

CNEL
Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro

**LA NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA:
REALTA' ESISTENTE E PROSPETTIVE DI SOLUZIONE**

Osservazioni e proposte

Assemblea, 27 novembre 2003

Sezione I. Aspetti statistici. 1. La definizione di non autosufficienza. 2. Alcune osservazioni sulla non autosufficienza. 3. Il ruolo delle reti informali, in primo luogo della famiglia.	 Pag. 2 Pag. 2 Pag. 4
Sezione II. Aspetti normativi. La legge n° 328/2000. 1. Gli obiettivi individuati per l'integrazione ed il sostegno sociale. 2. L'individuazione dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).	 Pag. 4 Pag. 5
Sezione III. Osservazioni e proposte sulle modalità di finanziamento. 1. Premessa. 2. L'individuazione dei destinatari. 3. L'individuazione delle risorse: il Fondo per la non autosufficienza.	 Pag. 5 Pag. 5 Pag. 7

Sezione I. Aspetti statistici.

1. Premessa.

Il CNEL ha approvato nell'Assemblea del 18 luglio 2002 un documento concernente "La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del Titolo V".

Sul tema della non autosufficienza, inoltre, sono stati approvati nell'attuale Consiliatura altri due testi di Osservazioni e Proposte¹.

Alla luce della rilevanza sociale ed economica che il fenomeno della non autosufficienza sta assumendo nel nostro Paese, il CNEL ha ritenuto opportuno un ulteriore approfondimento del tema, tenendo conto anche che la ripartizione di competenze operata dalla modifica costituzionale del Titolo V assegna funzioni occorrenti in materia di politica sociale allo Stato e agli Enti locali.

Il documento, inoltre, tiene conto dell'intenso dibattito in merito, al fine di pervenire a valutazioni, condivise dalle forze sociali presenti nel CNEL.

Esso è stato approvato nell'Assemblea del CNEL del 27 novembre 2003 e precedentemente dalla Commissione delle Politiche del Lavoro e delle Politiche Sociali, nella riunione del 26 novembre 2003.

Il Consigliere relatore è il dott. Melino Pillitteri.

2. Alcune osservazioni sulla non autosufficienza.

a) La definizione di non autosufficienza.

Le possibili definizioni di non autosufficienza sono molteplici (inabilità, invalidità, handicap, disabilità, ecc..).

Il CNEL, conformemente ai parametri utilizzati dall'ISTAT, ritiene opportuno adottare una definizione di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno d'aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc...).

b) La dimensione del fenomeno.

Con questo approccio, in Italia l'ISTAT censisce complessivamente circa 2.800.000 disabili o non autosufficienti. Queste persone vivono prevalentemente tutte in famiglia. Il nostro paese, infatti, si caratterizza, nel contesto internazionale, per avere bassi livelli di istituzionalizzazione.

Nell'arco di quest'ultimo decennio, la dimensione totale dei non autosufficienti in istituto è rimasta pressoché invariata: da 278.000 a 286.000 persone. Questo risultato è frutto dell'andamento contrastante di due componenti: le persone autosufficienti sono diminuite di oltre 43.000 unità mentre le persone non-autosufficienti sono aumentate di 50.262 unità (un aumento di oltre il 44% per tutti gli ospiti e di oltre il 50% per gli ospiti anziani). Da questi dati si evince che l'anziano, dunque, se non perde l'autonomia e non ha nessuno che possa aiutarlo, evita di trasferirsi in istituto.

¹ "La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata", Assemblea del CNEL del 25 gennaio 2001; "La tutela dei rischi di non autosufficienza nelle persone di età avanzata", Assemblea del CNEL del 18 luglio 2002.

A fronte di questa situazione, sono cresciuti, di più del 50%, il tasso dei residenti non autosufficienti. Per due ragioni.

La prima, perché la longevità cresce e quindi, nelle persone con età molto elevata, l'incidenza di disabilità è straordinariamente crescente.

La seconda, di natura sociale, riguarda una riduzione della rete di sostegno, perché le famiglie sono più piccole, le donne lavorano, e diminuisce la possibilità di seguire da vicino una persona non autosufficiente.

Il CNEL ritiene che a causa di questi motivi le persone non autosufficienti residenti in istituto potrebbero subire una sorta di emarginazione sociale se non fossero seguiti e curati come andrebbero.

Le persone che vivono in famiglia, invece, sono 2.600.000, pari a circa il 5% della popolazione di 6 anni e più²; il 75% di questa popolazione è costituito da anziani.

Il quadro della non autosufficienza va però completato da un altro dato. Oltre a tale categoria, infatti, il CNEL ritiene necessario evidenziare che c'è un numero di persone pari a quasi il doppio – cioè quasi 4.500.000 – che ha dichiarato di avere molta difficoltà a compiere funzioni semplici della vita quotidiana; queste persone seguono, al crescere dell'età, lo stesso andamento delle disabilità. Il CNEL ritiene necessario anche per tale categorie l'attivazione di politiche sociali di aiuto e sostegno.

c) Il profilo demografico dei non autosufficienti.

La disabilità è un fenomeno presente in tutte le fasce di età, ma crescente con l'età avanzata. Fino ai 75 anni il fenomeno è relativamente contenuto, mentre esplode dopo gli 80 anni³.

Ad esempio, i confinati in casa o in istituto sono circa 1.150.000, il 2% della popolazione, ma tra le persone ultra ottantenni la quota di confinati raggiunge un quarto⁴.

Per quanto riguarda gli anziani, ci sono quasi un milione (900.000) anziani che vivono in un letto o comunque non possono muoversi da un'abitazione; il problema è più acuto tra le donne anziane. Infatti la differenza nella speranza di vita, favorevole alle donne, è un dato ricorrente in tutti i paesi avanzati, specie in Italia che è uno dei paesi con la più alta speranza di vita per le donne al mondo. Dunque, considerando questo dato, e considerando che al matrimonio la donna ha mediamente 4 anni meno del marito, è chiaro che spesso si ritrova all'età anziana, con seri problemi, e sola.

Va considerato anche che la rete di sostegno di queste donne, al crescere del tempo, si assottiglia perché hanno meno figli e quindi, in prospettiva, una rete protettiva familiare più labile.

In questa prospettiva, il CNEL ritiene altresì importante evidenziare un segnale di positività.

