestazioni, anche qui commisurate alla gravità delle condizioni psicofisiche, variano per costo dai 344 ai 1.107 euro mensili. In ambedue i sistemi vengono privilegiati gli interventi a domicilio, puntando prioritariamente su trasferimenti economici a sostegno alle reti familiari e territoriali, su buoni servizio, cercando così di arginare i ricoveri in strutture residenziali sociosanitarie.

Livello di gravità	Importo		% beneficiari
	Domicilio	Residenza	
1° livello	205	1.023	51%
2° livello	410	1.279	36%
3° livello	665	1.432	13%
3° livello super		1.688	

Germania, importi prestazioni, Ministero federale Sanità e Sicurezza Sociale

Con un meglio articolato e più robusto Fondo anche nel nostro Paese si potrebbe attivare una rete più moderna ed affidabile di interventi. Un sistema universalistico di assistenza in un mix moderno e dinamico di prestazioni formali ed informali, nel quadro di sussidiarietà orizzontale e verticale previsto dal nostro ordinamento. Una gamma di prestazioni, differenziate sulla base di tre livelli di gravità e di dipendenza e della situazione reddituale familiare per gli anziani non autosufficienti, con importi di 504, 900 e 1,200 euro al mese, in un sistema che potrà prevedere trasferimenti monetari, buoni servizio, assistenza domiciliare, rimborso della quota sociale per il ricovero in RSA sulla base delle reali necessità assistenziali. Un siffatto Fondo, oltre che migliorare la tutela sociosanitaria delle persone disabili o anziane non autosufficienti, può contribuire a riequilibrare l'intero sistema di welfare determinando consistenti risparmi su altre voci di spesa pubblica, in particolare sulla sanità.

RIFLESSI SULL'OCCUPAZIONE E SUL MONDO DEL LAVORO

Un moderno welfare che eroghi adeguate prestazioni di sostegno e di assistenza alle persone non autosufficienti non può non determinare riflessi importanti sui livelli occupazionali. Del resto già oggi le famiglie si avvalgono generalmente di badanti ed assistenti familiari, che hanno superato quota 750 mila, prevalentemente di origine straniera. Un fenomeno in buona parte irregolare e sommerso, che richiederebbe politiche di integrazione, sgravi fiscali, sostegno alla domanda. Un fenomeno destinato ad emergere e ad assumere consistenze ben più significative in un quadro di sussidiarietà, in un equilibrato mix di lavoro di cura formale ed informale ed in presenza di uno sviluppo diffuso di interventi domiciliari, monetari, di azioni di sistema, di una più forte rete di

servizi residenziali e semiresidenziali, cioè di quella rete di interventi da inserire nei LIVEAS e che un nuovo fondo potrà garantire..

E' quanto avvenuto in gran parte dei Paesi europei. Nel nord Europa i servizi domiciliari raggiungono in media il 13 per cento degli anziani. In Germania, sostenuto dal quarto pilastro assicurativo, si è registrato un forte incremento di assistenza domiciliare, ne usufruisce quasi il 10 per cento della popolazione anziana, il doppio della media delle regioni italiane. Ma anche in Spagna dove le misure adottate a sostegno della non autosufficienza hanno determinato nel settore dell'assistenza a domicilio un incremento di ben 300 mila posti di lavoro. Analogo processo è ormai consolidato in Francia dove i servizi raggiungono a domicilio più del 8 per cento degli ultrasessantacinquenni. Sono tutti Paesi che hanno visto crescere l'occupazione nel settore, emergere lavoro irregolare e che hanno definito nuovi modelli operativi e nuove figure professionali, a partire dall'assistente familiare.

Un migliore sistema assistenziale per gli anziani non autosufficienti e per le persone con gravi disabilità è, infine, anche destinato a portare benefici indiretti sul mondo del lavoro, in particolare sull'occupazione delle donne, sulle quali grava generalmente il maggior carico assistenziale in ambito familiare. Maggiori tutele che consentano di meglio conciliare lavoro e responsabilità familiari fanno prevedere un aumento del tasso di occupazione femminile, ma anche una diminuzione di assenze dal lavoro, come di richieste di permessi o di impiego a part time.

