

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

**N. 2689**

## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori BAIO DOSSI, FORMISANO, GAGLIONE,  
TOIA, BORDON, D’ANDREA, LIGUORI, COVIELLO, SCALERA  
e GIARETTA**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 GENNAIO 2004**

---

Misure a sostegno della condizione di non autosufficienza

---

ONOREVOLI SENATORI. - L'invecchiamento della popolazione è indicativo del segno di civiltà di un Paese. È anche un fenomeno inevitabile, in considerazione dell'andamento demografico e dell'innalzamento dell'età media, e pertanto va valorizzato e salvaguardato. È questo, infatti, uno dei segnali della crescita del benessere e del miglioramento complessivo delle condizioni di vita. Gli anziani rappresentano quindi una risorsa della nostra comunità, e non un peso, una vera ricchezza per il tessuto delle relazioni familiari e tra generazioni ed è per questo doveroso garantire loro qualità della vita, dignità e autonomia.

Nel nostro Paese, in base alle previsioni dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), la quota di popolazione con più di 65 anni passerà dall'attuale 16,8 per cento al 20,4 per cento del 2010, al 27,1 per cento del 2030. In termini assoluti si passa dai 9,6 milioni di ultrasessantacinquenni del 1996 ai 14 milioni e mezzo del 2030.

Se si considera la classe degli ultrasettantacinquenni l'invecchiamento della società italiana appare ancora più accentuato: la quota di tale classe sul totale della popolazione passa dall'attuale 6,7 per cento al 10 per cento del 2010, al 13,4 per cento del 2030; in termini assoluti si passa dagli attuali 3,8 milioni ai 7,2 milioni di cittadini nel 2030.

Per effetto di queste dinamiche, nel 2030, sono previste 307 persone con più di 65 anni per ogni 100 ragazzi al di sotto dei 15 anni di età. L'ultimo rapporto dell'Organizzazione mondiale della salute (WHO 2002) indica per l'Italia un'attesa di vita alla nascita con disabilità di 7 anni per gli uomini (attesa di vita 76,2 anni) e di 9,2 anni per le donne (attesa di vita 82,2 anni).

Alla transizione demografica ha fatto riscontro la transizione epidemiologica per cui di fronte ad un calo della mortalità per patologia acuta si osserva un progressivo aumento della patologia cronico-degenerativa.

L'allungamento medio della vita presenta infatti due ordini di rischi. Il primo di non avere i mezzi economici sufficienti a soddisfare bisogni vitali per un periodo di tempo più lungo che in passato. Il secondo è connesso al progressivo decadimento fisico e/o mentale che rappresenta un fenomeno diffuso della condizione di non autosufficienza. Naturalmente esiste una relazione tra i due tipi di rischio che però è bene tenere concettualmente distinti.

Il primo rischio viene gestito dai sistemi previdenziali, il secondo, in parte coperto dal sistema sanitario; richiede strumenti nuovi per evitare che le sue conseguenze pesino in modo eccessivo sulle famiglie.

Tuttavia, il problema della non autosufficienza non riguarda solo il fenomeno rilevantisimo e prevalente dell'invecchiamento, ma anche quello della disabilità in senso generale. L'assistenza agli anziani e più in generale alle persone non autosufficienti rappresenta pertanto uno dei capitoli strategici dell'intervento sociale e sanitario.

Da questo punto di vista occorre considerare non solo il livello assoluto della domanda di assistenza per le persone non autosufficienti, ma anche la quota delle prestazioni erogate informalmente dai nuclei familiari. La difficoltà per gli anziani di trovare all'interno della famiglia forme di assistenza adeguate alla complessità dei bisogni è destinata ad accentuarsi nei prossimi anni in considerazione del calo della natalità e dell'aumento del numero di anziani senza figli. Sarà necessario, inoltre, approfondire anche

l'evoluzione degli assetti familiari, dall'incidenza dei divorzi all'aumento delle coppie di fatto, soprattutto nelle aree di maggiore benessere del Paese. Infine, andranno attentamente valutate le implicazioni della non autosufficienza nei contesti territoriali svantaggiati, come ad esempio nei comuni con meno di 5.000 abitanti dislocati nelle aree interne del Paese. In effetti, le importanti modificazioni economiche e sociali in corso, evidenziano come la tradizionale rete familiare di sostegno alle persone non autosufficienti tenda a venire meno, determinando una crescente quota di assistenza che deve essere erogata da strutture formali. A chi spetta dunque il compito di assicurare servizi in favore delle persone non autosufficienti? Su questo interrogativo si contrappongono due risposte tra loro alternative. Da una parte c'è chi, come l'attuale Governo, ipotizza un sistema assicurativo privato che faccia perno sull'autorganizzazione delle famiglie.

