

\\ 455 \\

**Diritti di cittadinanza delle persone
anziane non autosufficienti**

Un contributo alla definizione dei
Livelli Essenziali di Servizi per la Non Autosufficienza (LESNA)
di

Paolo Bosi,
Claudio De Vincenti,
Alfonsina Rinaldi
et al.

Marzo 2004



CAPP Centro di
Analisi delle
Politiche
Pubbliche

Ricerca svolta da CAPP (Centro Analisi delle Politiche Pubbliche, coordinatore Paolo Bosi), CER (Centro Europa Ricerche, coordinatore Claudio De Vincenti), Servizi Nuovi (coordinatore Alfonsina Rinaldi) su incarico dello Spi-Cgil nazionale e della Cgil nazionale.

Gruppo di ricerca

CAPP, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche

Paolo Bosi, coordinatore

Massimo Baldini

Luca Beltrametti, Università di Genova

Maria Cecilia Guerra

Paolo Silvestri

CER, Centro Europa Ricerche

Claudio De Vincenti, coordinatore

Felice Cincotti

Laura Dragosei

Giorgio Mongelli

Servizi Nuovi

Alfonsina Rinaldi, coordinatore

Nadia Caselgrandi

Alessandro Montebugnoli

Elsa Signorino

Indice

1. Premessa

- 1.1 *Problemi di fondo nell'organizzazione di un programma per la non autosufficienza degli anziani*
- 1.2 *Contenuti del Rapporto*

Parte Prima: La natura dei programmi per la non autosufficienza (PNA)

2. Caratteri dei servizi per la non autosufficienza (SNA)

- 2.1 *Sui caratteri dei SNA*
- 2.2 *Il ruolo della famiglia e dell'economia informale e aspetti di genere.*
- 2.3 *Il ruolo della scelta individuale.*
- 2.4 *Natura multidimensionale dei bisogni e degli interventi*

3. Le giustificazioni dell'intervento pubblico nel finanziamento e nell'offerta dei programmi per la non autosufficienza

- 3.1 *Motivazioni di efficienza e di equità*
- 3.2 *Finanziamento dei SNA a carico del bilancio dello stato: principi alternativi*
- 3.3 *Capitalizzazione e ripartizione*
- 3.4 *L'equità intergenerazionale*

Parte seconda : Una proposta di definizione dei Livelli essenziali di prestazioni per la non autosufficienza (LESNA)

4. L'universo della non autosufficienza: una valutazione quantitativa

- 4.1 *La situazione dei non autosufficienti che risiedono in casa*
- 4.2 *Una proiezione nel medio periodo*
- 4.3 *La distribuzione territoriale*
- 4.4 *Assistenza nelle residenze e assistenza domiciliare*

5. Modelli di definizione dei livelli essenziali di prestazioni per la non autosufficienza (LESNA): “indicatori di offerta” e “diritti esigibili”

- 5.1 *Problemi metodologici e modelli dei livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza (LESNA)*
- 5.2 *Prime indicazioni per una proposta di definizione dei LESNA*

6. La coesistenza tra il modello “indicatori di offerta” e il modello dei “diritti esigibili”

6.1. Prime riflessioni sull’integrazione tra i criteri degli “indicatori di offerta” e dei “diritti esigibili”

6.2 Il ruolo dello strumento dei vouchers

6.3 Trasferimenti monetari, vouchers e lavoro sommerso

6.4 Individuazione delle funzioni necessarie per la definizione dei LESNA

7. I costi per la non autosufficienza: una stima a partire dai livelli essenziali

7.1 Le ipotesi circa i fabbisogni di prestazioni

7.2 I costi delle prestazioni domiciliari

7.3 Il costo complessivo degli interventi

7.4 I risparmi indotti dalla riforma e l’onere aggiuntivo netto.

Appendice. Una prima valutazione dell’occupazione aggiuntiva

Parte Terza: Il finanziamento di un programma per la non autosufficienza

8. Le alternative di finanziamento dei PNA

8.1 Soluzioni assicurative

8.2 Soluzioni tributarie: contributi sociali, imposta ad hoc, addizionali e sovrimposte all’Irpef e Irpeg.Irap, Fondo per i PNA

8.3 La compartecipazione dei beneficiari al costo dei PNA

9. Un modello di PNA con Fondo nazionale

9.1 I rapporti tra Stato centrale e Regioni nel finanziamento dei LESNA

9.2 Un modello “completo” con Fondo Nazionale

9.3 Sul possibile ruolo delle riserve in un fondo per la non autosufficienza

10. Recenti orientamenti dei governi e proposte di riforma del finanziamento dei PNA

10.1 Le indicazioni dei governi di centro-sinistra

10.2 Le indicazioni del governo di centro-destra

10.3 La proposta di disegno di legge integrato

Bibliografia

1. Premessa

L'esigenza di arricchire il sistema del welfare italiano di un programma specifico destinato alla popolazione anziana non autosufficiente sembra condivisa da tutte le forze politiche. In questo Rapporto si intende fornire un contributo all'ampio dibattito accademico e politico in corso, fornendo riflessioni sui problemi metodologici e indicazioni sulle modalità di *definizione di livelli essenziali di prestazioni sociali nel campo delle politiche a favore di soggetti non autosufficienti* (LESNA), che qui viene assunto come un sottoinsieme del più ampio campo dei livelli essenziali di assistenza (noti ormai come LIVEAS).

L'oggetto del Rapporto è l'analisi dei problemi di definizione dei LESNA; è però evidente che questo compito non può essere affrontato in assenza di un esame delle modalità organizzative e dei criteri di finanziamento di un programma per la non autosufficienza degli anziani (PNA). Sarà quindi dedicata attenzione anche a questi aspetti più generali, che saranno però discussi e approfonditi solo nella misura necessaria per il conseguimento dell'obiettivo principale della ricerca.

1.1 Problemi di fondo nell'organizzazione di un programma per la non autosufficienza degli anziani

I PNA rappresentano interventi nel campo delle politiche sociali di un paese molto complessi, in cui si intrecciano problemi delicati di equità e di efficienza; sono presenti connessioni molto strette tra diversi settori del welfare state (previdenza, assistenza, sanità) e tra diversi aspetti della vita sociale (welfare state, mercato del lavoro, sistema fiscale)¹.

Tra i numerosi nodi emersi nel corso dell'elaborazione di questo Rapporto, preme tuttavia mettere in luce tre nuclei problematici fondamentali, che riteniamo debbano essere segnalati in premessa al fine di collocare correttamente lo sforzo compiuto in questa ricerca. Essi riguardano i seguenti aspetti.

1. Il quadro istituzionale, avviato dalla riforma del Titolo V della Costituzione.
2. La scelta del modello di finanziamento.
3. La diffusione della capacità produttiva dei servizi sociali.

¹ Un articolato inquadramento dei problemi è fornito da Gori, 2003a.

Il quadro istituzionale. Il contesto istituzionale e normativo vigente entro cui muoversi nella prospettiva di una riforma dei programmi per soggetti non autosufficienti è assai fluido. Da un lato infatti appare del tutto naturale assumere come punto di riferimento normativo la L. 328/00 di riforma dei servizi sociali, che ha disegnato, nell'ambito di una norma in cui prevalgono i contenuti programmatici, un assetto istituzionale e di *governance* entro cui gestire l'offerta delle prestazioni di carattere assistenziale. Quel disegno è però maturato all'interno di un quadro istituzionale sensibilmente mutato in seguito alla L. 3/01 di riforma del Titolo V della Costituzione e che pone nuovi problemi che dovranno essere affrontati per rendere coerente e compatibile il quadro normativo già in vigore con il nuovo assetto originato dalla riforma costituzionale.

La L. 328/00 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ha segnato un passaggio importante nel welfare italiano. Per la prima volta nel nostro paese si disciplina a livello nazionale la politica socio-assistenziale, precedentemente caratterizzata da specifici interventi categoriali e di settore e da notevoli differenziazioni territoriali tra le Regioni nell'erogazione delle prestazioni sociali in assenza di un Piano Nazionale. L'assistenza sociale da politica passiva dovrebbe trasformarsi in protezione attiva e programmata rivolta, con il diretto coinvolgimento e le responsabilità condivise di soggetti pubblici (Stato, Regioni e Enti locali), di attori sociali (organizzazioni sindacali e di tutela degli utenti) e privati sociali (terzo settore), alla generalità dei cittadini potenziando l'offerta di servizi. La legge quadro si ispira infatti al processo di decentramento amministrativo nella gestione dei servizi, attraverso cui si attribuiscono: allo Stato le funzioni di programmazione e indirizzo del sistema integrato di servizi sociali; alle Regioni e ai Comuni, mediante i Piani regionali e di zona e avvalendosi del confronto con gli attori sociali, le funzioni di programmazione, progettazione e monitoraggio della rete dei servizi; infine, ai Comuni, al terzo settore e ai privati la funzione di erogare i servizi regolati dal pubblico.

In un quadro normativo immutato e definito dalle normative del decentramento amministrativo (Legge Bassanini), ci si sarebbe potuto attendere che i problemi di attuazione della L. 328/00 avrebbero avuto un'attuazione graduale, con la costruzione di appropriati sistemi informativi, la sperimentazione di prassi di programmazione, in un circolo forse virtuoso che avrebbe potuto dare sostanza alle linee programmatiche individuate in tale legge. Questo percorso, peraltro non compiutamente delineato e non coadiuvato da veri strumenti di controllo sull'effettivo esito delle politiche sul cittadino, va però oggi valutato nel nuovo contesto determinato dalla riforma costituzionale del Titolo V della Costituzione e,

secondariamente, dalle indicazioni che il nuovo governo intende imprimere alla riforma di questo comparto della spesa sociale.

Il nuovo testo costituzionale segna un momento di rottura rispetto al precedente quadro istituzionale almeno su due aspetti rilevanti: a) sul piano dei soggetti responsabili delle politiche, si ha l'attribuzione di un ruolo più forte alle Regioni e agli Enti locali; b) sotto il profilo del finanziamento, può essere messo in discussione il modello di finanziamento dell'assistenza prefigurato dalla L. 328/00 (struttura di finanziamento mediante fondo speciale nell'ambito di un articolato processo programmatico).

Dal nuovo testo dell'art.117 della Costituzione si evince infatti che la materia della spesa socio-assistenziale è oggetto di potere legislativo *esclusivo* delle Regioni. Le implicazioni di questa disposizione sono che le Regioni hanno la possibilità di attivarsi in campo legislativo secondo percorsi del tutto autonomi. In questo contesto quali sono i limiti posti dal nuovo ordinamento? E quali sono le implicazioni sotto il profilo della compatibilità del nuovo quadro costituzionale con la legislazione vigente? Il vincolo fondamentale che può essere posto dallo Stato trova sostanza nel comma 2 lettera m) dello stesso articolo 117, dato che ad esso spetta la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", di cui senza dubbio fa parte la spesa socio-assistenziale e al suo interno quella relativa ai servizi per soggetti non autosufficienti. Il problema è quindi di dare una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

La soluzione dei dubbi legati alla interrelazione tra il livello normativo ordinario in vigore e il Titolo V è, come noto, non definita, controversa e probabilmente in corso di ulteriore evoluzione, e pertanto aperta agli esiti più disparati². L'avvio di una riflessione sulle caratteristiche dei LIVEAS e quindi dei LESNA deve muoversi su un terreno mobile, cercando di seguire percorsi che siano per quanto possibili compatibili con tutti gli esiti istituzionali prevedibili.

Modelli di finanziamento. La discussione sulle caratteristiche dei LESNA, e sui ruoli che i diversi attori istituzionali hanno nella loro definizione, è poi strettamente incrociata con i modelli di finanziamento e le responsabilità finanziarie dei diversi

² Il disegno di legge sulla *devolution* sembrerebbe accentuare, anche se solo come indicazione politica, il ruolo delle Regioni e attenuare quello dello Stato. Il più recente disegno di legge La Loggia-Bossi del 12 aprile 2003 presenta invece alcuni elementi che segnerebbero una correzione in senso centralistico.

livelli di governo. Sotto questo profilo l'impianto costituito dalla L. 328/00 appare largamente indeterminato. La nozione di **livelli essenziali delle prestazioni sociali** (LIVEAS) è affrontata dalla L. 328/00 nell'articolo 22, comma 2, ove si afferma "gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale" e fornisce quindi un'elencazione degli ambiti che costituiscono i livelli essenziali di prestazioni (cfr. Bosi 2001).

Il testo legislativo appena citato appare di difficile interpretazione, dato che l'elencazione richiamata non fornisce elementi per definire i livelli essenziali di prestazioni, ma indica aree di intervento, tipologie generali di programmi, che dovranno quindi essere presenti nell'articolazione dell'offerta di servizi sociali a livello decentrato, senza però fornire indicazioni sull'intensità dell'offerta. Né è di particolare aiuto l'indicazione contenuta nell'articolo 20, comma 4, ove si afferma che "la definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli Enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria." Da tale indicazione emerge semplicemente che le risorse destinate attraverso il Fondo rappresentano, in termini di spesa, l'ammontare sufficiente ai fini della soddisfazione dei livelli essenziali di prestazioni. Questa conclusione non solo lascia aperti tutti i problemi di definizione dei LESNA, ma ne aggiunge uno ulteriore: la misura non è definibile in termini assoluti, dato che è condizionata al rispetto di compatibilità finanziarie previste dal DPEF, che sono quindi mutevoli a seconda del ciclo economico. Inoltre, la definizione di tale ammontare di risorse è definita *tenendo conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli Enti locali*: un'informazione questa non disponibile al governo centrale, la cui assenza rende estremamente incerta la programmazione delle risorse finanziarie.

Come può essere inquadrato il modello di finanziamento di un PNA all'interno di questa lettura della L. 328/00? Quali modelli alternativi possono essere eventualmente indicati? In questa prospettiva ci sembra rilevante proporre la distinzione concettuale tra modello di finanziamento *completo* e *incompleto*, utile al fine di valutare modelli alternativi di riforma sotto il profilo del finanziamento.

Un modello di PNA si definisce *completo* se sono pienamente specificati i diritti dei beneficiari (esigibilità dei diritti), le responsabilità degli attori che devono offrire i servizi, le modalità di controllo e le eventuali sanzioni (adeguatezza della capacità produttiva), le fonti del finanziamento necessarie per sostenere l'intera gamma dei servizi previsti dal PNA (copertura finanziaria), in un arco temporale sufficientemente ampio (sostenibilità finanziaria).

Alla luce di questa nozione il modello di finanziamento implicito nella L. 328/00 non può definirsi completo, dato che le risorse necessarie per il sostegno del programma non risultano definite all'interno di un quadro rigoroso, in cui sono stabilite con precisione fonti di finanziamento, proiezioni della dinamica delle spese, definizione delle responsabilità dei diversi attori, e così via, ma ci si limita ad avviare un processo di riforma, confidando sul carattere esortativo delle norme. Anche l'esame delle proposte di legge sinora presentate lasciano intuire che nei *policy makers* sembra prevalere un'idea di PNA più vicina al "modello incompleto".