La speranza di vita libera da disabilità è infatti ormai un indicatore che si usa accanto a quello di speranza di vita.

² In questa quantificazione, infatti, non sono compresi i bambini fino a 6 anni perché a livello internazionale è promosso sia l'OCSE che le Nazioni Unite – non misurano la mancanza di autonomia nei bambini molto piccoli.

³ L'allungamento della vita media, dunque, produrrà anche un incremento delle persone non autosufficienti. A titolo di esemplificazione, dai censimenti ISTAT si evince che nell'arco di un secolo il numero dei centenari è passato da 165 nel 1901 a 8.160 nel 2001.

⁴ La disabilità nelle funzioni è il problema più pervasivo, riguarda oltre 1.500.000 persone e, mentre il dato medio è del 3%, oltre i 75-79 anni si sale enormemente; seguono le disabilità nel movimento e le disabilità sensoriali, le prime sono circa 1.200.000, le seconde circa 600.000.

La speranza di vita libera da disabilità, per l'appunto, è uno degli indicatori in crescita nel nostro paese, il che vuol dire che non tutto l'allungamento della vita che c'è stato è un allungamento in condizioni necessariamente gravi. Anzi, in questo i segnali, e in conseguenza di quello che è il quadro di progresso tecnologico, sanitario ma anche stili di vita, ecc., appaiono più positivi.

3. Il ruolo delle reti informali, in primo luogo della famiglia.

Passando alla questione del *con chi* vivono e *su chi* possono contare, il CNEL ritiene che vada evidenziato il ruolo delle famiglie.

Infatti il nostro paese ha una tradizione molto chiara. Sono circa 2.364.000 le famiglie che hanno in casa una persona con questi problemi e che vivono questa condizione, mentre sono "solo" 742.000 le persone disabili che vivono sole. I disabili, molto più del resto della popolazione, si trovano come membri aggregati della famiglia.

Ci sono, inoltre, 300.000 anziani confinati e che vivono da soli. Oltre i 75 anni, poi, tra i disabili il 40% vive da solo, mentre nel resto della popolazione il tasso è del 35%.

Le famiglie che sostengono una persona non autosufficiente manifestano la necessità di ottenere una protezione adeguata. Ancora oggi, infatti, la piramide di aiuti si appoggia su una base larghissima che è sempre la famiglia, intesa come la rete familiare; al secondo posto sono i servizi privati; al terzo posto i servizi pubblici.

Ad avviso del CNEL, tale protezione deve articolarsi attraverso due modalità.

La prima è il sostegno economico. Mentre infatti il 27% delle famiglie italiane ritiene di avere scarse o insufficienti risorse economiche, il dato è del 42% nelle famiglie con disabili, del 41% in quelle con un anziano disabile e quasi del 46% in quelle con disabili più giovani. Si tratta di un dato importante. Dal punto di vista sociale emerge infatti che l'isolamento della famiglia è più marcato quando i disabili sono giovani piuttosto che anziani.

La seconda modalità di sostegno alle famiglie deve articolarsi attraverso una rete di servizi adeguata alla domanda. Se infatti si osserva l'uso che fanno dei servizi le persone disabili, si evidenzia che esse hanno un tasso di utilizzo straordinariamente più elevato del resto della popolazione.

Ebbene le famiglie con problemi di assistenza, quindi quelle che hanno riportato questo bisogno, ricevono un sostegno nel 37% dei casi, quelle con problemi gravi nel 43,3% dei casi, quelle con problemi non gravi nel 32%. Ad avviso del CNEL è di tutta evidenza che si tratta di percentuali ancora insufficienti⁵.

Sezione II . Aspetti Normativi. La legge n° 328/2000.

1. Gli obiettivi individuati per l'integrazione ed il sostegno sociale.

Al fine di predisporre politiche di sostegno delle persone non autosufficienti, la legge n° 328/2000 individua metodi e strumenti finalizzati allo scopo, all'interno di un disegno quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

⁵ Le persone sole, naturalmente, attivano molti più aiuti. Esse vengono aiutate da qualcuno nel 65% dei casi, (quelle non gravi in circa il 50% dei casi).

In tale prospettiva, il Capo III della legge, dettante "Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale", individua, come obiettivi, i seguenti:

- Progetto individuale a favore delle persone disabili (art.14);
- Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti (art.15);
- Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari (art.16)

Il metodo individuato per la realizzazione di tali obiettivi, che il CNEL ha già ritenuto compatibile col nuovo impianto costituzionale⁶, delineato dalla riforma del Titolo V, è incentrato sulla consultazione tra Enti locali, e Organi centrali dello Stato, anche mediante l'utilizzo di organi collegiali, quali la Conferenza unificata ex articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. l'individuazione dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).

Oltre agli strumenti specifici suindicati, il Legislatore condiziona la realizzazione di una effettiva tutela delle politiche sociali alla individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) (art.22 L. n°328/2000), al cui interno vanno individuati quelli che in particolare intendono tutelare le persone non autosufficienti; si tratta, in questo secondo caso, dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).

Nonostante siano trascorsi già 3 anni dall'entrata in vigore della legge, l'individuazione dei LIVEAS, da affidarsi alla responsabilità della Conferenza Unificata Stato-Regioni- Comuni, non è ancora stata effettuata, col che appare ad oggi seriamente pregiudicata la piena ed efficace realizzazione della tutela delle persone non autosufficienti.

Sezione III. Osservazioni e proposte sulle modalità di finanziamento.

1. Premessa.

Alla luce di quanto esposto, il CNEL ritiene che le soluzioni per tutelare le persone non autosufficienti debbano realizzare due obiettivi.

Il primo è realizzare un sistema di protezione sociale che riconosca alla non autosufficienza lo *status* di rischio, per cui si è protetti in quanto cittadini, così come l'età anziana, o come altri rischi dello stato di salute della persona.

Il secondo obiettivo, è la costituzione di un Fondo per la non autosufficienza, che abbia come scopo quello di costituire un secondo pilastro di carattere assistenziale da mettere al fianco del pilastro sanitario⁷.

Il CNEL ritiene che un intervento per la non autosufficienza nel nostro Paese deve assumere come priorità quella di offrire una risposta ai bisogni di carattere socio-assistenziale della persona non autosufficiente e non solo a quelli sanitari.

