

IL VOUCHER UNIVERSALE PER I SERVIZI ALLE PERSONE E ALLE FAMIGLIE

MAURO PERINO *

Premessa

Nelle “Linee guida per una riforma del Terzo Settore” la Presidenza del Consiglio dei Ministri aveva annunciato la «*introduzione di incentivi per la libera scelta dell’utente a favore delle imprese sociali mediante deduzioni o detrazioni fiscali oppure mediante voucher*» e la definizione di una «*disciplina sperimentale del “voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia” come strumento di infrastrutturazione del “secondo welfare”*».

Puntualmente, a pochi giorni dalla scadenza del periodo di consultazione sul documento (prevista tra il 13 maggio ed il 13 giugno 2014) è stata presentata alla Camera dei Deputati, nel corso di una conferenza stampa che si è tenuta in data 11 giugno 2014, la proposta di legge “*Istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*” che è stata poi depositata sia al Senato (n.1535) che alla Camera (n. 2492) con l’auspicio, espresso dai promotori, di vederla approvata dal Parlamento, almeno nelle linee essenziali, entro l’anno.

La proposta di legge in sintesi

L’obiettivo dichiarato delle proposte di legge, firmate da un numeroso gruppo di Parlamentari (1) appartenenti a diverse forze politiche, è la riorganizzazione del sistema dei servizi alla persona e alla famiglia attraverso l’introduzione dello strumento del voucher. L’iniziativa è frutto

* Direttore del Cisap, Consorzio dei servizi alla persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco (Torino).

(1) Parlamentari firmatari al Senato: Santini, Fedeli, Chiavaroli, Collina, Cucca, D’Adda, Stefano Esposito, Fattorini, Favero, Filippin, Lepri, Pezzopane, Sangalli, Scalia, Sollo, Sonogo e Vattuone.

Parlamentari firmatari alla Camera dei Deputati: Dell’Aringa, Patriarca, Piccoli Nardelli, Amato, Amoddio, Antezza, Arlotti, Berlinghieri, Binetti, Brandolin, Capone, Casati, D’Incecco, Fitzgerald Nissoli, Fragomeli, Garofalo, Garofani, Gigli, Giulietti, Iori, Palma, Pelillo, Petitti, Petrini, Piccione, Salvatore Piccolo, Porta, Preziosi, Quartapelle Procopio, Roccella, Rubinato, Sbröllini, Senaldi, Taricco, Venittelli, Basso, Borghi, Capozzolo, Coccia, Dal Moro, De Micheli, Famiglietti, Galperti, Gullo, Lodolini, Manzi, Pierdomenico Martino, Marzano, Monaco, Mura, Rampi, Francesco Sanna, Giovanna Sanna, Taranto, Vaccaro, Zanim, Zardini.

del lavoro dell’Istituto Luigi Sturzo che lo ha presentato il 16 luglio 2014 a Roma in un dibattito, dal titolo “*Il voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia: verso il secondo welfare*”, suddiviso in due sessioni la prima delle quali centrata sul tema “*creare occupazione, soprattutto femminile, promuovere servizi di qualità e accessibili per le famiglie, diffondere il welfare aziendale*” e la seconda dedicata a “*gli attori: istituzioni, imprese, associazioni e terzo settore*”. La conclusione dei lavori delle sessioni è stata significativamente affidata, rispettivamente, a Giuliano Poletti, Ministro del lavoro e delle politiche sociali, e a Luigi Bobba, Sottosegretario di Stato dello stesso Ministero.

Secondo Roberto Cicciomessere, componente del Comitato promotore della legge per il voucher (2) e relatore alla prima sessione del dibattito, la proposta – che si ispira al modello francese dei *Chèque emploi services universel* (Cesu) – si pone quattro obiettivi: «*a) favorire la costruzione di un sistema di servizi alla persona e alla famiglia di qualità e con costi contenuti per la famiglia che faciliti la conciliazione tra vita privata e lavoro al fine di contribuire alla crescita dell’occupazione femminile; b) rendere sostenibile un moderno sistema di welfare aziendale, familiare e pubblico a favore dell’infanzia e delle persone non autosufficienti basato sul principio della sussidiarietà che mobiliti risorse anche private; c) promuovere la crescita dell’occupazione regolare e di maggiore qualità nel comparto dei servizi alla persona; d) far emergere il lavoro nero così diffuso in questo settore, anche per recuperare risorse aggiuntive e maggior gettito fiscale e contributivo*» tenendo presente che «*in Italia su circa 1,7 milioni di lavoratori domestici, il 50% è costituito da non regolari*» (3).