Dall'altra, chi, come il centro-sinistra, ritiene, invece, che sia fondamentale rafforzare la centralità del sistema di protezione pubblica, per assicurare il rispetto del dettato costituzionale e i diritti sociali della persona. Un sistema pubblico non chiuso, anzi, al contrario, aperto al mondo del volontariato e del terzo settore, alla rete delle associazioni *no-profit* che attualmente svolgono un ruolo assolutamente rilevante e insostituibile in riferimento ai problemi connessi all'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti.

Sappiamo benissimo che l'efficienza delle gestioni private nel campo dell'assistenza si scontra con la difficoltà di calcolare la probabilità in cui il «caso di assicurazione» si verifica e con l'impossibilità di prevedere in modo oggettivo l'entità del danno e dei suoi costi. Il «caso di assicurazione», ovvero la perdita di autosufficienza, dipende in modo non del tutto noto dall'età dell'assicurato, dal suo stile di vita ed anche dal contesto sociale di ciascun individuo. A tutt'oggi, poi, sono scarse le conoscenze sulle interdipendenze tra i vari rischi individuali, che pure possono determinare un incremento notevole del rischio di non autosufficienza. Un assicuratore privato ha, invece, bisogno di fissare in anticipo l'entità del danno possibile ed i costi cui egli incorre nel caso in cui l'evento temuto si dovesse verificare e può fare questo solo stabilendo in anticipo la natura e la quantità delle prestazioni da erogare a fronte di livelli alternativi e, comunque, individuati di non autosufficienza. Un'assicurazione privata non può impegnarsi a coprire i costi futuri dell'assistenza prestata al migliore livello possibile, al di fuori di un tempo determinato.

Appaiono evidenti, allora, i limiti e i rischi di un approccio che lega le garanzie e le tutele al reddito e alla condizione di vita della persona non autosufficiente. Un approccio che non può soddisfare, se non in modo parziale e fortemente discriminatorio, l'esigenza di offrire anche alle persone meno abbienti l'assistenza e le cure migliori alla luce delle più avanzate conoscenze della scienza medica.

Senza contare che il confine tra prestazioni sanitarie e prestazioni puramente assistenziali è molto labile: le cure di cui necessita una persona non autosufficiente variano da medicine e trattamenti strettamente medicali ad aiuto personale ed aiuto nel disbrigo di mansioni domestiche come ad esempio la pulizia della persona e della casa.

L'erogazione dei servizi sanitari nonché di quelli di assistenza sociale prestati alle persone non autosufficienti, può essere garantita nella sua globalità e complessità se viene ricondotta alla disciplina complessiva dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Se cioè questo tipo di prestazioni rientra a pieno titolo nelle garanzie offerte dal sistema di solidarietà pubblica, complessivamente inteso.

Sarebbe improprio considerare la spesa in favore della non autosufficienza come un costo netto per la collettività. Non si devono, infatti, trascurare gli enormi costi che l'assistenza informale comunque comporta, so-

pendenze tra i vari rischi individuali, che pure possono determinare un incremento notevole del rischio di non autosufficienza. Un assicuratore privato ha, invece, bisogno di fissare in anticipo l'entità del danno possibile ed i costi cui egli incorre nel caso in cui l'evento temuto si dovesse verificare e può fare questo solo stabilendo in anticipo la natura e la quantità delle prestazioni da erogare a fronte di livelli alternativi e, comunque, individuati di non autosufficienza. Un'assicurazione privata non può impegnarsi a coprire i costi futuri dell'assistenza prestata al migliore livello possibile, al di fuori di un tempo determinato.

prattutto a carico delle famiglie. Se si considerano infatti nella loro complessità i costi espliciti che la tendenza in atto farà emergere nonché i costi impliciti oggi sopportati, è possibile che la prestazione di servizi di assistenza da parte di strutture specializzate (pubbliche, private accreditate e private *no-profit*) e professionalità qualificate, come nel caso dell'assistenza domiciliare, determini un uso complessivamente più efficiente delle risorse ed un aumento del benessere collettivo.