In questo Rapporto si suggerisce invece con forza che un disegno soddisfacente di PNA debba uniformarsi al modello "*completo*". La complessità degli aspetti di offerta, finanziari e istituzionali è infatti tale che solo in questa prospettiva è possibile individuare e governare l'intera griglia di nodi problematici che il programma presenta. Questo punto di vista non è tuttavia incompatibile con una realistica valutazione della gradualità con cui necessariamente i processi di riforma sono avviati e realizzati. Sotto il profilo finanziario, ad esempio, la quantità di risorse per sostenere un modello completo ad un livello appropriato di prestazioni è molto elevata e sicuramente non immediatamente reperibile, alla luce del peggioramento delle condizioni di finanza pubblica. Appare tuttavia essenziale disegnare, sin nella fase di costruzione normativa un quadro complessivo coerente, in assenza del quale le realizzazioni storiche e transitorie possono rivelarsi contraddittorie rispetto alle caratteristiche di fondo del modello di welfare a cui ci si voglia ispirare.

Per esemplificare il concetto appena esposto, una definizione incompleta delle fonti di finanziamento e delle responsabilità degli attori istituzionali (Governo centrale, Regioni, Enti locali) può portare ad un modello di finanziamento in cui l'ammontare delle risorse messe a disposizione risulta insufficiente a finanziare i LESNA stessi. In particolare, l'apporto del Governo centrale potrebbe risultare insufficiente e ad esso potrebbe esser attribuita natura di cofinanziamento, integrabile, secondo modalità non meglio definite, dai livelli inferiori di governo. In un contesto caratterizzato da forti disomogeneità nella distribuzione territoriale dell'offerta dei servizi tale esito risulterebbe incompatibile con modelli di welfare

state in cui i diritti fondamentali di cittadinanza sono salvaguardati. L'indeterminazione degli obblighi finanziari potrebbe poi consolidare un intervento più coerente con un modello di welfare state minimale che non come fase iniziale di un programma ispirato a principi solidaristici e rivolto a tutto la cittadinanza.

Capacità produttiva dei servizi sociali. Un terzo è fondamentale nucleo problematico che sta a monte delle proposte di costruzione di un PNA riguarda la capacità di offerta di servizi. Nelle proposte di legge sinora avanzate l'attenzione si è concentrata su alcune scelte di fondo relative al carattere pubblico o privato del PNA e alla definizione, più o meno cogente, di fonti di finanziamento. In realtà la praticabilità di un PNA dipende crucialmente dall'esistenza di *precondizioni* relative alla capacità produttiva dei servizi sociali necessari. E' ben noto che le competenze delle amministrazioni pubbliche, del terzo settore e private sono distribuite in modo diseguale nel territorio nazionale. Anche la più soddisfacente definizione dei LESNA e dei modelli organizzativi di un PNA è destinata all'insuccesso se alla definizione delle regole e dei diritti non corrisponde un'adeguatezza della capacità produttiva, che si manifesta sia sotto il profilo della formazione di capitale umano, sia sotto quello della disponibilità di strutture. Nel caso in questione essa comporta la mobilitazione di risorse non solo nel campo pubblico, ma anche nella definizione di corrette procedure di regolamentazione di servizi offerti da privati e nella formazione di figure professionali nuove. Le esperienze di successo di programmi completi di PNA (si pensi, ad esempio, a quella tedesca o, ancor più, a quella giapponese (cfr. Beltrametti, 2002; Campbell, Ikegami 2003)) segnalano come l'insufficienza nell'offerta rappresenti l'ostacolo che è più difficile superare nell'organizzazione dei PNA. Nel contesto istituzionale italiano tale compito appare ancora più difficile per l'estensione del lavoro sommerso.

L'assenza di una capacità di offerta adeguata e distribuita in modo equilibrato può condizionare la possibilità di perseguire corretti modelli di riforma e portare a violazioni di principi generali nell'organizzazione dei servizi di welfare. Essa potrebbe ad esempio indurre a privilegiare, almeno in una fase iniziale, nella definizione della natura delle prestazioni e dei diritti dei beneficiari, l'uso di prestazioni monetarie anziché l'offerta di servizi che fossero realizzati in misura e con modalità non desiderabili o comunque scarsamente coerenti con i principi generali che ispirano un dato progetto di riforma.

Non va peraltro dimenticato che anche il ricorso a prestazioni monetarie che non siano meri trasferimenti incondizionati, ma che assumano la natura di trasferimenti vincolati, quali i *voucher*, trova la sua ragione d'essere solo in un

contesto in cui ci si adoperi affinché l'offerta di servizi, pubblici o privati, sia adeguata e risponda a ben definiti criteri di accreditamento, a tutela del beneficiario.

Anche se lo studio di questo aspetto non è oggetto di questo Rapporto e quindi non verrà esplicitamente affrontato, esso ha senza dubbio motivato l'impostazione qui fornita alla definizione dei LESNA, che, come si illustrerà, devono essere fondati su una interrelazione stretta tra garanzie dei diritti del cittadino e responsabilità degli attori pubblici e privati chiamati a soddisfare l'offerta. Il successo della riforma potrà essere garantito solo se ad un buon disegno istituzionale si accompagnano rilevanti interventi di promozione della capacità produttiva.

1.2 Contenuti del Rapporto

Il Rapporto è articolato in tre parti.

Nella prima parte “La natura dei programmi per la non autosufficienza e la realtà italiana” si affrontano problemi di carattere generale sulla natura e sulla giustificazione dell'intervento pubblico in questo settore. Pur tenendo come riferimento il caso italiano, l'attenzione sarà dedicata anche ad aspetti più generali: come cercheremo di argomentare, la dottrina non suggerisce soluzioni univoche al problema del finanziamento di questi programmi di welfare. Una delle ragioni è che le diverse soluzioni trovano la loro motivazione in questioni di principio di carattere generale che sono spesso alla base delle controversie sulle riforme del welfare. Avere consapevolezza anche di questi livelli più generali del dibattito appare quindi indispensabile, al fine di evitare posizioni preconcepite.

I profili sotto i quali la discussione sarà condotta saranno i seguenti: nel capitolo 2 si tratteggiano le caratteristiche dei servizi per la non autosufficienza (SNA) rilevanti ai fini della presente discussione; nel capitolo 3 si affronta l'aspetto più generale, il problema della giustificazione di un finanziamento dei SNA a carico del Bilancio dello stato, individuando le motivazioni che possono giustificare una forma di intervento pubblico in questo settore.

La seconda parte, “Una proposta di modello di definizione dei livelli essenziali di prestazioni per la non autosufficienza”, costituisce il cuore del Rapporto. Nel capitolo 4 si offre un articolato quadro quantitativo e interpretativo del fenomeno della non autosufficienza nel nostro paese. Nel capitolo 5 si affronta il problema della definizione concettuale dei LESNA (come indicatori di offerta e

come diritti esigibili) e nel capitolo 6 si svolge un'articolata analisi delle caratteristiche dei LESNA.

Alla luce delle caratteristiche dei LESNA elaborate nel capitolo 7 si fornisce una stima dei costi unitari dei servizi e quindi del costo finanziario complessivo, prendendo come riferimento il 2003. Tali previsioni di costo sono poi proiettate al 2020 sulla base di ipotesi sulla dinamica della popolazione dei beneficiari nel tempo.

La terza parte, "Modelli alternativi di finanziamento di un programma per la non autosufficienza", affronta le problematiche del finanziamento. Nel capitolo 8 si esaminano le diverse alternative di finanziamento di un PNA e si motivano le opzioni che appaiono più soddisfacenti sotto il profilo sia dell'efficienza, sia dell'equità.

Le indicazioni che emergono sulla base dei principi posti nella seconda parte e dalla valutazione delle forme di finanziamento alternative non sono tali da identificare una soluzione dominante nell'articolazione di un PNA, che dipende, come detto, anche da giudizi di valore. Da tali giudizi dovrebbero astenersi gli estensori di un rapporto di ricerca. Non è però questa la via seguita in questa sede. Fiduciosi della saldezza delle argomentazioni fornite sulle diverse opzioni e confortati dalle occasioni di confronto con il committente realizzate nel corso dello svolgimento della ricerca, si è ritenuto che il contributo del Rapporto alla definizione dei LESNA potesse essere più efficace ragionando, non solo in astratto, ma anche all'interno di alcune opzioni di fondo relative ai principi generali, ad aspetti istituzionali e a modelli organizzativi.

Tra le opzioni di fondo riguardanti i principi generali spicca la convinzione che la natura dei PNA sia tale da motivare ampiamente un modello di finanziamento fondato principalmente sulla fiscalità generale e a ripartizione (il gettito delle imposte per il finanziamento del PNA di un dato anno finanzia le prestazioni correnti).

Sotto il profilo istituzionale si è scelto, anche se non pienamente supportati dalla lettura della normativa vigente, di esplorare soluzioni istituzionali in cui il finanziamento del PNA sia realizzato con il concorso di più livelli di governo, ricorrendo allo strumento del Fondo nazionale, definito sulla base di criteri coerenti con quelli di un modello "completo", a cui risultano associati alcuni connotati del PNA rilevanti sotto il profilo organizzativo.

Sulla base di queste opzioni di fondo il capitolo 9 fornisce una presentazione di un modello di funzionamento del PNA. Va sottolineato con forza che lo scopo di questo capitolo *non* è di suggerire soluzioni di carattere

organizzativo o di sposare una particolare modalità di offerta del PNA, ma semplicemente di permettere una illustrazione più ordinata e circostanziata dei nessi istituzionali e delle scelte che una riforma coerente con le opzioni di valore sopraindicate dovrà necessariamente affrontare.

L'ambizione di disegnare un modello "completo" ha infine posto il problema del nesso tra le indicazioni fornite in questo Rapporto e le valutazioni emerse sino ad oggi nel dibattito politico su questo tema. Chiude pertanto la terza parte una rassegna delle posizioni che su questi aspetti sono emersi nei principali documenti e atti normativi che si sono succeduti dalla L. 328/00 ad oggi. In essa particolare attenzione è dedicata alla proposta di legge del 7 maggio 2003 di *Istituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti*, Testo Unificato delle proposte di legge 2166 e abbinate, elaborato dal Comitato ristretto e atteso all'esame della Camera dal 20 ottobre avendo già ricevuto il parere favorevole delle Commissioni che lo hanno esaminato in sede referente.

Pur trattandosi di un testo legislativo ancora largamente programmatico (la maggior parte degli aspetti sostanziali del disegno del PNA sono infatti demandati a decreti legislativi sulla base i principi molto generali), la sua analisi consente di porre alcuni interrogativi sotto il profilo dell'impostazione generale (modello "completo" o "incompleto") su cui riteniamo sia opportuno approfondire l'analisi e il confronto.

Parte Prima

La natura dei programmi per la non autosufficienza (PNA)

2. Caratteri dei servizi per la non autosufficienza (SNA)

2.1 Sui caratteri dei SNA.

Prima di procedere nell'analisi, è utile richiamare le caratteristiche dei SNA rilevanti per i problemi che intendiamo discutere in questo Rapporto.

Si può prendere le mosse dalla definizione di servizi di Long Term Care (LTC, qui SNA) fornita dall'Ocse:

“Qualsiasi forma di cura fornita in misura significativa su un periodo di tempo prolungato, di cui non è previsto un termine, offerta a una persona che soffre di limitazioni o che è a rischio di abbandono o di pericoli per la propria incolumità”.

Una definizione che sottolinea il carattere di “durata indefinita” e caratterizza il destinatario come “soggetto fragile”.

I SNA si configurano come domanda di servizi di carattere sanitario ed assistenziale alla persona di diversa natura e intensità richiesti da soggetti o per conto di soggetti che hanno forme più o meno marcate di non autosufficienza nell'espletamento di funzionamenti di base dell'esistenza. Essi possono essere articolati in quattro aree:

- cure mediche e infermieristiche,
- cura della persona (vestirsi, bagno, ecc.),
- supporto domestico (pulizia della casa, fare al spesa),
- supporto sociale (uscire di casa, partecipare ad avvenimenti).

Le forme in cui tali servizi sono offerti sono molteplici. Nei casi più lievi di non autosufficienza sono offerti da personale con diverso grado di specializzazione al domicilio del richiedente. Nei casi più gravi, possono essere offerti solo in strutture speciali (residenze protette), che comportano oltre all'offerta di servizi strettamente personali anche l'offerta di servizi più complessi, di carattere alberghiero e di assistenza medico-sanitaria.

I SNA condividono importanti caratteristiche dei servizi sanitari. Anche questi ultimi possono essere espletati a domicilio o in strutture particolari (gli

ospedali), ma si differenziano dai SNA in ragione della maggiore complessità e costo.

La domanda di SNA è assimilabile alla domanda di servizi sanitari anche sotto il profilo del rischio. A differenza della domanda di altri beni e servizi soddisfatti dal mercato (alimentazione, vestiari, servizi abitativi) i servizi sanitari e i SNA non hanno carattere continuativo, ma si manifestano solo in talune circostanze della vita e spesso con modalità riconducibili a fattori casuali. Il bisogno di cure o di assistenza è quindi un fenomeno rischioso, in cui non incorrono necessariamente tutti gli individui. In entrambi i casi tale rischio tende ad accentuarsi fortemente con l'età del soggetto. E' ben noto che un'elevata percentuale delle spesa sanitarie è mediamente sostenuta negli ultimi due anni di vita della popolazione. La stessa cosa vale per i SNA. La presenza di rischio sollecita la ricerca di soluzioni di carattere assicurativo, al fine di garantire *ex ante* una soluzione ai problemi che si pongono nel caso in cui il rischio in esame (malattia, bisogni di SNA) si concretizzi.

I SNA si differenziano però dai servizi sanitari in quanto, una volta sorto il bisogno, essi generalmente assumono un carattere continuativo e a tempo indeterminato.

Per altri aspetti la soddisfazione di bisogni di non autosufficienza (NA) ha problematiche affini a quelle previdenziali, in quanto essi comportano una necessità di risorse in momenti in cui i soggetti non hanno capacità di guadagno, e richiedono quindi particolare attenzione alle modalità con cui accumulare nel corso della vita, e garantire al momento del bisogno, i diritti su tali risorse. Con il sistema previdenziale esistono non solo analogie, ma anche interrelazioni. Le caratteristiche del sistema previdenziale influenzano in modo evidente le modalità con cui un PNA può essere programmato. La definizione delle prestazioni che esso può garantire non può infatti prescindere dalla generosità o meno del sistema pensionistico entro cui la riforma è calata.

2.2. Il ruolo della famiglia e dell'economia informale e aspetti di genere

Un aspetto che caratterizza in modo specifico il tipo di servizio in questione, per ragioni connesse alla valorizzazione della domiciliarità che è ritenuta universalmente il modo più efficace per soddisfare i bisogni dell'anziano non autosufficiente, è il rapporto molto stretto tra prestazioni dei servizi e contesto familiare, che è molto coinvolto nella gestione delle cure. In tale rapporto il connotato di genere è fondamentale, dato che gran parte delle cure informali,

intendendo con ciò la prestazione non pagata e gratuita da parte di familiari, è fatta da donne. Questa caratteristica è tipica non solo dei servizi a favore di anziani non autosufficienti, ma si riscontra anche nella sfera della natalità, e in particolare della decisione di procreazione e cura dei figli: ma se in quest'ultimo caso alle onerose scelte personali possono esser associati anche motivi di realizzazione di un progetto di vita o di investimento in risorse future, nel caso dei servizi a soggetti non autosufficienti, l'aspetto del costo assume un ruolo molto più pregnante.