Ciò perché la tendenza del servizio sanitario nazionale è quella di concentrare la cura sempre di più intorno nelle fasi acute e di lasciare scoperte ampie aree di cura, di accudimento, soprattutto delle persone che vivono in condizioni di disabilità cronica.

2. L'individuazione dei destinatari.

⁶ "La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del Titolo V", CNEL, 18 luglio 2002.

⁷ Il Fondo, in tale prospettiva, andrebbe distinto da quello indicato nell'art. 22 della L. n° 328/2000, denominato "Fondo nazionale per le politiche sociali".

Per l'individuazione dei caratteri di un nuovo modello di assistenza, occorre definire a chi, quali tipi di disabilità e che tipi di soggetti sono quelli su cui è necessario oggi concentrare l'intervento.

Per individuare delle soluzioni possibili, il CNEL ritiene utile esaminare i caratteri dei due modelli europei più adattabili alla realtà italiana.

Uno è il modello applicato dal 1995 in Germania. Il modello attualmente copre 1.900.000 cittadini tedeschi (rispetto ai 600.000 del modello precedente) e dispone di un ammontare complessivo di risorse vicino ai 20 miliardi di euro annuali.

È un programma che non ha limiti di età, e in cui l'accesso non è selezionato in base al reddito. È inoltre un programma nazionale, che ha elaborato dei criteri omogenei, unificati, di valutazione della non autosufficienza e anche di valutazione del bisogno socio-assistenziale.

Esso non riguarda solo la non autosufficienza totale, ma anche quella parziale, purché si dimostri di avere almeno bisogno di 1,5 ore di assistenza domiciliare per ogni giorno.

Il programma copre circa il 50% del costo complessivo. In termini monetari, si va da un assegno di cura, pari a 200 euro mensili, sino alla situazione più grave, che è di 1.400 euro al mese.

C'è poi un secondo programma, chiamato la *location personnalisée à l'assistance*, francese, adottato nel 2002, che offre servizi e copre i bisogni assistenziali di 800.000 cittadini francesi non autosufficienti, sopra i 60 anni - e dispone di un ammontare di risorse di circa 2,5 miliardi di euro, cui dovrebbe essere aggiunta la compartecipazione dei costi dei cittadini al momento non ancora identificabile.

Il programma copre circa 800.000 persone. Esso fissa un limite di età e include solo le persone sopra i 60 anni. È un programma che non ha limiti di reddito, però richiede una compartecipazione finanziaria al costo. Anche in Francia ci sono criteri di valutazione della non autosufficienza omogenei a livello nazionale. Entrano in questo programma solo le persone con non autosufficienza grave⁸.

In Italia, c'è un sistema che può definirsi a doppio binario, cioè un sistema in cui sono compresenti due livelli di prestazione che operano avendo in mente una popolazione di fruitori completamente diversa.

Il primo binario, nazionale, è quello che attualmente si basa sull' "assegno di accompagnamento". È un programma universalistico, che richiede una certificata inabilità totale. Non prevede limiti di età, anche se il 70% degli attuali fruitori di assegno di accompagnamento è sopra i 60 anni. Attualmente sono oltre un milione di cittadini italiani che fruiscono di questo programma⁹.

L'importo fornito è di circa 500 euro mensili.

Il secondo binario è realizzato dall'assistenza locale, cioè quella che viene fornita dalle ASL e dai Comuni. Pur non esistendo studi dettagliati che consentano di ricostruire la rete degli interventi locali rivolti alla non autosufficienza, si possono individuare alcune caratteristiche generali.

Generalmente beneficia le persone anziane sopra i 75 anni. I livelli di non autosufficienza che vengono considerati sono normalmente molto gravi e, per entrare in un programma di assistenza locale, è necessario spesso essere, non solo in condizioni di forte non autosufficienza, ma anche soli. Infatti, se c'è ancora una assistenza familiare, in qualche modo questo pregiudica di fatto la

⁸ C'è una scala che prevede sei livelli di non autosufficienza ed entrano nel programma assistenziale solo i primi quattro livelli.

⁹ In particolare, tra i fruitori dell'assegno sono individuabili varie categorie. Tra esse, ad esempio, vi sono i non vedenti civili, i non udenti civili, i minori con indennità di frequenza.

possibilità di entrare. Sono inoltre programmi in cui l'accesso è sempre selezionato in base al reddito.

I problemi che il sistema a doppio binario pone sono, ad avviso del CNEL, due.

Il primo è che i due binari viaggiano paralleli, ma non hanno alcun tipo di coordinamento e di incrocio. Mentre il primo binario ha una valenza universalistica, il secondo binario è un sostegno locale che, in gran parte, è estremamente limitato¹⁰.

Il secondo problema, è che non esiste un modello unificato di valutazione della non autosufficienza.

Per questo la popolazione che alla fine maggiormente risente di questo sistema è soprattutto quella che occupa una posizione mediana (non è abbastanza povera, né abbastanza non autosufficiente, da entrare nei programmi pubblici di assistenza locale; ma non è neanche abbastanza ricca, e abbastanza non autosufficiente, da potersi rivolgere mercato privato).

3. L'individuazione delle risorse: il Fondo per la non autosufficienza.

Il CNEL ritiene che il doppio binario italiano rischi di lasciare scoperte le fasce di non autosufficienza medio o medio-grave e le fasce di popolazione, che hanno un reddito o non sufficientemente basso per entrare nei programmi pubblici, o non sufficientemente alto per riuscire ad avere ingresso nel mercato. È dunque su questa fascia sociale che il CNEL ritiene si debbano a studiare degli interventi.

In termini di priorità, il CNEL evidenzia innanzitutto la necessità di costruire un modello unificato di copertura attraverso criteri unificati e omogenei di valutazione, che eviti tendenzialmente la sovrapposizione di scale di autovalutazione diversa e, in secondo luogo, lo sviluppo prioritario di interventi rivolti a questa fascia intermedia.

Passando al modello di finanziamento, in Italia la spesa in essere -al 2001 - per l'indennità di accompagnamento, è pari a circa complessivi 3,8 miliardi di euro. Se si considera solo la quota relativa agli anziani, possiamo stimare il costo in circa 2,7 miliardi di euro.