Il disegno di legge introduce agevolazioni fiscali a favore delle famiglie che utilizzano il voucher tenendo conto del fatto che «*in Italia il costo del lavoro per un collaboratore familiare*

(2) Comitato promotore: Istituto Luigi Sturzo, via delle Coppelle, 35 Roma (www.sturzo.it).

(3) Roberto Cicciomessere, Ester Dini, “Voucher universali per la cura, il buono della proposta”, www.ingenere.it.

assunto regolarmente è superiore di circa un terzo a quello assunto in nero perché alla retribuzione netta occorre anche aggiungere la tredicesima, i contributi sociali, il trattamento di fine rapporto e le ferie. Di conseguenza si propone sia per le colf che per le badanti, così come per l'acquisto di servizi erogati da strutture pubbliche o private, solo se pagati con il voucher, una detrazione fiscale pari al 33 per cento degli oneri sostenuti dal contribuente, per un importo massimo che va da 6mila a 8mila euro all'anno in relazione alla presenza di bambini e di persone disabili o di anziani non autosufficienti» (4). Per i voucher erogati dalle imprese a favore dei propri dipendenti si interviene invece stabilendo che, anche per questi, valgano le agevolazioni fiscali già previste a favore delle misure di welfare aziendale.

In buona sostanza il sistema definito nel testo della proposta individua tre possibili destinatari di un unico titolo di credito: le famiglie, i dipendenti delle imprese e i destinatari di servizi da parte di amministrazioni pubbliche che li erogano nell'ambito delle proprie competenze in materia di «protezione sociale, per acquistare servizi di cura dei bambini, degli anziani non autosufficienti o delle persone con disabilità». Questi potenziali beneficiari potranno acquistare (le famiglie) oppure ricevere dalla propria azienda (i dipendenti) o dall'ente pubblico (gli assistiti) i voucher, emessi da società concessionarie (individuata con gara ad evidenza pubblica), con i quali retribuire servizi di custodia dei bambini, di cura per persone disabili e non autosufficienti, ma anche per remunerare le semplici collaborazioni domestiche.

Come esplicitato nella conferenza stampa di presentazione del disegno di legge, i voucher possono infatti essere finanziati o co-finanziati dalle imprese per servizi ai propri dipendenti resi nell'ambito delle misure di welfare aziendale, dalle banche e assicurazioni a favore dei propri clienti, dalle amministrazioni regionali e locali sia per prestazioni afferenti alle funzioni sopra indicate che – come i privati – per i servizi di conciliazione a favore delle donne coinvolte in percorsi di ricollocamento. I voucher vengono pagati alle imprese, organizzazioni e associazioni che hanno reso le prestazioni, da parte

(4) *Ibidem*.

delle società deputate ad emetterli, mentre i dipendenti (collaboratori domestici e assistenti personali) possono riscuoterli presso istituti bancari convenzionati.

Il voucher sarà nominativo, non potrà essere ceduto ed andrà utilizzato esclusivamente per i servizi elencati nell'apposito allegato alla proposta di legge che, tra le attività effettuate dal lavoratore nel domicilio del datore di lavoro (che spaziano dal giardinaggio, alle piccole riparazioni e bricolage, fino all'assistenza amministrativa, informatica e scolastica con corsi a domicilio) colloca anche le seguenti: «h) Assistenza, anche specialistica, alle persone anziane e non autosufficienti, con l'esclusione delle attività mediche. i) Assistenza, anche specialistica, alle persone disabili, comprese le attività d'interpretazione del linguaggio dei segni. l) Sorveglianza dei malati con l'esclusione dei trattamenti medici. m) Cure fisioterapiche ed estetiche per le persone non autosufficienti». Analogamente, tra quelle effettuate dal lavoratore anche al di fuori dal domicilio del datore di lavoro, si trova: «d) Aiuto alla mobilità e al trasporto di persone non autosufficienti. e) Guida del veicolo delle persone non autosufficienti per il trasferimento dal domicilio al lavoro, al luogo di vacanze e per gli obblighi amministrativi. f) Accompagnamento dei bambini, degli anziani e dei disabili fuori dal domicilio (passeggiate, accompagnamento ad asili nido, scuola materna o attività sportive, mezzi di trasporto, ecc.)». Infine tra le attività remunerabili con voucher effettuate in strutture esterne si trovano – oltre a quelle ludico-sportive per bambini (spazi gioco, atelier, centri ricreativi, ecc.) – quelle svolte presso «a) Asilo nido o nido d'infanzia (compresa mensa). b) Nido condominiale o familiare (compresa mensa). c) Scuola dell'infanzia (compresa mensa) (...). h) Centri diurni per anziani anche non autosufficienti. i) Centri sportivi e fisioterapici per anziani, anche non autosufficienti».