Questa considerazione pone problemi di diverso ordine, che possono avere influenza sulla scelta delle modalità di organizzazione, ma anche di finanziamento del servizio coerentemente con principi di equità.

Il primo problema riguarda il confine tra ruolo dello stato, o di istituzioni esterne alla famiglia, e la famiglia stessa. Le esperienze storiche mostrano, anche limitando l'attenzione ai paesi europei, soluzioni molto diverse, che sono in definitiva radicate nelle caratteristiche di fondo dei modelli di welfare state. Il modello italiano è spesso indicato come "familista", in un'accezione che ha più connotati negativi che positivi. Secondo analisi assai condivise, dato che spaziano da posizioni espresse dalla Saraceno, sino al Libro Bianco del Governo Berlusconi, alla famiglia vengono demandati compiti eccessivi; essa deve svolgere compiti di supplenza che altre istituzioni, in altri contesti, svolgono. Tali opinioni sono condivise anche dagli estensori di questo Rapporto, che vedono appunto nel disegno di un nuovo strumento di intervento pubblico per i soggetti non autosufficienti, un modo per affrontare questa difficoltà. Questa considerazione non deve però indurre a pensare che un ruolo della famiglia non sia legittimo e non debba essere preservato. Anche senza aderire in modo aprioristico a principi di sussidiarietà verticale, comunque ben presenti nel Dna etico del nostro paese, sembra difficile sfuggire all'idea che la responsabilità della cura dei familiari debba essere in primis sostenuta dalla famiglia stessa.

Sul piano delle *policy* le conseguenze di queste valutazioni non sono univoche. Vi è chi propende per l'adozione di politiche che liberino la famiglia da compiti ritenuti impropri o comunque eccessivi e chi invece per politiche che siano di aiuto alla famiglia, al fine di metterla nelle condizioni di svolgere in modo più agevoli tali compiti. Il quadro è complicato anche dal fatto che il sostegno di politiche del primo tipo (liberare la famiglia) può essere motivato da posizioni ideologiche anche molto distanti. Si può essere a favore della liberazione della famiglia perché sensibili agli aspetti di genere, se si prende atto che di fatto gli oneri maggiori all'interno della famiglia sono sostenuti dalle donne. Ma vi è anche chi fa ricorso a motivazioni puramente efficientistiche, legate alle politiche di

ampliamento dell'offerta di lavoro, in cui si suggerisce l'obiettivo di elevare il tasso di partecipazione al lavoro, che nel caso italiano coincide con l'obiettivo di aumentare la partecipazione femminile. Queste seconde finalità possono produrre, nella lunga fase di transizione da un modello di welfare mediterraneo di tipo familista ad uno più "nord-europeo", situazioni in cui l'aspetto di genere diviene più e non meno problematico³.

Un altro aspetto molto importante connesso ai problemi sollevati in questo capitolo riguarda la definizione stessa di onere e costo. Se il ruolo dell'aiuto informale è così rilevante (si veda, per un quadro europeo, Oesterle, 2001) è chiaro che l'unità di conto in base alla quale valutare il costo dei SNA non può essere solo il metro monetario, ma l'ammontare delle risorse (lavoro, sforzo) impiegato, sia esso pagato o non pagato. Ciò implica che nella definizione stessa degli obiettivi andrebbero inclusi non solo i destinatari dei SNA, cioè gli anziani non autosufficienti, ma anche i familiari che svolgono attività gratuita, volontaria, o comunque non pagata.

È pertanto necessario, nel disegnare un modello ottimale di finanziamento, avere presente la dimensione del lavoro non pagato e soprattutto dare di esso una valutazione in termini equitativi. In termini di benessere il costo del servizio è infatti pari alla somma di tutte le transazioni monetarie (siano esse direttamente pagate dai beneficiari per l'acquisto di servizi sul mercato, o derivino da risorse pubbliche a carico del bilancio pubblico), e del valore dei servizi informali non pagati resi dai familiari. Una contabilità difficile, ma non impossibile, che ha implicazioni rilevanti su due aspetti del problema:

- a) la determinazione del peso relativo, nell'ambito del costo complessivo, che deve sussistere tra componente pubblica e componente privata e, all'interno di questa, fra componente monetaria e componente informale

³ Un esempio in cui gli interrogativi sollevati si rispecchiano è costituito dalle tendenze più recenti di politiche per i NA messe in campo in diverse realtà regionali: gli assegni di cura. L'esigenza di contenere la spesa pubblica, anche nel settore qui in esame, ha portato infatti a ritenere che un uso troppo esteso dei ricoveri di soggetti NA in case protette comporti costi troppo elevati: da ciò la tendenza a favorire soluzioni domiciliari (come peraltro sta accadendo nel campo ospedaliero), ritenute comunque più efficaci. Gli incentivi economici come gli assegni di cura avrebbero la funzione di favorire tale soluzione, che ha però anche l'implicazione di accentuare il ruolo della famiglia, e delle donne in particolare, accentuando per esse il costo opportunità di un lavoro extra-domestico, e acuendo gli aspetti problematici sopra indicati. La ricerca di un equilibrio non è facile, dal momento che ciò che è risparmio per le finanze pubbliche finisce inevitabilmente per costituire un maggior onere per le famiglie.

- b) la definizione di criteri di equità in base ai quali articolare eventuali compartecipazioni al costo in presenza di diverse modalità e gradi di servizi non formali.

Per esemplificare con riguardo al secondo aspetto, è utile richiamare che il bisogno di SNA risulta nettamente differenziato a seconda che il potenziale beneficiario sia o no inserito all'interno di un contesto familiare adeguato. Il bisogno è molto più forte per i nuclei familiari single. In questo contesto ci si può domandare se dal punto di vista etico sia opportuno privilegiare gli aiuti al primo tipo di realtà rispetto a quella degli ultra 65enni che vivono in un più ampio contesto familiare. Ciò sarebbe coerente con una visione consequenzialista dell'equità, ma è ovvio che ciò crea tensioni rispetto al tema della "liberazione della famiglia". Questo punto sarà ripreso più avanti.

L'esplicita considerazione del ruolo della famiglia ha poi implicazione importanti anche sull'estensione e sulla tipologia di offerta dei servizi che dovrebbero essere inclusi nei LESNA. La letteratura e le esperienze più di avanguardia forniscono indicazioni interessanti (Beltrametti, 2002). L'esplicita considerazione dei costi familiari induce, ad esempio, a prevedere forme specifiche di assistenza rivolte ai *care giver*, come la creazione di condizioni per potere interrompere il lavoro di cura familiare per periodi di ferie o poter beneficiare di opportunità di formazione.

Per tenere conto della natura di "valore d'uso" del lavoro non pagato e cercare di rendere meno netta la frattura tra prestazioni "commodificate" nel mercato e attività informale, appare in particolare opportuno prevedere l'istituzione di contributi figurativi pensionistici per i *care giver* informali non pensionati.

2.3 Il ruolo della scelta individuale

Un altro aspetto rilevante che caratterizza i SNA rispetto ai servizi sanitari è costituito dal ruolo della scelta dei soggetti destinatari dei servizi o di coloro che ne hanno la tutela. Nei servizi sanitari la domanda di salute è difficilmente definibile da parte del paziente. La carenza di informazioni è così ampia che è necessaria una delega ad altri soggetti per la valutazione del proprio bisogno. Il carattere di *experience good* è in questo caso molto forte e spesso, anche a posteriori, è difficile dare una valutazione del trattamento ricevuto. Per queste ragioni il ruolo della scelta individuale (quale medico scegliere, in quale ospedale farsi ricoverare) anche quando sia garantita, è, nella realtà, spesso basata su fondamenti conoscitivi esili, se si escludono i casi estremi, nel bene o nel male. Il problema si pone in modo assai diverso per i servizi alla persona per non autosufficienza in cui gli aspetti

relazionali, enfatizzati dal più ampio profilo temporale delle prestazioni sono importantissimi nel garantire i “funzionamenti”. L’organizzazione dei servizi non può quindi prescindere da tale aspetto e ciò può avere influenza anche sulla scelta delle modalità di finanziamento, in particolare sulla ricerca della soluzione ottimale tra fornitura di servizi *in kind* o di trasferimenti monetari/*voucher*. Alla libertà di scelta è però necessariamente associata l’assunzione di una maggiore responsabilità da parte del soggetto, anche nel finanziamento del servizio. E’ probabile che quanto più si voglia garantire libertà di scelta, tanto minore dovrà essere il ruolo di un’offerta pubblica. In linea di principio devono essere lasciate aperte forme di *topping up* o comunque di flessibilità nell’adattamento tra domanda e offerta e nelle forme di remunerazione dei servizi.

2.4 Natura multidimensionale dei bisogni e degli interventi.

L’attuale organizzazione dei servizi per le persone non autosufficienti presenta vistosi vuoti, sia per l’assenza di servizi, sia per le modalità dell’offerta prevalentemente orientata alla istituzionalizzazione. Le consolidate acquisizioni della geriatria, nonché la stessa valutazione quantitativa del fenomeno della non autosufficienza, sollecitano/impongono viceversa un sistema di interventi in grado di realizzare servizi *appropriati e sostenibili*.

E a proposito dell’*appropriatezza*, pare necessario evidenziare alcuni aspetti. La condizione di non autosufficienza nelle persone anziane, *come sottolinea il documento unitario Cgil, Cisl, Uil pensionati*, è il “risultato di una storia complessa”, peculiare alla vita di ogni persona, una condizione di vita non statica, nella quale interagiscono problemi sociali, sanitari, relazioni, risorse personali, amicali e di contesto ambientale.”

D’altro canto nel Piano nazionale sociale 2001-2003 “Il diritto *a star bene* è indicato come il fondamento delle politiche sociali e gli obiettivi di *ben-essere* della persona, sono riferiti allo sviluppo e la conservazione delle capacità fisiche, alla capacità di affrontare positivamente le responsabilità quotidiane, di riconoscere e coltivare le risorse personali, di svolgere una soddisfacente vita di relazione, di essere membri attivi della società”.

Il trattamento della non autosufficienza dovrà quindi assumere un carattere multidimensionale, interdipendente, offrendo non solo prestazioni sociali, sanitarie e abitative, ma riconoscendo una specifica funzione ai fattori relazionali, psicologici, ambientali. In altri termini non si tratta di offrire prestazioni rigide e preconfezionate, ma di collocare, al centro della progettazione del sistema dei

servizi, la persona e le sue esigenze, per offrire ad essa l'opportunità di vivere nel modo più consapevole, attivo e partecipe possibile.

Esistono a tal fine - nella letteratura (Servizi nuovi, 2003), nella legislazione e nelle buone prassi - consolidati riferimenti. Con la valutazione multidimensionale e la definizione del progetto personalizzato, le risorse individuali, familiari, di contesto ambientale sono considerate essenziali per rispondere alle esigenze delle persone e integrate alle prestazioni e ai servizi garantiti dal pubblico. E ciò per una duplice ragione. Il trattamento per la non autosufficienza se vuole conseguire dei risultati deve necessariamente misurarsi con la storia, le esperienze, le motivazioni, la volontà, le scelte delle persone interessate. E non si tratta solo di aspetti che attengono alla sfera individuale: gli anziani sono una risorsa per la comunità, una vera ricchezza di saperi ed esperienze, soggetti rilevanti per il tessuto di relazione fra generazioni. Se si affermano diritti di cittadinanza, in grado di investire sulla libertà delle persone e di sostenere l'assunzione di compiti e responsabilità dell'individuo e della società civile, si può infatti rafforzare ed estendere il processo di coesione sociale.

L'assunzione di linee di intervento appropriate e flessibili consente anche di rafforzare gli aspetti di sostenibilità degli interventi per la non autosufficienza. Le dinamiche di crescita della non autosufficienza nei prossimi decenni impongono infatti di valutare l'assoluta rilevanza di un sistema di interventi in grado di *prevenire, rallentare e contrastare* i fenomeni di progressivo decadimento. Ogni risultato in questa direzione, oltre ad affermare concretamente il valore della dignità umana, consente di rallentare la crescita esponenziale dei costi e di imprimere una maggiore efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

D'altro canto la definizione del progetto personalizzato consente di attivare insieme alle risorse pubbliche anche quelle individuali, familiari, di volontariato, di reciprocità, che, come si è detto, seppure non rilevate e "nascoste", non sono sostituibili e non devono essere sottovalutate anche dal punto di vista finanziario.

Anche sul versante delle prestazioni e dei servizi il progetto personalizzato disegna e organizza un'offerta non rigida, con prestazioni in grado di combinarsi a "mosaico" per aderire, in termini più adeguati alle esigenze delle persone, che mutano nel tempo, realizzando in ciò un risultato di efficacia e di efficienza. Si pensi alla possibile interrelazione funzionale fra offerta di servizi domiciliari, centri diurni e strutture residenziali. La estrema scarsità di prestazioni domiciliari già oggi comporta costi finanziari, per ricoveri impropri in struttura, in crescita esponenziale.

Se si assumono questi indirizzi per la progettazione del sistema integrato dei servizi, i LESNA dovranno garantire al cittadino, non solo singole prestazioni, ma servizi integrati supportati dalla valutazione multidimensionale e dal progetto personalizzato condiviso. Dovranno garantire cioè il diritto all'informazione, alla valutazione del caso individuale/familiare, alla definizione di un percorso condiviso, all'accompagnamento nel percorso stabilito, a prestazioni personalizzate nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare. In altri termini si prefigura un "modello" di intervento volto ad affermare una gamma di diritti esigibili dai cittadini – diagnosi, definizione di percorsi, servizi – che nella definizione dei LESNA dovranno essere esplicitati al fine di garantire l'accesso ad una rete di "cura" integrata e monitorata per qualità e risultati.

3. Le giustificazioni dell'intervento pubblico nel finanziamento e nell'offerta dei programmi per la non autosufficienza

Esistono ragioni di carattere teorico, fondate cioè sulla teoria economica e su condivisi presupposti normativi, tali da giustificare un intervento pubblico nei SNA? La risposta a questo quesito generale viene solitamente affrontata dagli studiosi sociali attraverso un'analisi delle caratteristiche del servizio in esame e la valutazione della capacità del mercato di essere in grado di soddisfare la domanda di SNA⁴. La logica è quella tipica della ricerca di eventuali possibili fallimenti del mercato, che, se individuati, *possono* giustificare un intervento da parte dello stato nel finanziamento e/o nell'offerta di servizi.