Per quanto riguarda il secondo binario, quello della spesa locale, non si dispone di alcun dato.

Il CNEL evidenzia che se si applicasse alla popolazione italiana il modello previsto in Germania, la spesa totale lieviterebbe fino ad una cifra approssimativa di 9 miliardi di euro.

Sulla base di questa previsione, il CNEL ritiene necessario istituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Attraverso tale Fondo, sarebbe possibile ripartire annualmente alle Regioni, sulla base dei dati relativi alla popolazione non autosufficiente ivi residente, nonché altri di indicatori demografici e socio economici, le risorse individuate. Tale Fondo garantirebbe, per le persone non autosufficienti, i livelli essenziali, e non avrebbe una funzione sostitutiva delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento del Fondo, in esso dovrà confluire la spesa attualmente sostenuta per l'indennità di accompagnamento¹¹.

¹⁰ Oggi si stima che in Italia la popolazione anziana che beneficia di una assistenza domiciliare è pari al 2,8% su base nazionale (e potete immaginarvi con quali discrepanze tra Nord e Sud del paese), mentre il ricovero in lungo degenza è del 3,9%. I dati equivalenti in altri paesi sono, ad esempio, per l'assistenza domiciliare: in Germania 9,6%, tre volte tanto rispetto all'Italia, in Francia 6,1%, il doppio, in Gran Bretagna 5,5%, anche qui circa il doppio; per i tassi di ricovero: in Germania il 6,8%, in Francia il 6,5%, in Gran Bretagna il 5,1%.

¹¹ Oggi, al contrario, l'assegno è una misura che non ha limiti di età, mentre il Fondo si ispirerebbe un modello di copertura che si riferisce alla popolazione sopra i 65 anni.

A tal proposito, il CNEL osserva che tale operazione, in ogni caso, dovrà essere ben ponderata, per consentire, nel regime transitorio, di individuare le soluzioni migliori in grado di assicurare adeguato aiuto a tutti i soggetti che oggi beneficiano di tale servizio, e che non potrebbero rinunciarvi a causa del loro basso livello di reddito.

Inoltre, dovrebbe prevedersi, a garanzia del principio solidaristico, previsto già a livello costituzionale, un sistema di finanziamento incentrato su strumenti di tipo fiscale, ad esempio con una addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, e/o una addizionale regionale.

In particolare, come il CNEL aveva già osservato in un precedente pronuncia sulla copertura dei costi per la non autosufficienza¹², potrebbe introdursi, ai fini ora indicati, una tassa di scopo. Essa, compatibile con le altre misure indicate, avrebbe un duplice effetto positivo. Da un lato, sul piano contabile, alleggerirebbe l'onere dello Stato e degli Enti locali. Dall'altro, sul piano sociale, realizzerebbe un'operazione di trasparenza, consentendo ai cittadini di individuare con precisione le finalità, ed i risultati, del prelievo.

Non va esclusa, inoltre, la possibilità di modificare la legislazione vigente per consentire di beneficiare anche il Fondo in oggetto della quota destinata allo Stato dell'8‰ del gettito IRPEF¹³.

Il CNEL, infine, ritiene che debba essere esaminata, in via alternativa o cumulativa, ogni altra possibilità, anche mutuata da esperienze di altri ordinamenti, così come, seppure con modalità diverse, in Germania ed in Francia, che hanno avviato la realizzazione di un sistema di finanziamento integrato¹⁴.

Con la costituzione di tale Fondo, il CNEL osserva che potrebbe raggiungersi una pluralità di risultati utili.

Innanzitutto, si creerebbe uno strumento idoneo a far fronte al costo per il sostegno alle persone non autosufficienti, che le statistiche evidenziano tenderà ad aumentare ne prossimo futuro.

Il secondo risultato, sarebbe quello di ottenere, attraverso una politica mirata, l'emersione dell'attività lavorativa addetta ai servizi di cura, oggi sommersa; coll'ulteriore conseguenza di conteggiare tali servizi nella ricchezza del Paese, producendo un effetto positivo sulle finanze pubbliche.

Il terzo, sarebbe quello di alleviare l'impegno che oggi soprattutto le donne affrontano nell'assistenza ai familiari non autosufficienti, consentendo così loro di fare ingresso nel mondo del lavoro.

Il quarto, infine, sarebbe quello di ottenere un risparmio della spesa sociale locale complessiva¹⁵.

¹² "La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata", Assemblea del CNEL del 25 gennaio 2001.

¹³ L'articolo 3, primo comma, del d.P.R. n.76/98, stabilisce che possono presentare istanza di accesso alla ripartizione dei Fondi attribuiti allo Stato tutti i soggetti pubblici - pubbliche amministrazioni statali, persone giuridiche pubbliche ed ogni altro ente pubblico secondo la definizione di cui al d. lgs. n.29/90 - e le persone giuridiche private (associazioni, fondazioni, ONLUS, ecc.). In ogni caso è escluso il fine di lucro.

¹⁴ Nel modello francese il fondo nazionale per la non autosufficienza è composto da prelievi sulla fiscalità generale. Non ci sono imposizioni fiscali di alcun tipo, ma viene richiesta la compartecipazione al fondo, per i due terzi, da parte dei Dipartimenti. Il modello prevede una compartecipazione al costo anche da parte del cittadino. In Germania, invece, sono stanziati annualmente 20 miliardi di euro, attraverso un contributo obbligatorio, applicato sul costo del lavoro, pari allo 0,8%, attribuito per il 50% al datore di lavoro ed per il 50% al lavoratore. Quindi non è un modello assicurativo perché non c'è una prestazione commisurata al contributo. In Francia il modello è molto diverso.

¹⁵ In Germania, quando è stato costituito il fondo nazionale, si è registrata una riduzione della spesa locale per l'assistenza pari a circa un terzo, si è passati da 13 miliardi di marchi ad 8,7 miliardi di marchi. Questo significa che si potrebbero recuperare delle risorse, attraverso un Fondo nazionale, che attualmente sono invece investite dalle amministrazioni pubbliche locali.