Il Governo è delegato a definire in accordo con le Regioni i requisiti per l'iscrizione agli albi e ai registri regionali dei collaboratori domestici e degli assistenti personali. Il voucher potrà infatti essere speso solamente per lavoratori inseriti in questi ultimi. Inoltre il disegno di legge prevede la istituzione di un albo nazionale delle imprese, delle organizzazioni e delle associazioni abilitate – attraverso un unico regime di

accreditamento per i soggetti che operano a livello nazionale ed un unico regime regionale per chi opera solamente a tale livello – ad offrire servizi di alta qualità per la persona e la famiglia che potranno venire pagati con i voucher.

Infine la proposta demanda al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il compito di predisporre gli standard relativi ai diversi profili professionali e di definire la durata ed i contenuti formativi dei vari profili, prevedendo anche un sistema di certificazione delle competenze. Presso l'Inps è prevista la costituzione di un sistema telematico per la gestione dei voucher che verranno finanziati attraverso l'istituzione del «*Fondo per la promozione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*», iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione pari a 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014».

Secondo il Censis – che ha sviluppato un modello per stimare l'impatto economico e la ricaduta sull'occupazione della proposta di legge (5) – il costo per lo Stato ammonterebbe a circa 1,3 miliardi di euro per il primo anno, che si ridurrebbero però a circa 640 milioni grazie al beneficio diretto rappresentato dal maggior gettito fiscale legato all'emersione del lavoro irregolare, dalla creazione di nuova occupazione, ecc. pari a circa 305 milioni di euro. La spesa dello Stato di ridurrebbe ancora fino a 273 milioni grazie a benefici indiretti quali il gettito fiscale derivante dall'occupazione in settori collegati, dall'Iva, dalle imposte sugli utili di impresa, ecc. Nell'analisi viene anche considerata la possibilità di copertura delle spese attraverso la disponibilità di fondi strutturali europei, per un importo di circa 470 milioni di euro nell'ambito della "promozione dell'occupazione femminile" e dei "servizi per la cura dell'infanzia e la non autosufficienza".

A regime, nell'arco di 5 anni, il sistema avrebbe un costo di circa 3,6 miliardi di euro che verrebbero ridotti a 700 milioni di euro considerando i benefici diretti e indiretti. Secondo il Censis dopo 5 anni il numero di famiglie in grado di accedere «*ai servizi socio-assistenziali*» (sic) crescerà di 482mila unità mentre i lavoratori beneficiari del welfare aziendale passeranno

dagli attuali 127mila a 858mila. Contemporaneamente l'emersione dal lavoro irregolare raggiungerà le 326mila unità alle quali si aggiungeranno circa 325mila nuovi occupati.

Primi commenti sulla proposta

“Voucher universali per i servizi sociali. Buone intenzioni, ma grandi limiti” (6): questo il titolo che ben sintetizza il contenuto dei primi articoli di commento sulla proposta di legge. Nel testo si riportano alcune riflessioni formulate da Sergio Pasquinelli secondo il quale il disegno di legge – presentato «*con un pieno di buone intenzioni: promuovere la crescita di una occupazione regolare, qualificarla, favorire un sistema unitario di sostegno e pagamento di servizi alla persona la cui domanda crescerà sempre più*» – «*presenta limiti importanti*» (7).

In particolare l'Autore ne individua tre: «*In primo luogo ci si può interrogare sull'efficacia. Il voucher consente una detraibilità del 33 per cento degli oneri sostenuti per il pagamento dei servizi. Certo più di quanto si può detrarre oggi. Verrebbe così meno il vantaggio del mercato nero?*». Secondo Pasquinelli le convenienze di tale diffuso mercato non sono solamente legate ai costi, ma al vantaggio di avere “mani libere” da vincoli, obblighi e quant'altro nel rapporto con la badante. Inoltre «*non sappiamo quanto questo strumento possa realmente ridurre la solitudine del welfare fai da te. Si tratta infatti di una misura più fiscale che sociale. È vero, si parla di intermediazione tra domanda ed offerta e si prevede la creazione di sportelli dedicati al lavoro domestico. Ma questi servizi dovrebbero appoggiarsi non solo sui centri per l'impiego, come prevede il disegno di legge, ma anche sui Comuni e i relativi servizi sociali di base, competenti in azioni di orientamento, informazione, counselling per le famiglie*» (8).