3.1 Motivazioni di efficienza e di equità

I profili sotto i quali vengono analizzate le caratteristiche dei servizi sono riconducibili alla ricerca di possibili connotati del servizio come "bene pubblico", vale a dire di un bene o servizio caratterizzato da due caratteristiche fondamentali: la rivalità (il consumo del servizio da parte di un soggetto non impedisce il godimento dello stesso da parte di tutti gli altri soggetti) e l'escludibilità (è possibile escludere un soggetto dal consumo del servizio).

Alla luce delle caratteristiche dei SNA tratteggiate nel capitolo 2 è facile concludere che i SNA non posseggono in nessun modo le caratteristiche di un

⁴ Un esempio meritevole di particolare attenzione è l'analisi contenuta in Walker et al., 1998. Si vedano anche Glennerster, 1998; Gori, 2001.

bene pubblico (non rivalità, non escludibilità): si tratta quindi di beni privati, e cioè beni che, secondo la teoria economica, dovrebbero essere prodotti e scambiati nel mercato. Non esistono quindi, sotto questo primo profilo, ragioni di carattere strettamente economico e quindi riconducibili a motivazioni forti di efficienza economica che giustifichino un intervento pubblico.

La presenza di connotati di beni pubblici non è però l'unica fonte di legittimazione dell'intervento pubblico.

Si sono richiamate sopra le analogie tra domanda di SNA e di servizi sanitari. Appare quindi del tutto ovvio fare riferimento alle motivazioni che giustificano l'intervento pubblico in campo sanitario sotto i due aspetti che, come si è detto, accomunano le due tipologie di servizi: natura degli stessi e caratteristiche del rischio.

Con riguardo a questo secondo aspetto, il rischio, per i servizi sanitari la teoria economica ha suggerito motivazioni che giustificano l'intervento pubblico, nella presenza di possibili fenomeni di *selezione avversa* e, in misura minore, di azzardo morale. La soluzione privata di tipo assicurativo, consistente nella sottoscrizione individuale di una polizza sanitaria, può rivelarsi inefficiente se chi assicura si trova in una situazione di asimmetria informativa sulle reali caratteristiche dell'assicurato. Tale motivazione è certamente presente di fronte al rischio di malattia e per tale ragione l'intervento pubblico trova giustificazioni sulla base di ragioni di pura efficienza, perché la soluzione che il mercato è in grado di offrire alla copertura del rischio di bisogni sanitari è, per tutelare l'assicuratore, solo parziale (il grado di copertura del rischio è infatti inferiore al 100%). Nel caso della non autosufficienza il rischio di selezione avversa nell'accezione ora illustrata è molto probabilmente meno rilevante. La diversa probabilità di rischio infatti, più che essere riconducibile a caratteristiche soggettive, è imputabile a fattori noti all'assicuratore, quali l'età e il sesso, nei confronti della quale il mercato risponde con una differenziazione del premio, che può eventualmente essere discussa sul piano dell'equità, ma che non pregiudica il funzionamento del mercato. Problemi di fallimento dei mercati assicurativi possono invece porsi con riferimento alla natura composita dei servizi di non autosufficienza, che comprendono, come si è ricordata, a fianco di prestazioni sanitarie, anche servizi di cura della persona e supporto domestico. Ciò può dar luogo, da un lato, a comportamenti sleali (azzardo morale), volti ad ottenere dall'assicurazione un insieme di servizi che, in assenza dello stato di bisogno che fa scattare il diritto alla prestazione, sarebbero prestati dai famigliari, dall'altro a incompletezza o assenza di mercati, nel senso che l'insieme di servizi previsti dal "pacchetto" assicurativo contrattato ex ante, al

momento della stipula del contratto, non è adeguato, ad es. perché non sufficientemente articolato, per far fronte al bisogno del non autosufficiente.

Un'altra motivazione dell'intervento pubblico collegabile a fallimenti del mercato fa riferimento al concetto di *esternalità*. Questo concetto è solitamente ricordato con riferimento alla salute: vivere in una società in cui è elevato il grado di salute produce effetti positivi sulla vitalità e operosità della popolazione. L'argomento non sembrerebbe facilmente estensibile al caso della non autosufficienza, che semmai presenta un effetto esterno positivo molto netto sul contesto familiare del soggetto non autosufficiente. La presenza di una rete estesa di servizi consente di realizzare livelli di benessere elevati a chi di fatto assolve un ruolo decisivo nel lavoro di cura di tipo informale. Siamo cioè in presenza di una esternalità positiva *localizzata* ad un sottoinsieme della popolazione. Questa caratteristica appare rilevante per identificare le modalità di corretta allocazione dei costi dei SNA⁵.

Una ragione di efficienza che motiva l'intervento pubblico nei campi relativi ai grandi rischi sociali (vecchia, disoccupazione, non autosufficienza, ecc.) è poi riconducibile alle esternalità negative che potrebbero derivare dal vivere in un contesto sociale segnato dall'abbandono di persone non in grado di badare a sé stesse o dall'indigenza dei loro nuclei familiari, oberati dalla necessità di fornire un'assistenza superiore alle proprie possibilità, che difficilmente sarebbe priva di riflessi negativi sulla vita collettiva.

Alle ragioni fondate su criteri di efficienza (fallimenti del mercato), che appaiono nel complesso meno rilevanti rispetto a quelle portate a giustificazioni di altri interventi nel campo del welfare, si affiancano ragioni riconducibili a criteri di equità.

La motivazione fondamentale che consente di giustificare una qualche forma di intervento pubblico è che la natura dei servizi in questione (salute, cure per la non autosufficienza) è diretta al soddisfacimento di bisogni umani fondamentali, *funzionamenti*, nella terminologia di Sen, a cui possono essere associati veri e propri *diritti di cittadinanza*, al pari del diritto alla vita, alla libertà di espressione e così via. In questo contesto la motivazione dell'intervento pubblico affonda le proprie radici puramente sulla base di presupposti di carattere etico ed ideologico. Questo fatto non indebolisce certo la motivazione dell'intervento pubblico. Tuttavia deve essere

⁵ Un effetto positivo rilevante potrebbe invero manifestarsi nei minori costi a carico del sistema sanitario qualora un efficace PNA consentisse di alleggerire l'uso improprio delle strutture ospedaliere.

chiaro che esistono legittimi punti di vista etici dai quali non discende necessariamente un ruolo dello stato.

Un'ulteriore motivazione dell'intervento pubblico può poi fare riferimento, pur sempre in un'ottica in cui l'elemento fondamentale è comunque di tipo etico, al concetto di *bene di merito*. In tal caso l'intervento trova giustificazione nella valutazione che lo stato fa, per conto degli individui, di una loro possibile miopia, nelle fasi iniziali della vita, nei confronti del rischio in oggetto. In sostanza le medesime motivazioni che stanno alla base della giustificazione dell'intervento dello stato nel campo dei sistemi pensionistici. Questa analogia con le pensioni è meritevole di attenzione, dato che le risorse pensionistiche possono costituire un punto di riferimento importante per la copertura dei costi dei SNA. Va però precisato che, rispetto al rischio di vecchiaia, la miopia nei confronti della non autosufficienza può risultare esasperata dalla difficoltà di prevedere lo specifico livello di intensità di non autosufficienza.

Se la motivazione di fondo dell'intervento pubblico è quella dei diritti di cittadinanza o di egualitarismo specifico e dei beni di merito, la soluzione principale che l'economia normativa suggerisce è quella di una copertura del rischio a carattere *universale*. L'universalità però, come noto, ha due possibili accezioni: quella della platea dei soggetti che ne hanno diritto (ed è quindi contrapposta alla categorialità); e quello della modalità di finanziamento mediante imposte generali (ed è in tal caso contrapposta alla selettività, che comporta un'offerta solo dopo avere sperimentato una prova di *means testing*).

L'egualitarismo specifico e i *merit goods* sono punti di riferimento per giustificare la prima accezione di universalismo: i SNA devono essere offerti a tutti i cittadini, nella stessa misura.

E' invece meno pregnante la rilevanza di tali punti di riferimento etico per giustificare l'universalismo nella seconda accezione, la forma di finanziamento, che imporrebbe un *finanziamento a carico del bilancio pubblico e quindi coperto mediante imposizione generale*. Nel caso di SNA, a differenza dei servizi sanitari, la presenza di aspetti multidimensionali dei servizi privati è così intensa che riesce difficile pensare che una forma di coinvolgimento alla partecipazione al costo da parte dell'interessato debba essere esclusa in via generale.

La scelta delle modalità di finanziamento di un particolare programma di spesa, oltre che da considerazioni di economia pubblica, risulta però influenzata dal modello di finanziamento della spesa sociale del paese entro cui tale nuovo istituto risulta inserito. La presenza di un sistema sanitario pubblico a carattere universale rende poco plausibile la scelta di un modello di finanziamento assicurativo privato.

3.2 Finanziamento dei SNA a carico del bilancio dello stato: principi alternativi

L'opzione per un finanziamento del SNA a carico del bilancio pubblico, e quindi mediante imposte, non esaurisce gli aspetti problematici delle modalità di finanziamento. La motivazione dell'imposta non ha univoci punti di riferimento teorici ed etici. La scienza delle finanze fornisce infatti due grandi criteri in base ai quali ripartire il carico fiscale tra i cittadini: la capacità contributiva e il beneficio.

Sulla base del primo principio l'imposta va ripartita tenendo conto della *capacità di contribuzione* che dovrebbe essere commisurata a un qualche indice di benessere, che solitamente viene approssimato da un indicatore della condizione economica dei soggetti (reddito e/o ricchezza). E' questo il principio che apre la via alla giustificazione dell'imposta personale e progressiva, all'interno della quale l'aspetto redistributivo assume un ruolo prevalente.

Il secondo principio, quello del *beneficio*, mette principalmente in luce la controprestazione tra ciò che il cittadino paga e ciò che riceve. L'imposta come "prezzo" di un servizio. La progressività in tal caso difficilmente trova giustificazione, se non con l'ipotesi che il grado di utilizzo dei servizi pubblici abbia un'elasticità superiore all'unità rispetto al reddito dei cittadini. La realizzazione di questo principio spesso suggerisce la ricerca di forme di imposte di scopo, *earmarked*, vale a dire imposte dedicate al finanziamento di un particolare servizio, proprio al fine di sottolineare la corrispondenza tra servizio ottenuto e tributo.

I due principi riflettono due modi di vedere la ripartizione del carico fiscale che rispondono a principi etici distinti e tuttavia sempre compresenti nel disegno dei sistemi tributari e nella ricerca delle più corrette forme di finanziamento. Si può dire che difficilmente un sistema fiscale può essere costruito su uno solo dei due principi. Infine vale la pena di ricordare che il peso relativo con cui essi si trovano presenti nei sistemi tributari è correlato al grado di decentramento del sistema fiscale. Il principio della capacità contributiva e la sua naturale connessione con l'imposta personale assume un ruolo esplicativo più pregnante a livello centrale, mentre il principio del beneficio viene più spesso invocato con riferimento ai servizi offerti a livello decentrato.

Questi richiami elementari dei principi di finanza pubblica non sono inutili ai fini della ricerca delle modalità di finanziamento dei SNA. Preme infatti sottolineare che, anche per chi abbia la convinzione che il finanziamento debba essere realizzato mediante imposte, non necessariamente la ripartizione del carico fiscale deve essere a carattere fortemente redistributivo (imposta progressiva). Il richiamo al principio del beneficio, che può trovare maggiore accentuazione nel

caso di servizi offerti a livello decentrato, potrebbe suggerire la ricerca di forme di finanziamento che, pur avendo il carattere dell'imposta, accentuano la correlazione tra servizio ricevuto e controprestazione tributaria.

3.3 Capitalizzazione e ripartizione

Un secondo aspetto cruciale nelle scelte dello strumento e del modello di finanziamento di un PNA riguarda la scelta tra un modello a capitalizzazione o un modello a ripartizione.

Se un PNA presenta caratteristiche di tipo assicurativo o previdenziale, che comportano la rinuncia a risorse correnti, in funzione dell'assegnazione di diritti futuri, nel caso in cui si manifesti l'evento rischioso di non autosufficienza, si pone l'alternativa delle modalità con cui vengono identificate le risorse e attribuiti i diritti sulle risorse future. In analogia con i modelli pensionistici l'alternativa di fondo è tra sistema capitalizzazione e sistema a ripartizione.

Tutte le soluzioni di carattere assicurativo privato fanno necessariamente riferimento al modello della capitalizzazione. I premi sono investiti sul mercato finanziario e i loro rendimenti costituiscono la base per il finanziamento delle prestazioni future.

Nel caso di assicurazione sociale, il riferimento può essere invece sia un modello a ripartizione, in cui le risorse per il pagamento delle prestazioni sia tratto dal gettito corrente dei contributi/imposte introdotte per finanziare il programma, sia un modello a capitalizzazione, pur gestito dal settore pubblico.

I modelli a ripartizione possono assumere diverse forme a seconda delle modalità con cui vengono assegnati i diritti alle prestazioni. Nel campo pensionistico si contrappongono solitamente due forme: modello puro di tipo retributivo e modello a capitalizzazione simulata. Il modello retributivo prevede, nella forma pura ed estrema, l'assegnazione di diritti pensionistici indipendenti dal livello di contribuzione, ma definiti, ad esempio, con l'obiettivo di garantire al pensionato un tenore di vita adeguato a quello goduto nel periodo di attività (tasso di sostituzione fisso). Nel caso del modello a ripartizione a capitalizzazione simulata, il diritto pensionistico è invece strettamente proporzionale all'ammontare dei contributi versati nel periodo di attività. La riforma Dini appartiene, come noto, a questo secondo caso.

Si possono immaginare applicazioni analogiche di questi criteri ai PNA. Il modello a ripartizione "retributivo" appare coerente con una definizione dei diritti che discende direttamente dal grado di bisogno. Esso appare quindi il più appropriato nel caso in cui ruolo dell'intervento pubblico sia prioritariamente

orientato a garantire livelli essenziali di servizi, per definizione offerti in misura uniforme a tutti i potenziali beneficiari, con lo stesso livello di bisogno.

Nel caso del modello a capitalizzazione simulata, l'implicazione sarebbe una differenziazione dei diritti a seconda della contribuzione. Un'ipotesi difficilmente accettabile sotto il profilo redistributivo.

Dal punto di vista distributivo, con riguardo al caso di assicurazione sociale, vi è un altro importante aspetto da considerare. Nel caso della capitalizzazione l'erogazione del servizio deve essere dilazionata sino al momento in cui non siano accumulate riserve sufficienti per far fronte ad una gestione finanziariamente equilibrata. Nel caso della ripartizione è invece possibile offrire immediatamente il servizio ai soggetti in stato di bisogno. La scelta tra questi due meccanismi implica quindi anche un diverso modo di affrontare la distribuzione dell'onere fra generazioni di soggetti. Nel caso di fondo a ripartizione risulta prevalente l'obiettivo di privilegiare le coorti di popolazione anziane, rispetto alle generazioni future.