**Commissione delle Politiche del Lavoro
e delle Politiche Sociali**

**La non autosufficienza in Italia:
realità esistente e prospettive di soluzione**

BOZZA
Testo di Osservazioni e Proposte

Roma, 27 novembre 2003.
Assemblea del CNEL

Sezione I. Aspetti statistici.	
1. La definizione di non autosufficienza.	Pag. 2
2. Alcune osservazioni sulla non autosufficienza.	Pag. 2
3. Il ruolo delle reti informali, in primo luogo della famiglia.	Pag. 4
Sezione II. Aspetti normativi. La legge n° 328/2000.	
1. Gli obiettivi individuati per l'integrazione ed il sostegno sociale.	Pag. 4
2. L'individuazione dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).	Pag. 5
Sezione III. Osservazioni e proposte sulle modalità di finanziamento.	
1. Premessa.	Pag. 5
2. L'individuazione dei destinatari.	Pag. 5
3. L'individuazione delle risorse: il Fondo per la non autosufficienza.	Pag. 7

Sezione I. Aspetti statistici.

1. Premessa.

Il CNEL ha approvato nell'Assemblea del 18 luglio 2002 un documento concernente "La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del Titolo V".

Sul tema della non autosufficienza, inoltre, sono stati approvati nell'attuale Consiliatura altri due testi di Osservazione e Proposte¹.

Alla luce della rilevanza sociale ed economica che il fenomeno della non autosufficienza sta assumendo nel nostro Paese, il CNEL ha ritenuto opportuno un ulteriore approfondimento del tema, tenendo conto anche che la ripartizione di competenze operata dalla modifica costituzionale del Titolo V assegna funzioni occorrenti in materia di politica sociale allo Stato e agli Enti locali.

Il documento, inoltre, tiene conto dell'intenso dibattito in merito, al fine di pervenire a valutazioni, condivise dalle forze sociali presenti nel CNEL.

Esso è stato approvato nell'Assemblea del CNEL del ..., e precedentemente dalla Commissione delle Politiche del Lavoro e delle Politiche Sociali, nella riunione del 26 novembre 2003.

Il Consigliere relatore è il dott. Melino Pillitteri.

2. Alcune osservazioni sulla non autosufficienza.

a) La definizione di non autosufficienza.

Le possibili definizioni di non autosufficienza sono molteplici (inabilità, invalidità, handicap, disabilità, ecc..).

Il CNEL, conformemente ai parametri utilizzati dall'ISTAT, ritiene opportuno adottare una definizione di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno d'aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi, ecc..).

b) La dimensione del fenomeno.

Con questo approccio, in Italia l'ISTAT censisce complessivamente circa 2.800.000 disabili o non autosufficienti. Queste persone vivono prevalentemente tutte in famiglia. Il nostro paese, infatti, si caratterizza, nel contesto internazionale, per avere bassi livelli di istituzionalizzazione.

Nell'arco di quest'ultimo decennio, la dimensione totale dei non autosufficienti in istituto è rimasta pressoché invariata: da 278.000 a 286.000 persone. Questo risultato è frutto dell'andamento contrastante di due componenti: le persone autosufficienti sono diminuite di oltre 43.000 unità mentre le persone non-autosufficienti sono aumentate di 50.262 unità (un aumento di oltre il 44% per tutti gli ospiti e di oltre il 50% per gli ospiti anziani). Da questi dati si evince che l'anziano, dunque, se non perde l'autonomia e non ha nessuno che possa aiutarlo, evita di trasferirsi in istituto.

¹ "La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata", Assemblea del CNEL del 25 gennaio 2001; "La tutela dei rischi di non autosufficienza nelle persone di età avanzata", Assemblea del CNEL del 18 luglio 2002.

A fronte di questa situazione, sono cresciuti, di più del 50%, il tasso dei residenti non autosufficienti. Per due ragioni.

La prima, perché la longevità cresce e quindi, nelle persone con età molto elevata, l'incidenza di disabilità è straordinariamente crescente.

La seconda, di natura sociale, riguarda una riduzione della rete di sostegno, perché le famiglie sono più piccole, le donne lavorano, e diminuisce la possibilità di seguire da vicino una persona non autosufficiente.

Il CNEL ritiene che a causa di questi motivi le persone non autosufficienti residenti in istituto potrebbero subire una sorta di emarginazione sociale se non fossero seguiti e curati come andrebbero.

Le persone che vivono in famiglia, invece, sono 2.600.000, pari a circa il 5% della popolazione di 6 anni e più²; il 75% di questa popolazione è costituito da anziani.

Il quadro della non autosufficienza va però completato da un altro dato. Oltre a tale categoria, infatti, il CNEL ritiene necessario evidenziare che c'è un numero di persone pari a quasi il doppio – cioè quasi 4.500.000 – che ha dichiarato di avere molta difficoltà a compiere funzioni semplici della vita quotidiana; queste persone seguono, al crescere dell'età, lo stesso andamento delle disabilità. Il CNEL ritiene necessario anche per tale categorie l'attivazione di politiche sociali di aiuto e sostegno.

c) Il profilo demografico dei non autosufficienti.

La disabilità è un fenomeno presente in tutte le fasce di età, ma crescente con l'età avanzata. Fino ai 75 anni il fenomeno è relativamente contenuto, mentre esplode dopo gli 80 anni³.

Ad esempio, i confinati in casa o in istituto sono circa 1.150.000, il 2% della popolazione, ma tra le persone ultra ottantenni la quota di confinati raggiunge un quarto⁴.

Per quanto riguarda gli anziani, ci sono quasi un milione (900.000) anziani che vivono in un letto o comunque non possono muoversi da un'abitazione; il problema è più acuto tra le donne anziane. Infatti la differenza nella speranza di vita, favorevole alle donne, è un dato ricorrente in tutti i paesi avanzati, specie in Italia che è uno dei paesi con la più alta speranza di vita per le donne al mondo. Dunque, considerando questo dato, e considerando che al matrimonio la donna ha mediamente 4 anni meno del marito, è chiaro che spesso si ritrova all'età anziana, con seri problemi, e sola.

Va considerato anche che la rete di sostegno di queste donne, al crescere del tempo, si assottiglia perché hanno meno figli e quindi, in prospettiva, una rete protettiva familiare più labile.

In questa prospettiva, il CNEL ritiene altresì importante evidenziare un segnale di positività.

La speranza di vita libera da disabilità è infatti ormai un indicatore che si usa accanto a quello di speranza di vita.