Del fatto che la questione debba riguardare la sanità, ancor prima dei Comuni, nell'articolo non si fa cenno, nonostante si evinca chiaramente dalla successiva osservazione, che destinatari dei voucher sono principalmente le persone non autosufficienti che – come dovrebbe essere

(6) Inchieste, www.superabile.it.

(7) Sergio Pasquinelli, “Bambini e anziani: arriva il voucher universale”, www.prospettivesocialiesanitarie.it.

(8) *Ibidem*.

(5) Franca Maino, “Quale impatto per il voucher universale? Le stime del Censis”, www.secondowelfare.it, 11 giugno 2014.

ormai risaputo da chi opera nel settore – hanno il diritto di accedere alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di livello essenziale che le Aziende sanitarie locali sono obbligatoriamente tenute a fornire (9). Il secondo limite individuato è infatti che «la proposta non tiene conto di varie misure già esistenti e in particolare dell'indennità di accompagnamento. Il principale intervento per la non autosufficienza in Italia per cui lo Stato spende oltre 12 miliardi di euro all'anno e di cui beneficia oltre un anziano su dieci, tre quarti dei non autosufficienti. Introdurre un voucher di questo tipo senza collegarlo, integrarlo con l'indennità di accompagnamento ci sembra una occasione sprecata, una stratificazione di interventi che si sovrappongono». Nel testo della proposta si va invece, paradossalmente, nella direzione opposta penalizzando, senza che sia «chiara la ragione di questa decisione, i beneficiari dell'indennità di accompagnamento, 1,7 milioni di persone di ogni età, i quali perdono ogni vantaggio a usufruire del voucher universale» dal momento che per i percettori di questa misura si prevede che «la detrazione fiscale sia "ridotta nella misura dell'indennità stessa". Il che vuol dire togliere 6.000 euro di detrazioni annui su un massimo che arriva a 8.000» (10).

Il terzo ed ultimo limite individuato è che la proposta di legge «mette sullo stesso piano interventi individuali (di colf e badanti) e interventi forniti da imprese e strutture. Rischiando così di favorire il mercato individuale della cura, che presenta costi inferiori rispetto a quello gestito da strutture, per schemi contrattuali e strutture dei costi evidentemente diversi. Inoltre il disegno di legge non considera come servizi

(9) Il riferimento è alle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria – di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 – che l'Allegato 1, punto 1.C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ed il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" assegnano, rispettivamente, alla titolarità del Servizio sanitario nazionale ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite tramite i propri Enti gestori. Giova inoltre ricordare che il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 ha assunto forza di legge dello Stato con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003 nel quale si precisa che «le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001».

(10) *Ibidem*.

acquistabili i ricoveri in strutture residenziali. Eppure si tratta di una voce assai consistente per molte famiglie italiane» (11).

In sintesi, «tutti questi rischi vanno nella direzione di offrire un servizio "di base", limitato al solo (seppur importante) sgravio fiscale. In questa eventualità il servizio di intermediazione tenderebbe al modello "informativo", in cui ci si limita a segnalare alle famiglie i nominativi e il recapito delle persone che si propongono come assistenti familiari. Ma la pura intermediazione tra domanda e offerta di lavoro coglie solo una dimensione dei bisogni in gioco, che riguardano anche ascolto, lettura del bisogno, bilancio delle competenze, accompagnamento al rapporto» (12).

Anche in questo passaggio, nulla si osserva sul fatto che molte delle prestazioni oggetto del testo in esame (compresa quella, erroneamente omessa secondo Pasquinelli, relativa ai ricoveri in strutture residenziali) devono necessariamente far riferimento a protocolli di accesso rispettosi dalle norme sanitarie che prevedono la valutazione multidisciplinare finalizzata alla erogazione degli interventi più appropriati alle condizioni di salute dell'assistito. Il problema principale non è dunque – a mio parere – che la prestazione venga fornita nell'ambito di un rapporto di lavoro regolato direttamente tra assistito e fornitore e venga remunerata con un voucher. Ciò che davvero importa è che l'accesso delle persone non autosufficienti o gravemente disabili alle prestazioni essenziali venga regolato dalle Aziende sanitarie competenti nel rispetto delle norme vigenti e che l'erogazione delle stesse sia monitorata e costantemente verificata nell'ambito di una effettiva presa in carico sanitaria dell'assistito durante il percorso di cura.