3.4. L'equità intergenerazionale

La natura dei SNA presenta caratteri particolari: la fruizione dei servizi si concentra principalmente nel periodo finale della vita dell'individuo. Questa caratteristica pone evidentemente un problema di equità generazionale nella modalità del finanziamento. E' legittimo affermare, in questa prospettiva, che l'onere del finanziamento di tali servizi debba principalmente gravare sulle coorti di popolazione che maggiormente ne traggano beneficio? Appaiono evidenti le connessioni con i temi affrontati nei due precedenti paragrafi, che qui si riprendono con particolare attenzione appunto all'aspetto dell'età dei soggetti.

In questa prospettiva l'adesione, anche se solo parziale, al criterio del beneficio potrebbe suggerire, per il finanziamento dei SNA, l'opportunità di graduare gli oneri in modo tale da tenere conto che le coorti più giovani della popolazione non stanno usufruendo in misura rilevante dei benefici dei servizi che concorrono a finanziare.

Questa ragionevole considerazione va però temperata da un altro aspetto, che si ricollega, ancora una volta al ruolo del lavoro informale nella società contemporanea. Gli anziani non sono solo i destinatari dei SNA, ma sono anche i più rilevanti produttori di servizi di cura. Secondo valutazioni relative a paesi europei circa un terzo del totale dei servizi di cura per non autosufficienza è fornito

da soggetti ultrasessantacinquenni. Tale offerta ha evidentemente effetti positivi anche sulle coorti dei giovani nella misura in cui li libera da compiti di cura.

Parte seconda
Una proposta di definizione dei Livelli essenziali di prestazioni
per la non autosufficienza (LESNA)

4. L'universo della non autosufficienza: una valutazione quantitativa

Propedeutica alla riflessione sui LESNA è naturalmente una ricognizione del fenomeno della non autosufficienza in Italia con riferimento alla sua composizione per condizioni di disabilità, alla sua distribuzione territoriale, alle condizioni familiari ed economiche. A tal fine presenteremo in questo capitolo alcune elaborazioni condotte sulla base dei dati forniti dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle condizioni di salute della popolazione italiana - incrociati con i dati dell'indagine Banca d'Italia sulle condizioni economiche delle famiglie italiane - e sulla base dei dati Istat circa i presidi residenziali socio-assistenziali e sanitari. I primi forniscono informazioni dettagliate sulle persone non autosufficienti che risiedono in casa, i secondi consentono di delineare un quadro delle persone che sono ospitate in strutture residenziali. Nell'insieme si tratta di quasi 2.800.000 persone che, come vedremo, costituiscono un universo molto articolato sia per grado di disabilità sia per condizione sociale. Proporremo inoltre una valutazione circa la dinamica che il fenomeno della non autosufficienza assumerà prevedibilmente nel medio periodo sulla base di prime proiezioni che abbiamo costruito al 2010 e al 2020.

4.1 La situazione dei non autosufficienti che risiedono in casa

Il quadro d'insieme. Cominciamo dall'analisi delle condizioni delle persone non autosufficienti che risiedono in casa come si evince dall'ultima indagine multiscopo Istat condotta negli anni 1999-2000. Dalle tavole A1 e A2 vediamo subito che i non autosufficienti residenti in casa ammontano in totale a circa 2 milioni 600 mila persone, di cui 1.150.000 (il 44%) risultano costretti dalle proprie condizioni di salute a rimanere in casa ("confinati" secondo la terminologia Istat), per la maggior parte in condizioni di disabilità gravi: circa 500 mila persone (il 19% del totale dei non autosufficienti) sono immobilizzate a letto o su una poltrona e 350 mila (il 13%)

presentano almeno 3 ADL mancanti⁶. Dei restanti 1.450.000 non autosufficienti che sono in grado di uscire di casa, 1.050.000 (il 40% del totale dei non autosufficienti) presenta 1 ADL mancante, 360 mila (il 14%) 2 ADL mancanti e 60 mila (il 2%) 3 ADL mancanti. La distribuzione per età mostra un addensamento della non autosufficienza verso le età avanzate con oltre il 70% concentrato sulla popolazione ultrasessantacinquenne (il 51% sugli ultrasessantacinquenni). La concentrazione sulle età avanzate aumenta all'aumentare delle ADL mancanti e, inoltre, è molto forte per le persone costrette in casa.

In rapporto alla popolazione italiana, si osserva (tavola A2) un'incidenza media di disabilità pari al 4,9% (la popolazione di riferimento è quella dai 6 anni in su in quanto, come appare ragionevole, solo con riguardo ad essa l'Istat distingue tra autosufficienti e non). Disaggregando per classi di età, l'incidenza raggiunge il 35% per gli ultrasessantacinquenni, e in particolare quasi il 18% degli anziani di più di settantacinque anni risulta costretto in casa.

La condizione socio-economica dei non autosufficienti. La tavola A3 fornisce la distribuzione dei non autosufficienti in relazione all'ampiezza del nucleo familiare di appartenenza. Più di 28 non autosufficienti su 100 vivono da soli e altri 35 vivono in nuclei familiari di due persone. Una proporzione simile riguarda le persone costrette in casa: in questo caso il dato implica, se possibile, motivi di preoccupazione ancora maggiori, segnalando situazioni di evidente bisogno di assistenza. Se guardiamo all'incidenza sulla popolazione complessiva, vediamo che ben il 15% delle persone che vivono sole presentano una qualche forma di disabilità e il 7% è costretto in casa.

La tavola A4 dà una prima idea delle condizioni socio-economiche delle famiglie cui appartengono i non autosufficienti. Il 71% di loro vive in famiglie in cui risulta "attivo" (occupato o in cerca di lavoro) meno di un componente su quattro: naturalmente il dato risente in larga misura del fatto che i non autosufficienti sono in gran parte anziani e concentrati in nuclei di uno o due componenti, il che implica come è ovvio che si tratta di nuclei familiari in cui non sono presenti, o lo sono in misura limitata, persone attive. In ogni caso rileva la differente distribuzione della popolazione italiana complessiva in relazione al tasso di attività del nucleo familiare (quasi il 70% appartiene a nuclei con tasso di attività superiore al 25%).

⁶ Si tratta del noto criterio di classificazione internazionale basato sulle *Activities of Daily Living* (ADL) mancanti: la condizione di disabilità risulta di gravità crescente al passare da 1 a 3 ADL mancanti.

La tavola A5 dà un'idea più precisa della situazione economica in cui versano i non autosufficienti⁷: la loro distribuzione in relazione alla ripartizione della popolazione italiana per decili di reddito pro-capite equivalente (il reddito del nucleo familiare è ripartito sul numero dei componenti pesato per la scala di equivalenza ISEE) mostra un certo addensamento dei non autosufficienti sui primi tre decili, quelli cioè a reddito più basso. In altri termini, il 30% di popolazione italiana a più basso reddito comprende al suo interno il 42% dei disabili. Si ha quindi una certa concentrazione di non autosufficienti sui redditi bassi, anche se rileva pure il fatto che dal quarto decile in su la distribuzione dei disabili appare abbastanza regolare per i diversi livelli di reddito, a conferma che il fenomeno della non autosufficienza riguarda comunque tutta la popolazione, anche quella a reddito alto. Un maggior dettaglio del fenomeno viene mostrato dalla tavola A6, dove la distribuzione dei disabili sui decili di reddito pro-capite equivalente viene scomposta in base alla loro età, distinguendo tra soggetti “non anziani” (meno di 65 anni di età) e soggetti “anziani” (a partire dai 65 anni di età). La concentrazione di disabili nei decili più bassi riguarda questi ultimi, mentre i disabili “non anziani” si distribuiscono in modo abbastanza regolare su tutti i decili: il risultato è che il 30% della popolazione a più basso reddito comprende al suo interno il 47% dei disabili anziani. Tenendo conto del fatto che la presenza di anziani nel loro complesso nei primi tre decili di reddito è pari a poco meno del 42% (si veda più avanti la tavola A10), se ne deduce che le condizioni di reddito, in una qualche misura per quanto limitata, influenzano il fenomeno della disabilità.

In sintesi, la distribuzione dei non autosufficienti per livelli di reddito sembra segnalare l'interagire di tre fattori principali: a) l'addensarsi del fenomeno nelle età avanzate e su anziani che vivono soli o in coppia implica una corrispondente concentrazione sui decili inferiori della distribuzione del reddito, dato che in generale i redditi pro-capite dei pensionati e in particolare di quelli che vivono soli sono inferiori alla media; b) la correlazione tra disabilità e anzianità segnala anche una dimensione per così dire “naturale” del fenomeno della non autosufficienza, che riguarda tutte le classi di reddito; c) il miglioramento che si registra dal punto di vista sanitario negli “stili di vita” personali in relazione al grado di istruzione dei cittadini, a sua volta correlato con il reddito, può spiegare l'andamento lievemente decrescente della distribuzione dei non autosufficienti a partire dal quinto decile di reddito in su e l'incidenza di anziani non autosufficienti superiore all'incidenza complessiva di anziani sui primi tre decili.

⁷ Si tratta di una simulazione basata sull'incrocio tra i dati dell'indagine multiscopo dell'Istat e i dati dell'indagine Banca d'Italia sulle famiglie.

E veniamo ora all'analisi della distribuzione dei non autosufficienti sul territorio nazionale. Come si ricava immediatamente dalla prima colonna della tavola A7, le Regioni meridionali mostrano tutte (con l'eccezione della Campania) un'incidenza di disabili sulla popolazione (dai 6 anni in su) superiore alla media nazionale, quelle settentrionali un'incidenza inferiore alla media (con l'eccezione dell'Emilia Romagna; il Piemonte è esattamente in media) e quelle del Centro un'incidenza superiore (con l'eccezione del Lazio). Ora, mentre questo dato appare coerente con la struttura della popolazione delle Regioni centrali, che presentano in generale un indice di anzianità più elevato, altrettanto non può dirsi per le Regioni settentrionali, in genere con indici di anzianità superiori alla media nazionale, e per quelle meridionali, caratterizzate da indici di anzianità inferiori alla media. Come spiegare una simile anomalia? E' probabile che essa in parte sia il risultato della correlazione che abbiamo evidenziato più sopra tra disabilità e livelli di reddito: in questo caso, dovremmo concludere che sulla distribuzione territoriale del fenomeno la correlazione col reddito più che compensa la correlazione con l'indice di anzianità della popolazione. E' quanto sembra emergere dalla tavola A8 che mostra come la maggiore concentrazione di disabili sui decili a basso reddito si registri al Sud. Le tavole A9-A10 evidenziano che la differenza per "anziani" e "non anziani" tra l'incidenza di disabili sui decili inferiori e l'incidenza della popolazione è simile nelle diverse aree del paese, cosicché l'influenza delle condizioni di reddito sulla diffusione del fenomeno della disabilità appare omogenea sul territorio nazionale. Tutto ciò sembra confermare la tesi appena enunciata: la correlazione col reddito più che compensa la correlazione con la composizione per età della popolazione nel determinare la distribuzione territoriale dei non autosufficienti.

4.2 Una proiezione nel medio periodo

Tornando alla tavola A7, la seconda e la terza colonna riportano la proiezione al 2010 e al 2020 dell'incidenza dei non autosufficienti sulla popolazione. Si tratta di prime valutazioni che abbiamo effettuato sulla base della distribuzione attuale dei disabili in termini di localizzazione geografica e di classi di età e della struttura demografica che la popolazione italiana dovrebbe presentare alle date indicate secondo le previsioni fornite dal cosiddetto "scenario intermedio" predisposto dall'Istat. A seguito del processo di invecchiamento della popolazione, l'incidenza media nazionale di non autosufficienti passerà dal 4,9% di oggi al 6,1% nel 2010 e al 7,1% nel 2020. Per tutte le Regioni si prevede un aumento dell'incidenza, anche se con intensità diversificata che modifica la posizione relativa

di alcune Regioni. In ogni caso, permane la caratteristica d'insieme della distribuzione sopra evidenziata con riferimento alla situazione attuale: le Regioni del Centro mostrano in genere (con l'eccezione sempre del Lazio) un'incidenza superiore alla media nazionale, e così pure quelle del Mezzogiorno (sempre con l'eccezione della Campania), mentre quelle del Nord mostrano un'incidenza inferiore alla media (tranne il Piemonte che già dal 2010 passa sopra la media).

Scendendo nel dettaglio numerico, nella tavola A11 si osserva come l'incidenza del fenomeno, indipendentemente dalla gravità con cui si manifesta, tende a crescere in maniera contenuta nella fascia di popolazione di età compresa fra i 6 e i 64 anni, mentre mostra una tendenza marcata all'aumento nella popolazione di età uguale o superiore ai 65 anni, con un incremento di quasi 3 punti percentuali nel 2010 e di oltre 4 punti nel 2020. In effetti, è proprio il numero di anziani non autosufficienti a mostrare le variazioni più consistenti (+38% al 2010 e +65% al 2020). In relazione alla gravità della condizione di disabilità (tavola A12), si nota come i fenomeni più gravi quali l'immobilità (a letto o in poltrona) e la mancanza di almeno 3 ADL mostrino le variazioni più consistenti (rispettivamente +34% e +38% al 2010 e +58% e +65% al 2010), mentre i fenomeni meno rilevanti presentano incrementi consistenti ma di entità più limitata.

Le proiezioni ora illustrate sono basate sull'attuale distribuzione dei disabili per classi di età considerata a livelli di disaggregazione piuttosto articolati. Peraltro, assumendo come costanti per gli anni a venire le incidenze per classi di età registrate nel 2000, non si tiene conto della probabile evoluzione del fenomeno della disabilità in relazione al miglioramento degli stili di vita, alle attività di prevenzione e al progresso terapeutico. A questo proposito esistono vari studi che fanno riferimento soprattutto ad esperienze straniere; tuttavia non si giunge a conclusioni definitive, anche se complessivamente lo scenario prevalentemente individuato è di tipo "ottimistico"⁸, nel senso che all'allungamento della vita media si associa una riduzione della quota di non autosufficienti tra gli anziani. Per le forme di disabilità più gravi, tuttavia, è stata osservata una maggior rispondenza dello scenario di tipo "neutrale", dove l'incidenza del fenomeno tende a rimanere costante nel tempo, anche se il differimento dell'insorgenza delle malattie croniche tende a ridurre il livello di gravità del fenomeno⁹. Altra evidenza emersa in letteratura è una riduzione dell'incidenza della disabilità tra gli anziani con meno di 80 anni¹⁰.

⁸ Cfr. Beltrametti, 2000.

⁹ Cfr. Cambois, Robine, 1996.

¹⁰ Cfr. Jacobzone et al., 1998.

Una prima idea del rilievo quantitativo di questi andamenti possiamo ricavarla elaborando i dati delle edizioni precedenti dell'indagine multiscopo Istat in modo da evidenziare alcune tendenze emerse negli ultimi dieci anni, che possono essere sintetizzate nei termini seguenti.

L'incidenza dell'invalidità tende nel complesso a diminuire in tutte le fasce di età, tranne che per gli ultraottantenni che presentano un valore decisamente in crescita. Va considerato, a questo proposito, che la classe considerata è una classe con l'estremo superiore aperto, che pertanto tende ad aumentare nel tempo grazie all'allungamento della vita media, ma che proprio per quest'ultimo fatto è destinata a registrare un'incidenza della disabilità via via più elevata.