² In questa quantificazione, infatti, non sono compresi i bambini fino a 6 anni perché a livello internazionale è promosso sia l'OCSE che le Nazioni Unite – non misurano la mancanza di autonomia nei bambini molto piccoli.

³ L'allungamento della vita media, dunque, produrrà anche un incremento delle persone non autosufficienti. A titolo di esemplificazione, dai censimenti ISTAT si evince che nell'arco di un secolo il numero dei centenari è passato da 165 nel 1901 a 8.160 nel 2001.

⁴ La disabilità nelle funzioni è il problema più pervasivo, riguarda oltre 1.500.000 persone e, mentre il dato medio è del 3%, oltre i 75-79 anni si sale enormemente; seguono le disabilità nel movimento e le disabilità sensoriali, le prime sono circa 1.200.000, le seconde circa 600.000.

La speranza di vita libera da disabilità, per l'appunto, è uno degli indicatori in crescita nel nostro paese, il che vuol dire che non tutto l'allungamento della vita che c'è stato è un allungamento in condizioni necessariamente gravi. Anzi, in questo i segnali, e in conseguenza di quello che è il quadro di progresso tecnologico, sanitario ma anche stili di vita, ecc., appaiono più positivi.

3. Il ruolo delle reti informali, in primo luogo della famiglia.

Passando alla questione del *con chi* vivono e *su chi* possono contare, il CNEL ritiene che vada evidenziato il ruolo delle famiglie.

Infatti il nostro paese ha una tradizione molto chiara. Sono circa 2.364.000 le famiglie che hanno in casa una persona con questi problemi e che vivono questa condizione, mentre sono "solo" 742.000 le persone disabili che vivono sole. I disabili, molto più del resto della popolazione, si trovano come membri aggregati della famiglia.

Ci sono, inoltre, 300.000 anziani confinati e che vivono da soli. Oltre i 75 anni, poi, tra i disabili il 40% vive da solo, mentre nel resto della popolazione il tasso è del 35%.

Le famiglie che sostengono una persona non autosufficiente manifestano la necessità di ottenere una protezione adeguata. Ancora oggi, infatti, la piramide di aiuti si appoggia su una base larghissima che è sempre la famiglia, intesa come la rete familiare; al secondo posto sono i servizi privati; al terzo posto i servizi pubblici.

Ad avviso del CNEL, tale protezione deve articolarsi attraverso due modalità.

La prima è il sostegno economico. Mentre infatti il 27% delle famiglie italiane ritiene di avere scarse o insufficienti risorse economiche, il dato è del 42% nelle famiglie con disabili, del 41% in quelle con un anziano disabile e quasi del 46% in quelle con disabili più giovani. Si tratta di un dato importante. Dal punto di vista sociale emerge infatti che l'isolamento della famiglia è più marcato quando i disabili sono giovani piuttosto che anziani.

La seconda modalità di sostegno alle famiglie deve articolarsi attraverso una rete di servizi adeguata alla domanda. Se infatti si osserva l'uso che fanno dei servizi le persone disabili, si evidenzia che esse hanno un tasso di utilizzo straordinariamente più elevato del resto della popolazione.

Ebbene le famiglie con problemi di assistenza, quindi quelle che hanno riportato questo bisogno, ricevono un sostegno nel 37% dei casi, quelle con problemi gravi nel 43,3% dei casi, quelle con problemi non gravi nel 32%. Ad avviso del CNEL è di tutta evidenza che si tratta di percentuali ancora insufficienti⁵.

Sezione II . Aspetti Normativi. La legge n° 328/2000.

1. Gli obiettivi individuati per l'integrazione ed il sostegno sociale.

Al fine di predisporre politiche di sostegno delle persone non autosufficienti, la legge n° 328/2000 individua metodi e strumenti finalizzati allo scopo, all'interno di un disegno quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

⁵ Le persone sole, naturalmente, attivano molti più aiuti. Esse vengono aidate da qualcuno nel 65% dei casi, (quelle non gravi in circa il 50% dei casi).

In tale prospettiva, il Capo III della legge, dettante "Disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale", individua, come obiettivi, i seguenti:

- Progetto individuale a favore delle persone disabili (art.14);
- Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti (art.15);
- Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari (art.16)

Il metodo individuato per la realizzazione di tali obiettivi, che il CNEL ha già ritenuto compatibile col nuovo impianto costituzionale⁶, delineato dalla riforma del Titolo V, è incentrato sulla consultazione tra Enti locali, e Organi centrali dello Stato, anche mediante l'utilizzo di organi collegiali, quali la Conferenza unificata ex articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. l'individuazione dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).

Oltre agli strumenti specifici suindicati, il Legislatore condiziona la realizzazione di una effettiva tutela delle politiche sociali alla individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP) (art.22 L. n°328/2000), al cui interno vanno individuati quelli che in particolare intendono tutelare le persone non autosufficienti; si tratta, in questo secondo caso, dei Livelli essenziali dell'assistenza sociale (LIVEAS).

Nonostante siano trascorsi già 3 anni dall'entrata in vigore della legge, l'individuazione dei LIVEAS, da affidarsi alla responsabilità della Conferenza Unificata Stato-Regioni- Comuni, non è ancora stata effettuata, col che appare ad oggi seriamente pregiudicata la piena ed efficace realizzazione della tutela delle persone non autosufficienti.

Sezione III. Osservazioni e proposte sulle modalità di finanziamento.

1. Premessa.

Alla luce di quanto esposto, il CNEL ritiene che le soluzioni per tutelare le persone non autosufficienti debbano realizzare due obiettivi.

Il primo è realizzare un sistema di protezione sociale che riconosca alla non autosufficienza lo *status* di rischio, per cui si è protetti in quanto cittadini, così come l'età anziana, o come altri rischi dello stato di salute della persona.

Il secondo obiettivo, è la costituzione di un Fondo per la non autosufficienza, che abbia come scopo quello di costituire un secondo pilastro di carattere assistenziale da mettere al fianco del pilastro sanitario⁷.

Il CNEL ritiene che un intervento per la non autosufficienza nel nostro Paese deve assumere come priorità quella di offrire una risposta ai bisogni di carattere socio-assistenziale della persona non autosufficiente e non solo a quelli sanitari.