Altro aspetto contraddittorio è il seguente: dopo aver giustamente osservato, nella relazione introduttiva della proposta di legge, che «la crisi economica ha ulteriormente aggravato la difficoltà di conciliare il lavoro con la necessità per le famiglie di sostenere il welfare informale che grava sui bilanci familiari mediamente con una spesa che rag-

(11) *Ibidem*.

(12) Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini – Istituto per la ricerca sociale, Milano, "La proposta di voucher universale: opportunità e rischi", www.qualificare.info, luglio 2014.

giunge i 667 euro al mese» e che «l'irrinunciabilità del servizio sta peraltro portando alcune famiglie a considerare l'ipotesi che un membro della stessa possa rinunciare al lavoro per "prendere il posto" del collaboratore» non viene minimamente prevista la possibilità – giustamente contemplata dalla legge della Regione Piemonte n.10/2010, "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" – di supportare «coloro i quali assumono parte del carico assistenziale di persone non autosufficienti facenti parte continuativamente del proprio nucleo familiare anagrafico», attraverso l'erogazione di «contributi economici destinati anche ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto» e di promuovere l'istituto dell'affidamento di persone non autosufficienti o gravemente disabili, anche riconoscendo un ruolo al vicinato e al volontariato, mediante la fornitura di «contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari».

La concezione che emerge con forza dal documento è invece che le attività di cura debbano venire *acquistate* nell'ambito di un mero rapporto *mercantile* tra *cliente* e *fornitore*. A fronte del fatto che «*le Regioni e gli Enti locali potrebbero acquistare il voucher per chi non avesse risorse sufficienti*» – auspicabilmente *facendosi carico*, in primo luogo, della quota sanitaria dovuta dalle Asl a prescindere dal reddito dell'assistito e, solo in seconda istanza, della quota di spesa per la prestazione che la normativa sui Lea pone a carico dell'utente/comune – «*la proposta depositata non contempla, però, alcuno schema di raccordo e alcun meccanismo di finanziamento a tal fine destinato*». Le agevolazioni previste nel disegno di legge implicano infatti «*una visione sostanzialmente di mercato del rapporto di cura, anche qualora la domanda si rivolga a servizi pubblici. La relazione illustrativa è chiara: ricerca un sistema flessibile, in cui singoli e famiglie decidono da soli il tipo di servizio che preferiscono, si rivolgono all'Inps per acquistare il buono che poi spendono presso i produttori prescelti. La scelta è concepita in termini così individuali da ignorare perfino la figura del case-manager, nonostante l'importanza del coordinamento fra le cure in presenza di anziani non autosufficienti*» (13).

Nello scenario prefigurato dal disegno di legge presentato a Camera e Senato, non si fa mai menzione del dovere delle istituzioni sanitarie ed assistenziali di fornire le cure socio-sanitarie – domiciliari, semiresidenziali e residenziali – *facendosi carico*, *pro-quota* con l'assistito, del costo delle prestazioni secondo le percentuali fissate dalle norme sui Lea che prevedono, in ogni caso, che una percentuale di spesa sia a carico del sistema sanitario, quale che sia il reddito dell'assistito (tra l'altro non considerando che, in alcune Regioni, il voucher viene già utilizzato come titolo di remunerazione di tali prestazioni sia per la quota sanitaria che per quella sociale a rilevanza sanitaria). Del resto nell'articolo 13 si menziona, quale unico livello essenziale, che i servizi per il lavoro devono garantire in tutto il territorio nazionale, la creazione di «*appositi sportelli*» ai quali possano rivolgersi sia i collaboratori disoccupati che «*le famiglie che sono alla ricerca di collaboratori domestici e di assistenti personali per le persone non autosufficienti*». «*Per le amministrazioni regionali e locali, l'agevolazione consiste*», dunque, in termini concettuali, nella mera «*possibilità di integrare il buono con contributi statali a valere su un nuovo Fondo apposito da costruire entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, sentita la Conferenza unificata*» (14).

Nella volontà dei proponenti le prestazioni elencate nell'allegato della legge – e segnatamente quelle socio-sanitarie – vengono implicitamente espulse dal novero di quelle acquisibili per diritto in quanto le spese di questa ultime risultano classificate insieme a tutte le altre. E cioè come spese – pur agevolabili alle condizioni previste dal disegno di legge – che i singoli e le famiglie sono chiamati ad effettuare privatamente. Senza alcuna differenza di trattamento tra l'acquisto del lavoro di una domestica o di un giardiniere e quella di un assistente personale o di un posto nel «*centro diurno per anziani, anche non autosufficienti*» menzionato nell'allegato alla proposta. Ed è in questa chiave di lettura che si può spiegare l'insensata decisione di «*ampliare le agevolazioni all'assunzione di colf anche in funzione di mero servizio alla famiglia,*

(13) Elena Granaglia, "Il voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia aspetti critici", www.nelmerito.com 23 giugno 2014.