RIFLESSI SULLE IMPRESE, SULLE DINAMICHE CONTRATTUALI, SUI CONTI PUBBLICI

Gli interventi previsti dal nuovo Fondo sono, altresì, destinati a produrre riflessi positivi in comparti diversi della finanza pubblica e sulle imprese. Gli enti previdenziali, INPS ed INAIL in primo luogo, potrebbero godere nell'immediato di maggiori entrate per una significativa emersione di lavoro irregolare. Secondo il Forum delle associazioni cattoliche nel mondo del lavoro le maggiori entrate fiscali e contributive derivanti dall'emersione di lavoro irregolare possono essere stimate in 280 milioni all'anno per ogni 100 mila lavoratori emersi. Si può, quindi, stimare in circa 1,5 miliardi di euro la contribuzione aggiuntiva previdenziale ed assicurativa, nonché le entrate fiscali conseguenti alla nuova occupazione e regolarizzazione di oltre quattrocentomila badanti ed assistenti familiari.

Occorre anche valutare il più complessivo beneficio per la finanza pubblica, per la sanità in primo luogo. Se si considera che i ricoveri impropri di ultrasessantacinquenni costituiscono il 20 per cento del totale dei ricoveri (Osservatorio terza età, 2009), con un margine teorico di recupero valutabile fino a 8 miliardi e che, comunque, è destinato ad assumere dimensioni notevoli, si può prudenzialmente stimare in una prima fase fino a 3,5 miliardi di risparmio di fondo sanitario. Ad essi si andranno a sommare i benefici sui conti sanitari delle regioni che possono apportare i Fondi sanitari integrativi e le Società di Mutuo Soccorso in termini di vincolo del 20 per cento di prestazioni erogate per la non autosufficienza e l'odontoiatria, secondo gli indirizzi ministeriali. Palese è anche il beneficio per la finanza locale che verrebbe sgravata da significativi costi assistenziali. Si stima prudenzialmente in circa 700 milioni l'anno il costo delle quote sociali per ricoveri in RSA dei meno abbienti a carico dei comuni cui va aggiunto il risparmio dovuto al riassorbimento di costi per prestazioni già erogate dai Comuni con risorse proprie o di provenienza regionale.

Per queste ragioni sarebbe auspicabile che il nuovo Governo tra le misure urgenti per il rilancio e la modernizzazione del Paese, del sistema economico e di welfare, dia priorità al tema non

autosufficienza. Al contempo sarebbe altrettanto importante l'avvio in Parlamento della discussione delle proposte di legge in materia di non autosufficienza, prima fra tutte quella di iniziativa popolare promossa da CGIL, CISL, UIL. Istituire con urgenza un nuovo Fondo che faccia fronte ai pesanti e complessi bisogni assistenziali della disabilità e della terza età, che sostenga le famiglie nelle loro responsabilità verso i soggetti più deboli. Una necessaria svolta nelle politiche sociali, una risposta chiara ed efficace al quadro negativo determinato dalle politiche sbagliate degli anni più recenti, che promuova la necessaria ed urgente fase di rilancio di politiche innovative in materie sociali e di sanità ed imprima quell'accelerazione al consolidamento del nostro sistema di welfare da più parti auspicata. Un rilancio ed un consolidamento che può dare un contributo determinante al benessere delle famiglie e delle comunità, ma anche al superamento dell'attuale fase di crisi economica, sociale ed occupazionale.

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IPOTESI OPERATIVA

. **Istituire presso l'INPS il nuovo Fondo per la non autosufficienza**, sostitutivo dei fondi per l'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18 del 1980 e comprensivo delle indennità per ciechi, sordi, talassemici e minori non deambulanti (art. 17 legge 118 del 1971).