Ciò perché la tendenza del servizio sanitario nazionale è quella di concentrare la cura sempre di più intorno nelle fasi acute e di lasciare scoperte ampie aree di cura, di accudimento, soprattutto delle persone che vivono in condizioni di disabilità cronica.

2. L'individuazione dei destinatari.

⁶ "La definizione e la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni sociali alla luce della riforma costituzionale del Titolo V", CNEL, 18 luglio 2002.

⁷ Il Fondo, in tale prospettiva, andrebbe distinto da quello indicato nell'art. 22 della L. n° 328/2000, denominato "Fondo nazionale per le politiche sociali".

Per l'individuazione dei caratteri di un nuovo modello di assistenza, occorre definire a chi, quali tipi di disabilità e che tipi di soggetti sono quelli su cui è necessario oggi concentrare l'intervento.

Per individuare delle soluzioni possibili, il CNEL ritiene utile esaminare i caratteri dei due modelli europei più adattabili alla realtà italiana.

Uno è il modello applicato dal 1995 in Germania. Il modello attualmente copre 1.900.000 cittadini tedeschi (rispetto ai 600.000 del modello precedente) e dispone di un ammontare complessivo di risorse vicino ai 20 miliardi di euro annuali.

È un programma che non ha limiti di età, e in cui l'accesso non è selezionato in base al reddito. È inoltre un programma nazionale, che ha elaborato dei criteri omogenei, unificati, di valutazione della non autosufficienza e anche di valutazione del bisogno socio-assistenziale.

Esso non riguarda solo la non autosufficienza totale, ma anche quella parziale, purché si dimostri di avere almeno bisogno di 1,5 ore di assistenza domiciliare per ogni giorno.

Il programma copre circa il 50% del costo complessivo. In termini monetari, si va da un assegno di cura, pari a 200 euro mensili, sino alla situazione più grave, che è di 1.400 euro al mese.

C'è poi un secondo programma, chiamato la *location personnalisée à l'assistance*, francese, adottato nel 2002, che offre servizi e copre i bisogni assistenziali di 800.000 cittadini francesi non autosufficienti, sopra i 60 anni - e dispone di un ammontare di risorse di circa 2,5 miliardi di euro, cui dovrebbe essere aggiunta la compartecipazione dei costi dei cittadini al momento non ancora identificabile.

Il programma copre circa 800.000 persone. Esso fissa un limite di età e include solo le persone sopra i 60 anni. È un programma che non ha limiti di reddito, però richiede una compartecipazione finanziaria al costo. Anche in Francia ci sono criteri di valutazione della non autosufficienza omogenei a livello nazionale. Entrano in questo programma solo le persone con non autosufficienza grave⁸.

In Italia, c'è un sistema che può definirsi a doppio binario, cioè un sistema in cui sono compresenti due livelli di prestazione che operano avendo in mente una popolazione di fruitori completamente diversa.

Il primo binario, nazionale, è quello che attualmente si basa sull' "assegno di accompagnamento". È un programma universalistico, che richiede una certificata inabilità totale. Non prevede limiti di età, anche se il 70% degli attuali fruitori di assegno di accompagnamento è sopra i 60 anni. Attualmente sono oltre un milione di cittadini italiani che fruiscono di questo programma⁹.

L'importo fornito è di circa 500 euro mensili.

Il secondo binario è realizzato dall'assistenza locale, cioè quella che viene fornita dalle ASL e dai Comuni. Pur non esistendo studi dettagliati che consentano di ricostruire la rete degli interventi locali rivolti alla non autosufficienza, si possono individuare alcune caratteristiche generali.

Generalmente beneficia le persone anziane sopra i 75 anni. I livelli di non autosufficienza che vengono considerati sono normalmente molto gravi e, per entrare in un programma di assistenza locale, è necessario spesso essere, non solo in condizioni di forte non autosufficienza, ma anche soli. Infatti, se c'è ancora una assistenza familiare, in qualche modo questo pregiudica di fatto la

⁸ C'è una scala che prevede sei livelli di non autosufficienza ed entrano nel programma assistenziale solo i primi quattro livelli.

⁹ In particolare, tra i fruitori dell'assegno sono individuabili varie categorie. Tra esse, ad esempio, vi sono i non vedenti civili, i non udenti civili, i minori con indennità di frequenza.

possibilità di entrare. Sono inoltre programmi in cui l'accesso è sempre selezionato in base al reddito.

I problemi che il sistema a doppio binario pone sono, ad avviso del CNEL, due.

Il primo è che i due binari viaggiano paralleli, ma non hanno alcun tipo di coordinamento e di incrocio. Mentre il primo binario ha una valenza universalistica, il secondo binario è un sostegno locale che, in gran parte, è estremamente limitato¹⁰.

Il secondo problema, è che non esiste un modello unificato di valutazione della non autosufficienza.

Per questo la popolazione che alla fine maggiormente risente di questo sistema è soprattutto quella che occupa una posizione mediana (non è abbastanza povera, né abbastanza non autosufficiente, da entrare nei programmi pubblici di assistenza locale; ma non è neanche abbastanza ricca, e abbastanza non autosufficiente, da potersi rivolgere mercato privato).

3. L'individuazione delle risorse: il Fondo per la non autosufficienza.

Il CNEL ritiene che il doppio binario italiano rischi di lasciare scoperte le fasce di non autosufficienza medio o medio-grave e le fasce di popolazione, che hanno un reddito o non sufficientemente basso per entrare nei programmi pubblici, o non sufficientemente alto per riuscire ad avere ingresso nel mercato. È dunque su questa fascia sociale che il CNEL ritiene si debbano a studiare degli interventi.

In termini di priorità, il CNEL evidenzia innanzitutto la necessità di costruire un modello unificato di copertura attraverso criteri unificati e omogenei di valutazione, che eviti tendenzialmente la sovrapposizione di scale di autovalutazione diversa e, in secondo luogo, lo sviluppo prioritario di interventi rivolti a questa fascia intermedia.

Passando al modello di finanziamento, in Italia la spesa in essere -al 2001 - per l'indennità di accompagnamento, è pari a circa complessivi 3,8 miliardi di euro. Se si considera solo la quota relativa agli anziani, possiamo stimare il costo in circa 2,7 miliardi di euro.

Per quanto riguarda il secondo binario, quello della spesa locale, non si dispone di alcun dato.