Il fenomeno dell'immobilità a letto o su una poltrona tende a rimanere costante nelle classi di età più giovani, in sintonia col fatto che in questo caso le patologie più gravi dipendono spesso da cause, quali per esempio gli infortuni, indipendenti dal progresso medico o dalla prevenzione. L'incidenza dell'immobilità tende a diminuire leggermente per gli anziani al di sotto degli 80 anni, segno delle migliorate condizioni di salute nella terza età, mentre aumenta per gli ultraottantenni, per l'aumento della vita media.

I fenomeni di disabilità meno gravi (1 ADL), mostrano un calo apprezzabile tra i più giovani, diminuiscono ma in misura meno accentuata nelle altre classi di età e rimangono per lo più costanti fra gli ultraottantenni.

Il grado intermedio (2 ADL) tende a diminuire per le classi più anziane, sostituito in queste, tuttavia, da un aumento (sensibile per gli ultraottantenni) delle forme più gravi (3 ADL). Nelle rimanenti classi più giovani, invece, i fenomeni di media e di grave entità tendono nel tempo a mantenere la medesima rilevanza.

Applicando le variazioni medie annue registrate nell'ultimo decennio per le varie classi di età dalle diverse dimensioni della disabilità, abbiamo costruito un'ulteriore proiezione al 2010 e al 2020, sempre sulla base dello scenario demografico "intermedio" dell'Istat. I risultati si discostano in misura contenuta dai precedenti, come mostra la tavola A13 dove sono riportate, oltre all'ipotesi base di costanza delle incidenze per classi di età, due ipotesi alternative: la prima utilizza i trend manifestati dal fenomeno della disabilità nel decennio passato; la seconda assume che i miglioramenti siano più contenuti (nell'ipotesi che risulti poco probabile che la riduzione del fenomeno segua un trend lineare nel tempo). Il numero complessivo dei disabili previsto al 2010, pertanto, scende da 3 milioni 380 mila unità a 3 milioni 260 mila nella prima ipotesi e a 3 milioni 310 mila nella seconda; nel 2020 da 3 milioni 920 mila unità a 3 milioni 820 mila nella prima ipotesi e a 3 milioni 860 mila nella seconda.

È chiaro che nel contesto considerato operano due forze contrapposte: miglioramento degli stili di vita, progresso della medicina e prevenzione riducono l'incidenza della disabilità, soprattutto nelle fasce più giovani, e ne spostano l'insorgenza verso età più avanzate; gli stessi fattori, prolungando la vita media della popolazione, modificano la struttura demografica della popolazione con un peso crescente della popolazione più anziana e quindi più esposta al fenomeno della non autosufficienza.

Nelle tavole A14 e A15 viene fornita la disaggregazione per età e per grado di disabilità delle proiezioni ottenute secondo la prima delle ipotesi alternative considerate (applicazione della variazione media annua dell'incidenza registrata nel decennio passato). Si osservano i seguenti risultati:

- numero e incidenza dei disabili tendono a ridursi nella fascia di popolazione al di sotto dei 65 anni e tendono ad aumentare tra gli ultrasessantacinquenni in misura più contenuta rispetto alla proiezione base;
- si riduce il numero dei casi di disabilità meno gravi (1 o 2 ADL) e la loro incidenza aumenta meno che nella proiezione base, mentre aumenta di più sia il numero che l'incidenza dei casi più gravi.

4.3 La distribuzione territoriale.

Le tavole A16-A19 dettagliano l'analisi dell'attuale distribuzione territoriale dei non autosufficienti confrontata con quella della popolazione italiana (dai 6 anni in su) in relazione all'ampiezza del nucleo familiare di appartenenza e alla presenza nel nucleo di componenti "attivi". La tavola A17 mostra come nell'insieme si osservi, rispetto alla media nazionale, al Nord una maggior concentrazione di non autosufficienti nei nuclei monocomponenti e al Centro nei nuclei di due componenti. Eccezioni particolarmente rilevanti sono costituite dal Veneto e dalle Marche, dove si osserva una maggior concentrazione nei nuclei con almeno tre componenti, e dal Lazio, dove si osserva una maggior concentrazione nei nuclei monocomponenti. Il Mezzogiorno presenta una situazione sfaccettata, con alcune Regioni in cui si ha maggior addensamento nei nuclei di almeno tre componenti, altre in cui all'opposto la concentrazione è verso i monocomponenti e altre ancora verso la coppia. La tavola A18 evidenzia un fenomeno ben noto, e cioè il fatto che per l'insieme delle famiglie il tasso di attività sia superiore al Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno. La situazione appare più sfaccettata quando si guarda alle famiglie con disabili: la tavola A19 non sembra consentire facili generalizzazioni.

Abbiamo infine provato a ripartire nelle tavole A20-A23 i non autosufficienti con riferimento al tipo di comune in cui risiedono. La tavola A20 riferita all'insieme

della famiglie mostra l'incidenza relativa dei nuclei monocomponente e delle coppie nei comuni centro di aree metropolitane, fenomeno che riguarda anche i non autosufficienti come evidenzia la tavola A21: in sintesi, come era immaginabile, nei centri urbani di maggiore dimensione è più probabile, rispetto ai Comuni di minori dimensioni, incontrare non autosufficienti che vivono soli. Sembrerebbe coerente con questa osservazione il fatto che nei Comuni centro di aree metropolitane si osserva una qualche polarizzazione delle famiglie riguardo al tasso di attività dei loro componenti, ossia si registra una maggiore incidenza relativa di famiglie con basso e con elevato tasso di attività (tavola A22); ma la distribuzione dei non autosufficienti non sembra avvalorare questa intuizione (tavola A23).

4.4 Assistenza nelle residenze e assistenza domiciliare

I presidi sanitari e assistenziali. Guardiamo ora, sulla base dei dati Istat circa i presidi residenziali socio-assistenziali e sanitari, al fenomeno dei disabili ospiti di residenze protette (pubblici e privati). Innanzi tutto vediamo la disponibilità di posti letto nei presidi: la tavola B1 riporta la loro distribuzione per tipologia di presidio e per regione. In totale abbiamo circa 330 mila posti letto concentrati soprattutto (oltre il 70%) nelle residenze per anziani, assistenziali e socio-sanitarie. I presidi appaiono concentrati soprattutto nell'Italia settentrionale, dove a fronte del 44,7% della popolazione nazionale e del 40,2% dei disabili troviamo il 64,2% dei posti letto nei presidi. Nel Centro è situato il 15,7% dei posti letto a fronte del 19,3% della popolazione e di una identica percentuale dei non autosufficienti. Nel Sud troviamo il 20,1% dei posti letto contro il 36% della popolazione e il 40,5% dei disabili. Guardando alla distribuzione delle diverse tipologie di presidi sul territorio nazionale, colpisce la scarsa dotazione relativa del Mezzogiorno per quanto riguarda le residenze socio-sanitarie.

Le tavole B2 e B3 riportano rispettivamente i disabili adulti (18-64 anni) e gli anziani (disabili e non) ospiti dei presidi. Si tratta in totale di circa 245 mila persone, di cui 222.500 sono anziani. La tipologia di presidio prevalente per i disabili sotto i 65 anni è costituita dalle comunità socio-riabilitative che, da sole, ne ospitano il 40% circa. Da notare, con riferimento a questo sottoinsieme dei disabili, il rilievo che al Nord ha anche l'ospitalità nelle residenze per anziani, assistenziali e socio-sanitarie (queste ultime anche al Centro): è probabile che la forte presenza di questo tipo di strutture in questa area territoriale consente di ospitarvi anche persone prossime alla soglia dei 65 anni. Naturalmente, per quanto riguarda gli ultrasessantacinquenni la tipologia di presidio prevalente è invece costituita dalle

residenze per anziani, assistenziali e socio-sanitarie, che ospitano più del 90% dei disabili con almeno 65 anni e che, come già detto, sono concentrate soprattutto al Nord.

La tavola B4 distingue, tra gli anziani ospiti nei presidi, quelli non autosufficienti: si tratta di quasi 141 mila persone, pari al 63% degli anziani ospiti dei presidi; la percentuale di non autosufficienti è maggiore tra le donne (64%) che tra gli uomini (60%). Rileva poi il fatto che la percentuale, tra gli anziani ospitati, dei non autosufficienti è nettamente più alta al Nord: quasi il 70% contro il 48% del Centro e il 44% del Sud. La tavola B5 segnala una netta prevalenza, tra gli ospiti dei presidi, degli ultrasettantacinquenni (81%), in particolare delle donne (85% di ultrasettantacinquenni rispetto al 70% degli uomini); nel Mezzogiorno queste percentuali si riducono notevolmente: solo il 68% degli ospiti ha almeno 75 anni. Combinando questi dati con quelli esaminati più sopra circa i non autosufficienti residenti in casa, sembra si possa concludere che nel Nord si osserva una maggiore incidenza di anziani non autosufficienti che vivono soli in casa e che, quando ultrasettantacinquenni, ricorrono alle residenze assistenziali e socio-sanitarie. Infine, la tavola B6 segnala il fatto prevedibile che, mentre la residenza assistenziale è la modalità di presidio prevalente per gli anziani autosufficienti, per quelli non autosufficienti la modalità prevalente è costituita dalla residenza socio-sanitaria.

La tavola B7 fornisce la distribuzione degli anziani ospiti nelle residenze con riferimento alle modalità di pagamento. Oltre il 60% degli ospiti paga la retta in misura integrale, il 33% in misura parziale e meno del 5% è ospitato gratuitamente. Queste proporzioni non cambiano di molto tra residenze assistenziali e residenze socio-sanitarie, salvo il fatto che nelle prime si osserva una più alta percentuale di persone che pagano integralmente la retta. Con riferimento alle ripartizioni territoriali, il Centro mostra una minor percentuale di anziani che pagano integralmente la retta e una maggior percentuale di quelli a pagamento parziale.

L'ultima tavola che presentiamo, la tavola B8, fornisce una prima "carrellata" sull'assistenza domiciliare integrata sulla base dei dati resi disponibili dal Ministero della Salute e riferiti all'anno 1999. Il numero complessivo di casi trattati è ammonta a poco più di 236 mila persone, di cui quasi il 79% anziani. Colpisce anche qui la diversa incidenza dei casi trattati nelle diverse aree del paese confrontata con la presenza di non autosufficienti residenti in casa: il 59,7% dei casi trattati è situato nelle Regioni settentrionali, contro una quota di disabili sul totale pari al 40,2%; il 29,7% dei casi è trattato nel Centro, contro il 19,3% di disabili situati in questa area; solo il 10,6% dei casi trattati si colloca nel Mezzogiorno,

contro il 40,5% dei disabili. Inoltre, al Mezzogiorno i pochi casi trattati riguardano quasi esclusivamente disabili anziani (il 93%) mentre nel Nord quasi il 30% dei casi riguarda disabili non anziani. Infine, colpisce la differenza nelle ore di assistenza erogate per caso trattato quasi doppio al Sud rispetto al Nord, differenza che risulta sproporzionata rispetto alla maggior incidenza degli anziani tra i casi trattati.

In sintesi, l'analisi che abbiamo condotto segnala:

- la rilevanza del fenomeno della non autosufficienza che riguarda – tra residenti in casa e ospiti di presidi residenziali – 2.786.000 persone (il 5,2% della popolazione dai 6 anni in su); di queste, 1.316.000 (il 2,4% della popolazione) sono costrette in casa o sono ospitate nei presidi;
 - la tendenza nel medio-lungo periodo a un aumento del rilievo quantitativo del fenomeno che, secondo prime proiezioni sui non autosufficienti residenti in casa, passerà da un'incidenza del 4,9% sulla popolazione (da 6 anni in su) al 5,9-6,1% nel 2010 e al 6,8-7,1% nel 2020;
 - la concentrazione della disabilità soprattutto, anche se non esclusivamente, sulle età avanzate;
 - la diffusione presso i disabili della condizione di single o di famiglia ristretta (due soli componenti), specie nei centri urbani maggiori;
 - una certa concentrazione dei non autosufficienti su livelli di reddito bassi;
 - lo squilibrio territoriale nella dotazione di posti letto nei presidi residenziali, con un Mezzogiorno che appare decisamente sottodotato (specie per quanto riguarda le residenze socio-sanitarie, che sono la struttura più specificamente dedicata ai non autosufficienti anziani);
 - lo squilibrio ancor più accentuato per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata, che vede le Regioni meridionali in netto ritardo e, forse, con bassi livelli di efficienza nell'erogazione del servizio.

5. Modelli di definizione dei livelli essenziali di prestazione per la non autosufficienza (LESNA): “diritti esigibili” e “indicatori di offerta”

5.1 *Problemi metodologici e modelli di definizione dei livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza (LESNA).*

A quali modelli ispirarsi nella definizione dei LESNA?

Di estremo interesse – a tempi brevi - saranno gli sviluppi del lavoro della Convenzione europea che ha già approvato l'ossatura di una vera e propria "Costituzione" nella quale è inserita la Carta dei diritti, fino ad ora assunta solo come documento politico. Alla Carta dei diritti ed ai principi in materia sociale in essa contenuti, potrebbe quindi essere attribuita la funzione di orientare l'azione legislativa dell'Unione.

A oggi la lettura della L. 328/00 consente di individuare un primo seppur rozzo modello. Dalla logica programmatica che ispira l'impianto della legge emerge infatti una nozione dei LIVEAS come **elencazione di "aree di intervento" e come indicazione di "tipologia di intervento"**. Si tratta di un primo tentativo, che ha una sua logica nell'ambito dell'impianto della legge 328 e a cui ci si è ispirati nella frettolosa prima applicazione della stessa, messa in moto dal primo Piano nazionale. Esso può assumere rilievo nell'ambito del problema generale di definizione dei LIVEAS, nella misura in cui orienta l'allocazione delle risorse che dal centro vengono destinate ai livelli inferiori di governo. Se il finanziamento dei servizi sociali fosse integralmente offerto dal livello statale ai livelli inferiori, l'attività di allocazione delle risorse finanziarie ai diversi ambiti, potrebbe in effetti assumere un ruolo programmatico di rilievo. Non è però questo il contesto entro cui ci troviamo ad operare e per questo tale modello non può essere ritenuto pienamente soddisfacente, in particolare in un contesto come quello che qui interessa, in cui l'attenzione è concentrata su uno specifico segmento di attività (la non autosufficienza).

E' possibile delineare altre nozioni? Una riflessione sulla letteratura economica¹¹ e su esperienze significative di altri paesi consente di delineare altri due possibili modelli a cui ispirarsi per la definizione dei livelli essenziali. Nel delineare questi due modelli si cercherà di mantenere la discussione al livello più generale, nella consapevolezza che le indicazioni che potranno emergere dalla nostra riflessione dovranno essere tali da potere essere conciliate con il modello dei LESNA che, alla luce, sia della L. 328/00, sia della riforma del titolo V, dovrà essere applicato a tutte le prestazioni sociali.