. **Definire in sede di Stato-Regioni: LIVEAS, tipologia di prestazioni, modalità di erogazione, requisiti e limiti ISEE ove previsto. Con l'INPS concordare modalità di monitoraggio del processo anche in ambito regionale.**

. **Prevedere tre livelli di emolumenti:**

1°. **504** euro mese, indennità al titolo della minorazione.

2°. **900** euro mese, buono servizio

3°. **1.200** euro mese, buono servizio

. **I buoni servizio sono utilizzati per spese di assistenza personale e a domicilio o quota RSA nell'ambito di progetti di sostegno all'autonomia ed al nucleo familiare (art.15, comma 1, legge 328/2000), definiti nel Distretto socio-sanitario e rendicontati presso il Comune di appartenenza. I Comuni attivano le reti locali e concordano con le ASL la necessaria integrazione con gli interventi sanitari.**

. **Affidare alle Commissioni medico legali delle ASL il riconoscimento del titolo all'assistenza sulla base dei tre livelli di bisogno assistenziale. All'INPS i controlli ed il monitoraggio del sistema.**

. **Le Regioni, nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali, regolano l'utilizzazione dei buoni servizio e le modalità di rendicontazione, disciplinano l'integrazione con gli interventi sanitari dei servizi delle ASL e dei fondi integrativi. Definiscono i criteri di autorizzazione e di accreditamento di organismi e strutture pubbliche, private e del terzo settore, che erogano le prestazioni, nonché i requisiti professionali di operatori ed assistenti familiari.**

. **Gli utenti o le famiglie scelgono gli operatori nell'ambito dei soggetti accreditati o fra gli operatori iscritti ad appositi albi tenuti dai comuni.**

. **Gli emolumenti per gli aventi diritto, riconosciuti tali prima del compimento del 65° anno di età, sono erogati al titolo della minorazione. Per gli ultra sessantacinquenni riconosciuti non autosufficienti gli importi del 2° e 3° livello possono subire variazioni in diminuzione sulla base della condizione reddituale ISEE. Restano invariati i trattamenti per ciechi, sordomuti, talassemici e minori non deambulanti. Saranno definiti nuovi criteri per il riconoscimento del diritto a congedi parentali (articolo 33 della legge 104/92) in particolare per l'assistenza ai soggetti ultra sessantacinquenni che usufruiscono del buono servizio di 2° e 3° livello.**

. **COSTI** (stima su base assistiti 2013 ed esperienza tedesca):

Fino ad anni 65			
1° Beneficiari	254.000	1,5 miliardi	
2° Beneficiari	128.000	1,4	
3° Beneficiari	90.000	1,3	
Totale beneficiari	472.000		costo 4,2 miliardi
Ciechi, sordi, talassemici,			
ind. frequenza	329.000		costo 1,3 miliardi
Over 65			
1° Beneficiari	806.000	4,9 miliardi di euro	
2° Beneficiari	584.000	5,7 con decurtazione ISEE	
3° Beneficiari	190.000	2,4 con decurtazione ISEE	
Totale beneficiari	1.580.000		costo 13,0 miliardi
TOTALE complessivo	2.381.000		costo 18,5 miliardi

Fabbisogno stimato sulla base degli assistiti INPS del 2013. Tiene conto del fatto che la nuova opportunità possa produrre un primo effetto di contenimento di ricoveri impropri ed un conseguente aumento di richieste. Cifre arrotondate per eccesso.

Effetti sulla spesa pubblica (stime)

Il nuovo sistema a regime potrebbe determinare un oggettivo contenimento di spesa pubblica:

Minori spese per servizi domiciliari sociosanitari e quote sociali RSA	2,0 miliardi di euro
Maggiori entrate fiscali e contributive per regolarizzazione badanti	1,5
Riduzione ricoveri impropri SSN	3,5

Totale minori oneri e maggiori entrate 7,0 miliardi di euro

Spesa 2013	11,8
Contribuzione ex INPDAP 0,35	0,5
Recuperi su altre voci spesa pubblica	7,0
TOTALE	19,3 –
Costo nuovo sistema	18,5=
Risparmio spesa pubblica	0,8