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e la legge quadro sull'assistenza 8 novembre 2000, n. 328, hanno innovato profondamente il contesto delle politiche di assistenza rafforzando il profilo universalistico e solidaristico del nostro sistema di *Welfare*.

D'altra parte è anche vero che, per gli specifici bisogni delle persone non autosufficienti è la crescente domanda di servizi socio-sanitari, l'attuale sistema risulta, in maniera evidente, ancora incompleto.

Il presente disegno di legge si inserisce dunque in questo quadro normativo con l'obiettivo di rafforzare complessivamente il sistema dei servizi alla persona e di offrire risposte efficaci ed appropriate all'evoluzione demografica recente e alle tendenze che si stanno delineando per i prossimi decenni. Sotto il profilo istituzionale, è al tempo stesso coerente e pienamente rispettosa delle innovazioni istituzionali introdotte dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione. In particolare, si conferma la competenza statale relativa alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (nuovo articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione). Si tratta di un aspetto decisivo, che permette di fare chiarezza tra le prestazioni sanitarie e quelle socio-assistenziali, finalizzando queste ultime ai concreti bisogni delle persone non autosufficienti. È del tutto rispettata la

previsione che vede rientrare nella competenza residuale regionale (quarto comma del citato articolo 117) quanto attiene all'organizzazione della rete dei servizi socio-assistenziali. Da questo punto di vista, il disegno di legge valorizza l'autonomia delle regioni che in accordo con gli enti locali hanno la responsabilità di garantire effettivamente i servizi previsti dai livelli essenziali attraverso la costituzione di una rete che realizzi l'integrazione pubblico-privato.

La persona non autosufficiente viene messa nelle condizioni di scegliere la tipologia di servizi di cui ha bisogno, non in funzione delle proprie disponibilità economiche ma in relazione alle necessità derivanti dalla particolare condizione in cui si trova.

Fatti salvi i diritti acquisiti rispetto alle indennità di invalidità erogate, si procede quindi ad un riordino complessivo della materia, superando la molteplicità e la frammentarietà delle opzioni oggi esistenti per offrire alla persona non autosufficiente la possibilità di una reale presa in carico e di interventi coerenti e organici. A questo scopo viene istituito il Fondo nazionale per la non autosufficienza (sinora ricompreso come semplice quota all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali). Si costituisce così un terzo distinto pilastro di protezione universalistica, accanto al Fondo sanitario nazionale e al Fondo nazionale per le politiche sociali, in grado di completare e di integrare gli strumenti di finanziamento dell'attuale sistema di solidarietà pubblica. Le prestazioni erogate dal Fondo non vanno infatti considerate come prestazioni sostitutive di quelle sanitarie ma vanno ad affiancarsi ad esse per garantire quei servizi di natura socio-assistenziale indispensabili per il miglioramento della qualità della vita della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

La gestione del Fondo è garantita dalle regioni e dai comuni sulla base di parametri fissati a livello nazionale in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

I destinatari potenziali del Fondo sono rappresentati dai soggetti non autosufficienti, disabili totali e con disabilità severa, stimati pari a circa il 2 per cento della popolazione complessiva, in buona parte ultra sessantacinquenni.

Per un quadro generale concernente il fabbisogno si può tenere conto che le prestazioni per persone disabili nel 1999 sono state 6.177.196, il 28 per cento del totale delle prestazioni pensionistiche (ISTAT, 2000). Tale complesso di prestazioni include tre macro-tipologie di interventi economici: *a)* le prestazioni di invalidità; *b)* le varie forme di indennità (tra cui l'indennità di accompagnamento); *c)* le pensioni di invalidità civile. L'importo medio annuo delle prestazioni di invalidità era di circa 11 milioni di vecchie lire; quello delle prestazioni indennitarie era di circa 6 milioni di vecchie lire e quello delle pensioni di invalidità civile e categorie assimilate era di circa 9 milioni di vecchie lire (ISTAT, 2000).