Un primo modello – che potremmo definire **LESNA come "indicatori di offerta"** – risponde alla persona e ai suoi bisogni, con la definizione delle prestazioni e dei servizi che devono essere realizzati (in tutto il Paese) al fine di rendere esigibili i livelli essenziali. Gli indicatori di offerta, oltre che precisare

¹¹ La tassonomia dei modelli di LESNA qui proposta è stata avanzata ad esempio in Bosi, Caruso, 2003 e ampliata e articolata in Gori, 2003.

standard quantitativi, descrivono le caratteristiche cruciali che i servizi debbono assumere e svolgere, non solo per contrastare e accompagnare il “danno”, ma anche per affermare la prevenzione e l’inclusione attiva. Questo aspetto connota qualitativamente il modello degli indicatori di offerta perché consente di costruire livelli essenziali in grado di articolarsi in una gamma di risposte che aderiscono alla molteplicità e diversità dei bisogni (conclamati e no) dei cittadini.

Con riguardo alla non autosufficienza l’applicazione di questo modello, come sarà esemplificato con maggiore dettaglio in seguito, dovrebbe giungere a delineare il numero e le caratteristiche dei servizi informativi, di accoglienza, per la valutazione e la “presa in carico” personalizzata dei soggetti che accedano ai servizi per non autosufficienza, obiettivi di monte ore di servizi di assistenza domiciliare, disponibilità di posti di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali.

Questo modello assume un’impostazione compatibile con quella delineata dalla legge 328/00, anche se cerca di renderne più efficace l’esito, prevedendo un’articolazione dettagliata delle aree di attività e di tipologia di offerta di servizi sociali e la individuazione di una serie di indicatori di capacità produttiva all’interno di ciascuno dei segmenti di attività individuati. In tal caso *il vincolo delle risorse non si lega all’area di intervento ma alla concreta realizzazione dei servizi.*

E’ molto probabile che la definizione di indicatori di tipo quantitativo non possa essere pienamente realizzata per tutti i segmenti di attività di offerta dei servizi e che quindi questo approccio debba essere integrato con altre indicazioni. In ogni caso la sostanza dell’approccio è di fissare livelli minimi di offerta che gli enti decentrati devono essere in grado di offrire alla cittadinanza, considerata nel suo complesso.

La caratteristica di questo modello è che la definizione dei *LESNA è stabilita nel rapporto tra governo centrale e i livelli di governo (Regione, ma soprattutto Enti locali)* che hanno la funzione di erogare e di regolamentare l’offerta dei servizi stessi.

L’efficacia di questo approccio dipende in modo significativo dalla presenza di adeguati meccanismi di incentivo o di penalizzazione delle amministrazioni che si rivelino con propria responsabilità incapaci di soddisfare gli standard fissati dal governo centrale.

Un secondo modello di riferimento prende le mosse dalla individuazione dei **LESNA sulla base dei “diritti esigibili dei cittadini”**. Anche qui il punto di partenza è la persona e il suo bisogno, a cui lo stato intende garantire una risposta adeguata, e quindi non minimale, anche se con modalità che possono essere variabili a seconda del tipo di bisogno e dell’autonomia di normazione e gestione di

cui dispongono le Regioni e gli Enti locali. In questo caso per ciascuna area di intervento si tratterebbe di definire il livello di prestazioni, sotto forma di servizi o di trasferimenti monetari, che consentano il soddisfacimento dei bisogni di tutela sociale essenziale definiti dal governo centrale.

Questo modello richiede un impegno rilevante per la sua gestione: presuppone infatti la piena conoscenza dei bisogni, indispensabile sia per programmare gli interventi correttivi necessari, sia per monitorare, valutare e gestire le politiche sociali. Le risorse in questo caso dovrebbero garantire il pieno funzionamento della rete su scala nazionale.

La caratteristica principale di questo approccio è di garantire il diritto del cittadino anche a fronte di ritardi dell'ente pubblico nel superare le carenze di offerta. Vi è però il rischio che la possibilità riconosciuta al cittadino di esigere e ottenere il livello essenziale sotto forma di trasferimento monetario, pur aumentando considerevolmente le garanzie di esigibilità del livello essenziale, veda penalizzata l'appropriatezza dell'intervento sociale. Questo rischio potrebbe essere superato, qualora il trasferimento assumesse la natura di un buono da spendere presso strutture, o nel rapporto con persone, accreditate dall'ente pubblico.

Su questo punto si tornerà più oltre. Si può qui ricordare che l'applicazione di un modello di definizione dei LESNA di questo tipo è sostanzialmente analogo a quello adottato in Germania con la *Pflegeversicherung*, a cui si è ispirata la proposta della Commissione Onofri nel 1997 e l'esperienza, ormai in via di attuazione, della Province di Trento e Bolzano¹².

Senza entrare nei dettagli, l'aspetto caratteristico di tale modello è l'attribuzione ad un cittadino che faccia domanda di SNA di una serie di diritti¹³ a informazioni, diagnosi, definizione di percorsi, servizi, ecc. *a cui corrispondono definiti valori monetari*, a seconda del grado di bisogno accertato.

Limite di questo modello è che la soddisfazione di un diritto esigibile, non specificato in termini assoluti, e cioè non specificato come diritto soggettivo ad un certo insieme di prestazioni che devono essere fornite indipendentemente dai vincoli finanziari macroeconomici e dalle eventuali carenze organizzative di offerta

¹² Esiste una letteratura molto ampia sul modello tedesco e sulle sue applicazioni alle province autonome del nord Italia. Si vedano Beltrametti, 1998; Isvap, 1998; Evers, 1998; Beltrametti, Bosi, 1999; Mastrobuono, 2002. Le proposte della Commissione Onofri, oltre che nel Rapporto generale, sono riprese nel documento di base a cura di Bimbi *et al*, 1997. Sulle applicazioni italiane del modello tedesco cfr. Beltrametti, 2002.

¹³ La definizione della natura giuridica di questi diritti rappresenta un delicato aspetto della disciplina di questi istituti, che non è possibile affrontare in questa sede. Riflessioni giuridiche utili per introdursi a questo aspetto sono contenute in Cafaggi, 2002.

dell'ente pubblico, può essere frustrata nel caso di inadempienza da parte degli enti responsabili dell'offerta dei servizi. Anche la soluzione di prevedere, accanto all'offerta di servizi (di un dato valore), eventualmente in via subordinata, la possibilità di un trasferimento monetario sotto forma di *voucher*, vincolato all'acquisto di predeterminati servizi, può risultare non efficace in tutte le situazioni in cui ci si scontri con un vincolo di offerta di servizi sia pubblici che privati. Questo può avvenire non solo con riferimento ai servizi più complessi, ma anche con riferimento ai servizi più semplici, ad esempio in tutti i casi in cui l'obbligo di accreditamento non costituisca un incentivo sufficiente all'emersione del lavoro nero (problema che può porsi in particolare in presenza di lavoratori immigrati irregolari).

Il ricorso ad un trasferimento monetario incondizionato, previsto allora come soluzione di ultima istanza e penalizzato dall'essere definito in ammontare significativamente più basso rispetto a quello previsto per il *voucher*, potrebbe tradursi invece in una soluzione molto parziale al problema, non solo, come si è ricordato più sopra, con riferimento alla qualità delle prestazioni ottenibili dal soggetto in stato di bisogno, ma anche in termini di frustrazione della libertà di scelta che deve esser riconosciuta all'utente fra cura formale e informale.

In conclusione, quindi, nel passaggio dal primo al secondo modello si manifesta con chiarezza la relazione diretta tra tutela del cittadino e capacità organizzativa degli enti decentrati nell'offerta dei servizi.

Le indicazioni contenute nel nuovo testo della Costituzione non sono sufficienti per avere indicazioni sulla scelta tra i tre modelli alternativi sin qui illustrati. Si può tuttavia osservare che quanto più ampia sarà la tendenza a fornire interpretazioni forti dell'autonomia legislativa regionale, tanto più si porranno problemi di realizzazione di obiettivi di equità connessi all'uniformità delle prestazioni, che dovrebbero indurre, ove possibile, alla scelta di modelli di definizione dei LIVEAS che siano in grado di combinare interventi appropriati con una forte tutela dei diritti della persona.

Sotto il profilo delle modalità con cui può essere organizzata l'offerta del servizio e dei connotati dei SNA descritti nel capitolo secondo, va sottolineato che entrambi i modelli descritti (LESNA come indicatori di offerta e LESNA come diritti esigibili) sono compatibili sia con forme di offerta pubblica, sia con modelli di regolamentazione pubblica di un'offerta privata (all'interno di questo schema può configurarsi la emissione di titoli di acquisto vincolati a predeterminati servizi sociali), sia, al limite, con il trasferimento monetario a favore del soggetto ritenuto

meritevole di tutela, nell'ambito di un processo di regolamentazione dell'offerta che è comunque orientato, quanto meno nella fase di accreditamento, dal settore pubblico.

5.2 *Prime indicazioni per una proposta di definizione dei LESNA*

Alla luce del contesto istituzionale e normativo, delle caratteristiche dei servizi e dei modelli di LIVEAS, in questo capitolo si può tentare di sintetizzare una possibile proposta di definizione dei LESNA.

Come si è argomentato, la variabile strumentale cruciale per conseguire il pieno soddisfacimento dei bisogni legati alla non autosufficienza è la garanzia della personalizzazione degli interventi. La personalizzazione permette, infatti, la piena affermazione della dignità degli individui e il conseguimento di una puntuale risposta ai bisogni. Poiché rende possibili risposte appropriate, la personalizzazione consente inoltre una maggiore efficienza, riducendo i costi imputabili all'uso improprio dei ricoveri e allontanando nel tempo il momento in cui essi possono rendersi necessari. Essa è, infine, funzionale ad una compiuta valutazione delle risorse individuali (familiari e di rete relazionale) e con esse della possibilità di partecipare al costo delle prestazioni ottenute. Anche per questa via consente, dunque, oltre che una qualità superiore degli interventi, una contrazione dei costi della non autosufficienza. Requisiti fondamentali della personalizzazione sono il diritto all'informazione, alla valutazione del caso singolo e alla definizione di un percorso individualizzato (accesso e "presa in carico"), che svolgono la funzione fondamentale di garantire l'effettiva esigibilità dei diritti, minacciata dal mancato *take-up*, e sono quindi particolarmente meritevoli di presidio pubblico.

Come si concilia questa impostazione con i tre modelli di LESNA discussi nel capitolo precedente?

- a) Il modello dei LESNA come indicazioni di aree di intervento appare troppo indeterminato; esso potrebbe essere opportunamente superato a favore dell'adozione congiunta degli altri due modelli ricordati: LESNA come indicatori di offerta e LESNA come diritti esigibili.
- b) Se è vero che questi ultimi due modelli di LESNA potrebbero essere concepiti come alternativi, e perseguiti indipendentemente l'uno dall'altro,

l'analisi svolta ha però messo in evidenza la loro elevata complementarità: la prima nozione valorizza gli aspetti carenti della seconda e viceversa. Il modello dei diritti esigibili "garantisce" il cittadino anche a fronte di eventuali inadempienze dell'ente preposto alla soddisfazione dei bisogni oggetto di tutela; il modello degli indicatori di offerta getta le basi affinché l'ente preposto si ponga nella condizione di soddisfare effettivamente e adeguatamente tali bisogni, considerandoli alla stregua di diritti di cittadinanza, irrinunciabili, dei singoli individui. Sembra in conclusione ragionevole pervenire ad una definizione di LESNA che sia fondata su due colonne portanti che non si escludono ma anzi si compendiano vicendevolmente. In altri termini per giungere ad una proposta di LESNA centrata sui diritti della persona pare necessario prevedere un'esigibilità del diritto da parte del cittadino che comprenda oltre alle singole prestazioni (domiciliari e non) anche *le attività complesse legate all'accesso e al progetto personalizzato garantite con tipologie di offerta che debbono essere presidiate dal pubblico.*

- c) Con riferimento *specifico* al particolare ambito che interessa questa nota - la non autosufficienza - si potrebbe rendere opportuno il recupero di alcuni aspetti del primo modello di LESNA descritto in queste note, come indicazione di "tipologie" di intervento (art.22, comma 4 legge 328/00). Si è infatti mostrato che all'interno della problematica della non autosufficienza è opportuno distinguere diversi segmenti: informazione, accesso, "presa in carico", assistenza domiciliare e assistenza residenziale. Questi segmenti sono strettamente legati fra di loro. Un intervento adeguato sui primi segmenti ridurrebbe la necessità di attivare l'istituzionalizzazione, che, come si è argomentato, risulta sia più costosa economicamente per la collettività sia più penalizzante per i beneficiari. *La definizione dei LESNA potrebbe quindi essere utilizzata come momento per identificare nelle tipologie di intervento che interessano - informazione, accesso, "presa in carico", assistenza domiciliare - quelle da privilegiarsi o comunque meritevoli di incentivo in sede di allocazione finanziaria del fondo nazionale.*

6. La coesistenza tra il modello “indicatori di offerta” e il modello dei “diritti esigibili”

6.1. Prime riflessioni sull'integrazione tra i criteri degli “indicatori di offerta” e dei “diritti esigibili”

Nel capitolo precedente si è argomentato che il processo di definizione dei LESNA deve fare riferimento a due pilastri: la definizione di criteri che garantiscano un'offerta adeguata di servizi da parte dei soggetti responsabili dell'erogazione dei servizi e la garanzia dei diritti dei beneficiari. Anche se concettualmente distinti e con implicazioni diverse dal punto di vista organizzativo è chiaro che i due aspetti presentano molteplici punti di connessione e interdipendenza.

Quali sono i diritti esigibili dal cittadino con i LESNA? L'appropriatezza dell'intervento è parte integrante del diritto esigibile dal cittadino? E lo è il diritto all'informazione? Per definire un modello di “indicatori di offerta” dei LESNA in termini compiuti (completi) è necessario assumere e articolare questi quesiti. Non può sfuggire infatti che la programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari più che assumere il punto di vista della domanda ed affermare diritti di cittadinanza in termini appropriati, risulta sovente condizionata da problemi organizzativi nell'offerta dei servizi e/o da vincoli finanziari.

Interessa quindi capovolgere tale impostazione e procedere alla definizione degli indicatori di offerta assumendo le esigenze (la domanda) di benessere delle persone, all'interno di un quadro di sostenibilità economica che ne consenta l'effettiva realizzazione.

Abbiamo argomentato che la variabile cruciale, a tale proposito, è la garanzia della personalizzazione degli interventi, sia per conseguire il pieno soddisfacimento dei bisogni legati alla non autosufficienza che per conseguire effettivi risultati nella *prevenzione, rallentamento e contrasto* dei fenomeni di progressivo decadimento, con i conseguenti vantaggi in termini di efficienza che questo comporta. Si tratta allora di costruire indicatori di offerta, che non rispondano solo (o prevalentemente) ai fenomeni di decadimento grave e conclamato con risposte rigide di istituzionalizzazione per far fronte all'emergenza, ma di predisporre un modello di indicatori di offerta che aderisca il più compiutamente possibile all'articolazione della domanda e alle diverse “misure” del bisogno. Si tratta altresì, di tenere in debito conto che tali domande (esigenze) mutano nel tempo non solo nei loro

aspetti quantitativi ma anche nei loro aspetti qualitativi particolarmente rilevanti per l'appropriatezza degli interventi.