(14) *Ibidem*.

a prescindere dalla presenza di soggetti non autosufficienti (...). Certo» – osserva Elena Granaglia – «le agevolazioni favoriscono l'obiettivo importante dell'emersione del lavoro nero. Esse sono, tuttavia, spese fiscali, in quanto tali pagate dai contribuenti. Se così, il contributo all'emersione, per quanto importante, potrebbe essere ritenuto una giustificazione insufficiente, la collettività sussidiando (stabilmente) un'attività non fondamentale o, per alcuni, addirittura controversa». E più in generale, con riferimento all'architettura della proposta, «se si vuole procedere sulla strada delle agevolazioni, perché non limitarsi alla mera estensione di quest'ultime anziché introdurre un voucher, il quale richiede sia una fase di produzione del titolo stesso (con connessi costi, dai costi della gara per scegliere l'impresa produttrice a quelli della produzione del titolo) sia un processo di attivazione dei beneficiari presso l'Inps? Una risposta potrebbe consistere nella certificazione, e con essa nella qualità, dei produttori resa possibile dal voucher. L'evidenza disponibile suscita, tuttavia, perplessità al riguardo. Basti ricordare come proprio le difficoltà di certificazione abbiano rappresentato uno dei maggiori ostacoli al godimento del voucher per la cura dei bambini introdotto dalla legge Fornero» (15).

Meno sanità e più assistenza nei servizi alle persone non autosufficienti e disabili

In estrema sintesi il «sistema universale e standardizzato di voucher per il pagamento dei servizi alla persona da parte delle famiglie, delle imprese e delle amministrazioni pubbliche» è in primo luogo finalizzato a «ridurre il costo dei servizi di cura per l'infanzia e per le persone non autosufficienti attraverso agevolazioni fiscali» nella convinzione che il sistema ha successo «solo se la famiglia è messa nelle condizioni di pagare solo una parte del prezzo di mercato legale del servizio pari a quello del mercato nero, mentre le autorità pubbliche coprono la differenza fra il prezzo legale e quello in nero». Nella relazione alla proposta si dichiara infatti in modo esplicito che «il nostro welfare pubblico (...) si è trovato a delegare alle famiglie quote consistenti di "assistenza" dando vita ad una dimensione

(15) Ibidem.

di welfare fai da te, che rappresenta ormai un vero e proprio pilastro del nostro sistema».

Pur con il sostegno offerto da questo fondamentale pilastro «l'Italia si trova ad affrontare (...) il problema della difficile conciliazione fra l'esigenza di contenere la spesa pubblica e di rendere sostenibile il sistema di welfare pubblico da una parte e quella di tutelare i nuovi e maggiori rischi che derivano dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle spese sanitarie e dalla maggiore mobilità e flessibilità del mercato del lavoro dall'altra. Rischiano così di rimanere scoperti i bisogni di protezione sociale delle categorie più deboli come gli anziani, le donne, i giovani, i disabili e i lavoratori flessibili che possono contare sempre meno sulle disponibilità di risorse pubbliche e che rischiano maggiormente di cadere sotto la soglia di povertà».

Per far fronte a questo fosco scenario occorre un secondo pilastro o – come si afferma nel testo in esame – «un "secondo welfare" che si affianchi in maniera sussidiaria a quello pubblico, coinvolgendo attori economici e sociali quali imprese, sindacati, fondazioni, assicurazioni, il terzo settore e gli enti locali».

Faccio notare che nel brano che ho riportato tra i soggetti (tutti privati) chiamati a sussidiare l'intervento pubblico compaiono gli enti locali (che, fino a prova contraria, fanno parte del pubblico). Se è infatti chiaro l'intento di affiancare al "welfare fai da te" delle famiglie la previdenza privata, offerta da assicurazioni e mutue, ed il welfare aziendale «che può farsi carico di una serie di bisogni dei lavoratori che non possono essere soddisfatti dal welfare pubblico», è in apparenza meno lineare l'assimilazione degli enti locali ai soggetti del Terzo settore.