Va inoltre tenuto presente che il numero di persone che godono dell'assegno di accompagnamento è stimato pari a circa 600.000. Al finanziamento del Fondo nazionale per la non autosufficienza concorrono, quindi, una serie di misure: 1) le maggiori entrate derivanti dal recupero della base imponibile connessa ai programmi di emersione dal lavoro nero e ai contratti di riallineamento, in base alla legge 18 ottobre 2001, n. 383, e successive modificazioni; 2) le erogazioni liberali finalizzate al finanziamento dello stesso e per le quali è prevista l'introduzione di opportune agevolazioni fiscali; 3) gli emolumenti economici spettanti alle persone disabili che si ricoverano in centri residenziali o presso famiglie affidatarie nei limiti ed alle condizioni di cui all'articolo 24, comma 1, lettera *g)*, della citata legge n. 328 del 2000, ad eccezione degli emolumenti derivanti da infortunio sul luogo di lavoro; 4) l'abrogazione degli articoli 13 e 14 della citata legge n. 383 del 2001, la cosiddetta «Tremonti-bis» o e il ripristino dell'imposta

sulle successioni e donazioni ai sensi dell'articolo 69 della legge 21 novembre 2000, n. 342. Viene previsto inoltre un meccanismo contributivo dello 0,4 per cento a carico dei redditi imponibili ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) al di sopra dei 25 mila euro annui il cui onere sarà completamente deducibile nella dichiarazione dei redditi. Si tratta di un piccolo contributo finalizzato a ridurre le spese che oggi moltissime famiglie sostengono o potranno sostenere in futuro per far fronte all'assistenza delle persone non autosufficienti. In questo modo la solidarietà generale è messa al servizio della condizione di non autosufficienza. Le regioni, infine, che vogliono erogare prestazioni integrative superiori a quelle universali e uniformi su tutto il territorio nazionale ai sensi dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali, devono farvi fronte con risorse proprie aggiuntive. Il fabbisogno complessivo per la quota finalizzata alla copertura dei costi di rilevanza sociale delle prestazioni ricomprese nei LEA a favore dei soggetti non autosufficienti può essere stimato pari a 7.300 milioni di euro. La stima ipotizza un costo medio mensile per persona non autosufficiente pari a circa 1.000 euro. Una parte di tale fabbisogno è attualmente già assicurata attraverso l'indennità di accompagnamento: circa 420 euro al mese *pro capite*, per un ammontare complessivo pari a 3.000 milioni di euro. Al netto dell'indennità di accompagnamento, il fabbisogno per la non autosufficienza può essere quindi considerato pari a 4.300 milioni euro. Attualmente, le famiglie fanno fronte a tali esigenze direttamente, attraverso risorse proprie o indirettamente, grazie all'azione degli enti locali che intervengono in presenza di condizioni di particolare fragilità economica. I dati disponibili sulla spesa degli enti locali a favore dei disabili consentono di stimare prudenzialmente pari almeno a 1.000 milioni di euro il contributo che gli stessi già attualmente assicurano per la quota

sociale dell'assistenza garantita ai non autosufficienti gravi.

Il presente disegno di legge parte dall'ipotesi che lo sviluppo dell'assistenza si realizzi gradualmente, attraverso il progressivo potenziamento della rete dei servizi e delle prestazioni. A tale fine prevede una dotazione del Fondo (al netto delle indennità di accompagnamento) pari a 4.000 milioni di euro per l'anno 2003, a 4.500 milioni di euro per l'anno 2004 e a 5.000 milioni di euro per l'anno 2005. Tenuto conto delle dimensioni e della struttura del gettito IRPEF, che ha dato luogo nel 2001 a incassi tributari a favore del bilancio dello Stato per un importo pari a 122.000 milioni di euro, si ipotizza che un contributo pari allo 0,4 per cento del-

l'imponibile dichiarato ai fini dell'IRPEF per i redditi annui superiori a 25 mila euro possa dare luogo a un gettito tributario stimabile prudenzialmente in 2.100 milioni di euro. È inoltre previsto che il Fondo sia alimentato da quota parte delle maggiori entrate derivanti dal recupero di base imponibile connessa ai programmi di emersione del lavoro nero per un importo che può essere stimato pari a 1.000 milioni di euro per l'anno 2003. Il disegno di legge prevede che gli enti locali contribuiscano al finanziamento del Fondo attraverso le risorse già attualmente assicurate per la non autosufficienza nella misura citata, stimabile pari a 1.000 milioni di euro.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

*(Livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per soggetti non autosufficienti)*

1. La condizione di non autosufficienza riguarda tutte le persone che, a seguito di forme di disabilità congenite o sopravvenute, di malattie o traumi, sono incapaci di svolgere autonomamente le funzioni essenziali nell'ambito della vita quotidiana, rapportate alla loro età.