Il CNEL evidenzia che se si applicasse alla popolazione italiana il modello previsto in Germania, la spesa totale lieviterebbe fino ad una cifra approssimativa di 9 miliardi di euro.

Sulla base di questa previsione, il CNEL ritiene necessario istituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Attraverso tale Fondo, sarebbe possibile ripartire annualmente alle Regioni, sulla base dei dati relativi alla popolazione non autosufficiente ivi residente, nonché altri di indicatori demografici e socio economici, le risorse individuate. Tale Fondo garantirebbe, per le persone non autosufficienti, i livelli essenziali, e non avrebbe una funzione sostitutiva delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda le modalità di finanziamento del Fondo, in esso dovrà confluire la spesa attualmente sostenuta per l'indennità di accompagnamento¹¹.

¹⁰ Oggi si stima che in Italia la popolazione anziana che beneficia di una assistenza domiciliare è pari al 2,8% su base nazionale (e potete immaginarvi con quali discrepanze tra Nord e Sud del paese), mentre il ricovero in lungo degenza è del 3,9%. I dati equivalenti in altri paesi sono, ad esempio, per l'assistenza domiciliare: in Germania 9,6%, tre volte tanto rispetto all'Italia, in Francia 6,1%, il doppio, in Gran Bretagna 5,5%, anche qui circa il doppio; per i tassi di ricovero: in Germania il 6,8%, in Francia il 6,5%, in Gran Bretagna il 5,1%.

¹¹ Oggi, al contrario, l'assegno è una misura che non ha limiti di età, mentre il Fondo si ispirerebbe un modello di copertura che si riferisce alla popolazione sopra i 65 anni.

A tal proposito, il CNEL osserva che tale operazione, in ogni caso, dovrà essere ben ponderata, per consentire, nel regime transitorio, di individuare le soluzioni migliori in grado di assicurare adeguato aiuto a tutti i soggetti che oggi beneficiano di tale servizio, e che non potrebbero rinunciarvi a causa del loro basso livello di reddito.

Inoltre, dovrebbe prevedersi, a garanzia del principio solidaristico, previsto già a livello costituzionale, un sistema di finanziamento incentrato su strumenti di tipo fiscale, ad esempio con una addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, e/o una addizionale regionale.

In particolare, come il CNEL aveva già osservato in un precedente pronuncia sulla copertura dei costi per la non autosufficienza¹², potrebbe introdursi, ai fini ora indicati, una tassa di scopo. Essa, compatibile con le altre misure indicate, avrebbe un duplice effetto positivo. Da un lato, sul piano contabile, alleggerirebbe l'onere dello Stato e degli Enti locali. Dall'altro, sul piano sociale, realizzerebbe un'operazione di trasparenza, consentendo ai cittadini di individuare con precisione le finalità, ed i risultati, del prelievo.

Non va esclusa, inoltre, la possibilità di modificare la legislazione vigente per consentire di beneficiare anche il Fondo in oggetto della quota destinata allo Stato dell'8‰ del gettito IRPEF¹³.

Il CNEL, infine, ritiene che debba essere esaminata, in via alternativa o cumulativa, ogni altra possibilità, anche mutuata da esperienze di altri ordinamenti, così come, seppure con modalità diverse, in Germania ed in Francia, che hanno avviato la realizzazione di un sistema di finanziamento integrato¹⁴.

Con la costituzione di tale Fondo, il CNEL osserva che potrebbe raggiungersi una pluralità di risultati utili.

Innanzitutto, si creerebbe uno strumento idoneo a far fronte al costo per il sostegno alle persone non autosufficienti, che le statistiche evidenziano tenderà ad aumentare ne prossimo futuro.

Il secondo risultato, sarebbe quello di ottenere, attraverso una politica mirata, l'emersione dell'attività lavorativa addetta ai servizi di cura, oggi sommersa; coll'ulteriore conseguenza di conteggiare tali servizi nella ricchezza del Paese, producendo un effetto positivo sulle finanze pubbliche.

Il terzo, sarebbe quello di alleviare l'impegno che oggi soprattutto le donne affrontano nell'assistenza ai familiari non autosufficienti, consentendo così loro di fare ingresso nel mondo del lavoro.

¹² "La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata", Assemblea del CNEL del 25 gennaio 2001.

¹³ L'articolo 3, primo comma, del d.P.R. n.76/98, stabilisce che possono presentare istanza di accesso alla ripartizione dei Fondi attribuiti allo Stato tutti i soggetti pubblici - pubbliche amministrazioni statali, persone giuridiche pubbliche ed ogni altro ente pubblico secondo la definizione di cui al d. lgs. n.29/90 - e le persone giuridiche private (associazioni, fondazioni, ONLUS, ecc.). In ogni caso è escluso il fine di lucro.

¹⁴ Nel modello francese il fondo nazionale per la non autosufficienza è composto da prelievi sulla fiscalità generale. Non ci sono imposizioni fiscali di alcun tipo, ma viene richiesta la compartecipazione al fondo, per i due terzi, da parte dei Dipartimenti. Il modello prevede una compartecipazione al costo anche da parte del cittadino. In Germania, invece, sono stanziati annualmente 20 miliardi di euro, attraverso un contributo obbligatorio, applicato sul costo del lavoro, pari allo 0,8%, attribuito per il 50% al datore di lavoro ed per il 50% al lavoratore. Quindi non è un modello assicurativo perché non c'è una prestazione commisurata al contributo. In Francia il modello è molto diverso. Nel modello francese il fondo nazionale per la non autosufficienza è composto da prelievi sulla fiscalità generale. Non ci sono imposizioni fiscali di alcun tipo, ma viene richiesta la compartecipazione al fondo, per i due terzi, da parte dei Dipartimenti. Il modello prevede una compartecipazione al costo anche da parte del cittadino.)

Il quarto, infine, sarebbe quello di ottenere un risparmio della spesa sociale locale complessiva¹⁵.

¹⁵ In Germania, quando è stato costituito il fondo nazionale, si è registrata una riduzione della spesa locale per l'assistenza pari a circa un terzo, si è passati da 13 miliardi di marchi ad 8,7 miliardi di marchi. Questo significa che si potrebbero recuperare delle risorse, attraverso un Fondo nazionale, che attualmente sono invece investite dalle amministrazioni pubbliche locali.