In realtà non è così perché nella proposta di legge, accanto alle «famiglie che acquistano a costo agevolato i servizi» (primo pilastro) ed alle «imprese che erogano a costi agevolati prestazioni di welfare aziendale ai propri dipendenti o le banche in favore dei propri clienti» (secondo pilastro), troviamo «le amministrazioni regionali e locali che erogano» – in genere attraverso i soggetti del Terzo settore – «servizi alla persona a favore di persone bisognose e svantaggiate» (terzo pilastro).

Ma come può contribuire, questo terzo pilastro, ad affrontare efficacemente «i nuovi e maggiori rischi che derivano dall'invecchiamento

to della popolazione» e «dall'aumento delle spese sanitarie»? Sostenendo economicamente – ma con criteri e regole socio-assistenziali – le famiglie dedite alla cura dei congiunti non autosufficienti e disabili che si vedranno, prima o poi, attribuire maggiori oneri di spesa per le prestazioni socio-sanitarie che oggi il sistema sanitario eroga – almeno in quota parte – in modo universalistico agli aventi diritto.

Come ben sintetizza Michelangelo Caiolfa di Federsanità Anci «*l'assistenza sanitaria è centrata sulla portabilità dei diritti alla salute, che nel nostro Paese si fonda su una assicurazione nazionale legata alla fiscalità generale, con accesso universalistico ai Lea. L'assistenza sociale invece non garantisce la portabilità dei diritti alla protezione sociale, ed è basata sulle capacità dei singoli bilanci degli oltre 8.000 Comuni, con accesso selettivo ai servizi in virtù di finanziamenti e regolamenti non legati ai Lep (perché non sono mai stati definiti né, tanto meno, finanziati)*» (16).

Con l'approvazione dell'articolo 54 della legge finanziaria del 2003, che ha conferito forza di legge al decreto sui Lea, è però stato definitivamente chiarito che le prestazioni afferenti all'area socio-sanitaria rientrano a pieno titolo tra i Lea sanitari. Vanno quindi fornite consentendo un accesso universalistico fatto salvo l'obbligo per l'assistito di contribuire al costo della prestazione, per la quota non coperta dal servizio sanitario, nella misura percentuale fissata dalle tabelle del decreto. Obbligo che viene per legge a gravare (in tutto o in parte) sul Comune, ove l'assistito non sia in grado di farvi fronte (in tutto o in parte) con le proprie risorse. Nell'esercizio di quest'ultima funzione il Comune deve attenersi – almeno sino all'entrata in vigore del nuovo Isee – a quanto previsto dal comma 2 ter dell'articolo 3 del decreto legislativo 109/1998, modificato dal decreto legislativo 130/2000, in base al quale nessun contributo economico può essere richiesto ai parenti conviventi per il pagamento delle prestazioni dovute a persone non autosufficienti o gravemente disabili.

L'inganno terminologico che da qualche tempo ci viene propinato – non casualmente, a mio parere, ma con l'intento di abbattere il

(16) Michelangelo Caiolfa, "Cinque questioni legate all'integrazione socio-sanitaria", *www.quotidianosanita.it*, 3 novembre 2014.

vigente quadro di regole al fine di aumentare gli oneri di spesa, per prestazioni sanitarie, da porre a carico delle famiglie – è la progressiva sostituzione del termine (e quindi del concetto, anche dal punto di vista giuridico) di *socio-sanitario* con quello di *socio-assistenziale*. Un esempio di tale modalità di comunicazione (volta a restringere il campo del sanitario e ad allargare quello dell'assistenza sociale) si trova nell'articolo non firmato dal titolo "Assistenza territoriale: la chance Casa della salute" pubblicato sul settimanale *Il sole 24 ore Sanità* del 28 ottobre / 3 novembre 2014, nel quale si può leggere che: «*L'ospedale e le connesse attività di primo soccorso, il cui ruolo principale dovrebbe essere rappresentato esclusivamente dalla cura delle patologie acute, viene (...) ancor oggi spesso utilizzato per la gestione dei malati cronici o per problemi di facile gestione che dovrebbero essere assolti dal servizio territoriale (codici bianchi). Questa situazione comporta elevati costi in rapporto ai benefici ottenuti (...). Le malattie croniche, così come i codici bianchi e altri servizi sanitari non acuti, dovrebbero invece essere prevalentemente gestite a livello territoriale (...). La risposta al problema è un servizio sanitario territoriale centrato sul paziente, sul lavoro in team e in grado di assicurare, attraverso strutture dedicate, continuità di cura e integrazione socio-assistenziale*».