2. La valutazione del grado di non autosufficienza per accedere alle prestazioni di cui alla presente legge è svolta sulla base dei criteri previsti dalla classificazione internazionale sul funzionamento, disabilità e salute (ICF) e dei parametri disciplinati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di cui al comma 3.

3. I livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per soggetti non autosufficienti e i parametri relativi alla valutazione del grado di non autosufficienza sono definiti, entro il 31 marzo 2003, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sulla base dei principi e criteri desumibili dagli articoli 14, 15 e 16 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

4. Le prestazioni garantite nei livelli essenziali di assistenza sociale per soggetti non autosufficienti non sono sostitutive di quelle sanitarie e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria, ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2001.

## Art. 2.

*(Istituzione, finanziamento e riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza)*

1. Per fare fronte alle spese concernenti le prestazioni di cui all'articolo 1, è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo nazionale per la non autosufficienza, di seguito denominato «Fondo», ripartito annualmente in base ai criteri e secondo le modalità determinati in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tenendo opportunamente conto dei dati della non autosufficienza rispetto alla popolazione di riferimento, nonché di indicatori demografici e socio-economici.

2. Il Fondo ha una dotazione di 4.000 milioni di euro per l'anno 2003, 4.500 milioni di euro per l'anno 2004, 5.000 milioni di euro per l'anno 2005.

3. Al finanziamento del Fondo concorrono:

a) gli emolumenti economici spettanti alle persone disabili che si ricoverano in centri residenziali o presso famiglie affidatarie nei limiti e alle condizioni di cui all'articolo 24, comma 1, lettera g), della legge 8 novembre 2000, n. 328, ad eccezione degli emolumenti derivanti da infortunio sul luogo di lavoro;

b) un contributo pari allo 0,4 per cento dell'imponibile dichiarato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche per i redditi annui superiori a 25 mila euro, interamente deducibile nella determinazione dei singoli redditi. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e della salute, sono stabilite le modalità applicative in relazione al fabbisogno stimato;

c) le maggiori entrate derivanti dal recupero di base imponibile connessa ai programmi di emersione del lavoro nero ai sensi



dell'articolo 1 della legge 18 ottobre 2001, n. 383, e successive modificazioni;

d) le maggiori entrate derivanti dall'abrogazione dell'articolo 13 e dell'articolo 14, comma 1, della citata legge 18 ottobre 2001, con il conseguente ripristino dell'imposta sulle successioni e donazioni ai sensi dell'articolo 69 della legge 21 novembre 2000, n. 342;

e) gli enti locali, sulla base di una quota di solidarietà regionale, sostitutiva delle prestazioni dagli stessi dovute ai sensi dell'articolo 2, comma 3, e dell'articolo 6, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

### Art. 3.

#### *(Prestazioni aggiuntive delle regioni)*

1. Fermo restando quanto previsto dagli articoli 1 e 2, le regioni qualora intendano erogare prestazioni ulteriori rispetto a quelle comprese nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, devono farvi fronte con risorse proprie.

### Art. 4.

#### *(Erogazioni liberali a finanziamento del Fondo)*

1. All'articolo 15, comma 1, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, relativo alle detrazioni per oneri, dopo la lettera *c-ter*) è inserita, la seguente:

«*c-quater*) le erogazioni liberali in denaro a favore del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fino a concorrenza dell'importo massimo di 250 milioni di euro per l'anno 2003, di 250 milioni di euro per l'anno 2004 e di 250 milioni di euro per l'anno 2005;».

2. All'articolo 100, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, relativo alla deducibilità degli oneri di utilità sociale, dopo la lettera *e*) è inserita la seguente:

«*e*-bis) le erogazioni liberali in denaro a favore del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fino a concorrenza dell'importo massimo di 250 milioni di euro per l'anno 2003, di 250 milioni di euro per l'anno 2004 e di 250 milioni di euro per l'anno 2005;».

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 500 milioni di euro per l'anno 2005, 500 milioni di euro per l'anno 2006 e 500 milioni di euro per l'anno 2007, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2005-2007, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2005, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze, è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.