Una "integrazione socio-assistenziale" che – sempre sul settimanale *Il sole 24 ore Sanità* dell'8-14 ottobre 2014 – Ettore Jorio dell'Università della Calabria, nell'articolo "Welfare assistenziale con voucher vincolati", così più chiaramente declina: «*Al di là delle riforme in senso tecnico, intese a migliorare l'attuale criterio aziendalistico ovvero a metterlo da parte, occorre cominciare a valutare lo standard assistenziale con il grandangolo per intervenire e realizzare un autentico welfare assistenziale. Un sistema onnicomprensivo che si ponesse come soluzione all'istanza non solo socio-sanitaria ma anche socio-assistenziale, inesistente ovunque. C'è al riguardo l'esigenza di implementare/modificare la vigente legislazione che crea non poche difficoltà gestionali, atteso altresì che il sistema di finanziamento disegnato dal federalismo fiscale (...) mantiene complicata, quasi impossibile la sua integrazione. Senza di essa continueranno l'attuale disservizio assistenziale*

e la moltiplicazione dei costi relativi, corresponsabili primari del disastro dei conti della Repubblica. Proprio perché occorre estendere il welfare assistenziale ai diversi settori dei servizi pubblici salutari, necessita che esso si estenda sino a contenere pure le prestazioni economiche di previdenza non contributiva. Più esattamente, quelle riassunte nell'assegnazione in favore dei soggetti inabili al 100% e incapaci di assolvere ai loro bisogni quotidiani, meglio conosciuto come assegno di accompagnamento. Un benefit concesso a determinati destinatari, a prescindere dalla redditività, che spesso finisce per favorire altri. Nell'ottica di sottrarre l'utilizzo finale dell'erogazione a scopi diversi da quelli "ideologici" e, con esso, di alleviare i conti pubblici, sarebbe auspicabile che l'attuale prestazione economica fosse sostituita da voucher vincolati spendibili presso il sistema pubblico, ivi compresi gli accreditati privati, garante delle prestazioni assistenziali necessarie. Tutto questo: 1) consentirebbe la libertà di scelta; 2) realizzerebbe l'uguaglianza sostanziale; 3) stimole-

rebbe la competizione pubblico/privato; 4) favorirebbe il controllo della spesa, attesa la sua predeterminazione; 5) garantirebbe la interazione reale del sistema sanitario con quello assistenziale; 6) realizzerebbe la necessaria flessibilità del sistema; 7) consentirebbe una sensibile economia di scala nella produzione del servizio globale».

Per dirla in termini stringati, il pericoloso intento, non espresso ma sotteso, che secondo me aleggia nel disegno di legge sui voucher è quello di rendere l'area socio-sanitaria sempre meno sanitaria e, conseguentemente, sempre più privata o, al limite, socio-assistenziale. Un disegno che si colloca al di fuori delle leggi vigenti e che va energicamente contrastato se si vuol conservare un sistema sanitario, ad accesso universalistico, che non restringa il proprio campo d'azione ai malati acuti scaricando i cronici; a quelli guaribili escludendo gli inguaribili come se non fossero curabili; a chi ha i mezzi economici, lasciando gli altri all'assistenza dei Comuni e agli interventi caritativi del volontariato.

NUOVA GUIDA SUL DIRITTO ALLE CURE SOCIO-SANITARIE

Conoscere per evitare abusi e spese inutili

Su ciascuna delle 400mila copie del numero 12/2014 della rivista *50&Più* è stata inserita la "Guida sul diritto alle cure socio-sanitarie degli anziani malati cronici non autosufficienti, delle persone affette dal morbo di Alzheimer e dei soggetti colpiti da altre forme di demenza senile".

Indice:

Anziani malati cronici non autosufficienti, persone affette dal morbo di Alzheimer e soggetti colpiti da altre forme di demenza senile – Le leggi vigenti – Sentenze – Accesso alle prestazioni domiciliari – Accesso alle prestazioni residenziali – Opposizione alle dimissioni da ospedali o da case di cura private – Avvertenze importanti – Contribuzioni economiche – Obblighi e responsabilità civili e penali degli operatori dei servizi socio-sanitari – Minacce – Amministratori di sostegno e tutori

Allegato A: Impegni sottoscritti dall'Asl To3 e dal Cisap con il figlio per la cura a domicilio della madre non autosufficiente

Allegato B: Fac-simile della lettera per opporsi alle dimissioni dagli ospedali e dalle case di cura private convenzionate di anziani malati cronici non autosufficienti o di persone con demenza senile e per chiedere la prosecuzione delle cure.

L'inserto è anche consultabile e scaricabile dal sito www.fondazionepromozionesociale.it