Gli indicatori di offerta dovranno prevedere interventi e servizi a carattere multidimensionale e interdipendente per assumere la funzione specifica dei fattori relazionali, psicologici e ambientali e per riconoscere il diritto a prestazioni integrate, sociali, sanitarie, abitative e di mobilità. Dovranno altresì articolarsi in servizi residenziali, semiresidenziali e assistenza domiciliare e integrare come parte costitutiva delle prestazioni i servizi professionali garantiti e regolati dal pubblico con le risorse individuali, familiari e di contesto ambientale. I servizi dovranno essere accessibili con passaggi dal domiciliare al residenziale e viceversa anche in termini temporanei, per rispondere ad aggravamenti/miglioramenti delle condizioni degli utenti o per rispondere ad esigenze di "sollevio" della famiglia.

Gli indicatori di offerta dei servizi dovranno/potranno quindi essere utilizzati nella programmazione, progettazione e gestione degli interventi per la non autosufficienza con il massimo di flessibilità, come "un abito su misura" per le esigenze dei cittadini e delle famiglie. Questa metodologia è seguita in paesi stranieri (ad esempio dall'organizzazione socio sanitaria canadese) laddove esistono "pacchetti" di prestazioni di base (l'assistenza medica, infermieristica, aiuto domestico familiare, sostegno e tutela personale e familiare) che vengono strutturati e composti come "tessere di un mosaico" nel progetto personalizzato, anche in relazione alle risorse familiari e sociali.

Per assumere il punto di vista della domanda occorre altresì individuare degli indicatori di offerta che garantiscano al cittadino il percorso di accesso e di fruizione dei servizi. Non basta l'offerta di "pacchetti" di servizi appropriati, occorre che l'informazione sui servizi esistenti, spesso carente e/o inesistente sia invece ampia e diffusa; che gli strumenti per la valutazione multidimensionale del soggetto siano attivabili in tempo breve; che l'equipe con professionalità adeguate impegnate nella redazione del progetto personalizzato, siano operative in tempo reale e seguano in modo costante l'evoluzione (aggravamento/miglioramento) delle condizioni dell'utente.

Gli indicatori di offerta per il sistema di servizi per la non autosufficienza, che in seguito descriveremo in termini di funzioni e di costi, dovranno quindi prevedere, anche i servizi per l'informazione sugli interventi esistenti e attivabili, gli strumenti per la valutazione del caso individuale e familiare e per la predisposizione del progetto personalizzato. L'espletamento di tali funzioni che possiamo definire "di base" - senza le quali cioè è impossibile procedere all'attivazione di servizi

personalizzati - sono indispensabili per garantire l'accesso a servizi e prestazioni appropriati.

I **diritti esigibili** con i livelli essenziali, saranno quindi :

1. il diritto all'informazione e all'accesso;
2. il diritto alla valutazione del caso individuale/familiare;
3. il diritto alla definizione di un percorso personalizzato condiviso e all'accompagnamento nel percorso stabilito;
4. il diritto alle prestazioni integrate (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare.

La realizzazione di questi livelli di esigibilità costituiscono una sfida molto grande per molte amministrazioni del nostro paese che al momento attuale, per molteplici ragioni storiche, non dispongono di un livello adeguato di capacità produttiva. Il successo del modello dipende allora crucialmente, in coerenza con la nozione di modello "completo" elaborata nella Premessa, non solo dalla definizione di un livello adeguato di risorse finanziarie complessive (le cui caratteristiche qualitative e quantitative saranno oggetto della nostra attenzione nella Terza parte del Rapporto), ma anche dal disegno di altri aspetti istituzionali.

Un primo nodo da sciogliere riguarda l'individuazione, all'interno dei diritti da 1 a 4 declinati più sopra, di quali siano quelli che devono essere garantiti da un'offerta pubblica e quelli che, pur rimanendo l'ente pubblico responsabile ultimo della loro fruizione e del loro finanziamento, possono trovare risposta in un'offerta congiunta o alternativa di soggetti pubblici o privati, sottoposti a procedure di accreditamento pubblico.

Rientrano nella prima categoria i diritti di cui ai punti 1-3 e nella seconda i diritti di cui ai punti successivi.

Le ragioni fondamentali alla base di questa distinzione sono le seguenti. In primo luogo, servizi che rispondono alla prima categoria di diritti non sono sempre specificamente riconducibili a singoli individui (si pensi in particolare ai diritti di informazione e di accesso). L'affidamento all'offerta pubblica, vincolata dall'individuazione di ben precisi indicatori (si veda al proposito il paragrafo 6.5), è quindi indispensabile per renderli effettivi, a fronte della difficoltà di definirne l'esigibilità da parte dei singoli cittadini. Ciò è particolarmente vero se si ha attenzione, come deve essere, agli standard qualitativi dei servizi in esame. In

secondo luogo, solo i servizi che rientrano nella seconda categoria rispondono ad uno stato di bisogno definito e misurato. Solo essi si prestano quindi ad una traduzione in termini monetari, come richiesto dall'attribuzione di un buono di servizio da spendere presso strutture sia pubbliche che private. L'informazione, la garanzia dell'accesso, e l'individuazione di un percorso personalizzato sono invece preliminari a tale quantificazione, indispensabili per tale quantificazione e non sostituibili con essa. Rendono i cittadini consapevoli dei loro diritti e li aiutano a precisare, e conseguentemente definire e misurare, il loro bisogno.

Abbiamo già rilevato, illustrando le caratteristiche che connotano il modello "indicatori di offerta", che la definizione dei LESNA è stabilita nel rapporto tra governo centrale e i livelli di governo (Regione, ma soprattutto Enti locali) che hanno la funzione di erogare e di regolamentare l'offerta dei servizi e che l'efficacia di questo approccio dipende in modo significativo dalla presenza di adeguati meccanismi di incentivo o di penalizzazione delle amministrazioni che si rilevino con propria responsabilità incapaci di rispettare gli standard fissati dal governo centrale. Giacché i tempi per la realizzazione dei servizi e per la loro diffusione omogenea su tutto il territorio nazionale, sono variabili cruciali per l'effettiva fruizione dei livelli essenziali, è opportuno porre attenzione ai meccanismi di incentivo e/o di penalizzazione.

Un sistema di "premi" finanziari per le amministrazioni pubbliche che realizzano più velocemente i servizi previsti con i livelli essenziali e si apprestano a migliorarli secondo le indicazioni date, può incentivare chi non ha servizi ad agire in tempi rapidi e chi ha già (almeno in parte) i servizi e migliorare le proprie *performance*. Non si tratta di bloccare o frenare le amministrazioni pubbliche dove è maggiormente presente l'offerta dei servizi, ma viceversa di accelerare un processo con una duplice incentivazione che può agire in contesti differenziati premiando *tutte (e solo)* le amministrazioni pubbliche che realizzano e qualificano i livelli essenziali. Ovviamente il meccanismo incentivante potrà essere più o meno cogente in rapporto alle risorse finanziarie che ad esso saranno espressamente "dedicate" e se un efficiente sistema di monitoraggio consentirà l'assegnazione dei "premi" in termini trasparenti.

Il meccanismo di penalizzazione può prevedere che i finanziamenti non utilizzati (per uno o due anni?) per erogare i servizi previsti con i livelli essenziali vengano ripartiti fra le amministrazioni che invece procedono alla loro realizzazione.

La penalizzazione dell'amministrazione inadempiente potrebbe spingersi fino all'intervento sostitutivo da parte di altri livelli di governo, quando l'amministrazione non appronti i servizi di informazione, accesso e percorso personalizzato. Mentre l'amministrazione che appronti tali servizi e faccia fronte agli altri diritti esigibili del cittadino attraverso offerta pubblica o accreditamento di offerta privata dovrebbe essere considerata meritevole del premio previsto.

Il meccanismo premio/penalizzazione, per la parte riferita ai servizi che rispondono ai diritti di cui al punto 4 non potrà invece essere applicato alle amministrazioni che si limitano all'erogazione di emolumenti economici non condizionati, per un importo pari alle risorse "dedicate" alla realizzazione dei livelli essenziali.

Riservare una quota dei finanziamenti destinata alla realizzazione dei livelli essenziali alle *sole* amministrazioni pubbliche che scelgono di realizzare i servizi, espressamente dedicata all'attivazione dei meccanismi di incentivazione/penalizzazione, costituisce una opzione netta per accelerare la dinamica che risponde al bisogno in termini effettivi ed adeguati.

6.2 Il ruolo dello strumento dei vouchers

Il modello di LESNA che emerge dall'analisi sin qui condotta si caratterizza per l'introduzione di una stretta interdipendenza fra "indicatori di offerta" e "diritti esigibili", con la finalità di garantire il più possibile il cittadino circa l'effettiva esigibilità dei suoi diritti. La previsione di meccanismi di incentivo/penalizzazione del tipo di quelli citati nel precedente paragrafo vanno ulteriormente in questa direzione, anche se non è detto siano pienamente efficaci e soprattutto che tale efficacia si manifesti in tempi ragionevoli. Come si vedrà, ulteriori garanzie possono essere offerte al cittadino per cautelarsi rispetto ad un progetto personalizzato piegato più sulle risorse finanziarie rese disponibili dall'ente pubblico che alle reali esigenze di assistenza e di cura. La proposta delineata in questo Rapporto di rafforzare il potere di negoziazione del soggetto non autosufficiente con la presenza di una persona esperta di sua fiducia, assume infatti questo rischio, anche se non è in grado di porvi completo rimedio.

A differenza di soluzioni adottate altrove, e in particolare a differenza del modello tedesco della *Pflegeversicherung* richiamato in precedenza, ove all'offerta del pacchetto di servizi *in kind* è associata l'alternativa di un trasferimento monetario, anche se di ammontare sensibilmente inferiore al valore/costo dei servizi offerti, la nostra proposta considera come alternativa alla realizzazione del percorso

personalizzato attraverso servizi offerti dal pubblico non l'erogazione di un trasferimento monetario, bensì la concessione di titoli per l'acquisto sul mercato di servizi di assistenza (*vouchers*).

E' importante ribadire che questa proposta viene fatta non solo e non tanto per considerazioni che attengono l'opportunità di favorire la scelta individuale dei beneficiari (aspetto che abbiamo tuttavia valorizzato nel capitolo secondo del Rapporto), ma soprattutto per contrastare gli effetti negativi per la garanzia di livelli minimi di assistenza là ove l'offerta è strutturalmente carente.

L'impiego dei *voucher* deve rispondere però a criteri ben definiti.

In primo luogo, esso non deve comportare la rinuncia ad aderire in termini appropriati alle esigenze espresse dalla domanda in continua evoluzione e trasformazione. Questo rischio potrebbe esistere in quanto il progetto per il soggetto non autosufficiente (definizione dei percorsi, servizi) costruito sul grado di bisogno accertato, anziché comporsi a mosaico con una molteplicità di varianti personalizzate, rischia di essere ingabbiato in classificazioni troppo rigide, 3 – 4 fasce, cui corrispondono definiti valori monetari.

Al fine di evitare i rischi di un'eccessiva rigidità potrebbe essere opportuno prevedere che il diritto esigibile in valori monetari si traduca in indicatori finanziari che prevedano un tetto *minimo* e *massimo*. Sia il tetto *minimo* che quello *massimo* dovranno essere articolati (3-4 fasce) in base al grado di bisogno accertato e per le diverse tipologie di servizio.

L'indicazione di un "minimo", la cui misura è frutto di una decisione prettamente politica, è necessaria per salvaguardare il diritto di base del cittadino, al di sotto del quale si avrebbe un vulnus non accettabile del diritto di cittadinanza.

La presenza di un limite "massimo" appare invece necessaria per evitare comportamenti di azzardo morale da parte delle amministrazioni responsabili dell'erogazione dei servizi nei confronti dei livelli istituzionali superiori a cui è affidato il finanziamento del servizio, in una situazione in cui la contrattazione fra livelli di governo per la definizione dell'ammontare di finanziamento necessario alla implementazione dei LESNA può essere anche molto aspra.

L'adozione di indicatori finanziari con il sistema del tetto *minimo e massimo* ha il pregio di non costringere le realtà dove i servizi sono assegnati con il progetto personalizzato entro rigide classificazioni di standard di prestazioni e di lasciare ad esse spazio per comporre le molteplici varianti di prestazione finalizzate alla personalizzazione. In sede di regolamentazione di questi aspetti un punto delicato

sarà la definizione dei soggetti a cui è affidata la responsabilità della definizione del valore dei titoli di acquisto all'interno del *range* indicato.

In secondo luogo, occorre che il ricorso ai *voucher* non comporti una riduzione in termini qualitativi del diritto di cittadinanza, costringendo tale diritto in una dimensione esclusivamente riparativa, in cui la risposta che il cittadino può ricevere sia riferita solo al “danno” accertato. Per scongiurare tale rischio, viene data assoluta priorità all’offerta pubblica nel campo degli interventi preventivi. Non sono infatti, come si è ricordato, considerati sostituibili con *voucher*, i servizi riferiti all’accesso (informazione) e al progetto personalizzato (competenze qualificate per predisporre l’intervento appropriato). Si vuole così evitare che molte persone che hanno diritto alle prestazioni, ma non hanno le informazioni e le conoscenze per attivare le competenze e le prestazioni necessarie, ricorrano a servizi non appropriati.

L’appropriatezza dei servizi a cui il cittadino che utilizzi il *voucher* accede deve poi esser garantita dall’ente pubblico sulla base di procedure adeguate di accreditamento e attraverso il monitoraggio e la valutazione, anche qualitativa, dei servizi offerti dai privati.

6.3 Trasferimenti monetari, vouchers e lavoro sommerso

Un altro importante aspetto in cui si manifesta una interdipendenza tra i due criteri su cui si fonda il modello dei LESNA qui proposto riguarda la qualificazione del personale umano a cui saranno affidati i compiti di assistenza. Per un’offerta così connotata, particolare attenzione dovrà essere prestata alla preparazione e alla formazione permanente delle figure professionali ed al riconoscimento – non ancora adeguatamente assunto - del ruolo delle figure professionali in campo sociale.

Fra i problemi più rilevanti da segnalare in ordine alla qualità dei servizi, va annoverato il lavoro sommerso, che con un brutto termine è stato definito il lavoro delle “badanti”. Ricerche svolte a tale proposito indicano questa platea di lavoro precario con scarsa qualificazione come l’unica risposta che un numero crescente di persone e famiglie, in tutto territorio nazionale, sono in grado di attivare.

Le persone non autosufficienti e le loro famiglie (le stime redatte a tale proposito ci indicano cifre esplosive pari al 50 - 60% della domanda) ricorrono al lavoro sommerso di bassa o inesistente qualificazione, sia per la scarsa offerta di

servizi regolati dal pubblico, sia per i costi troppo elevati dei servizi privati accreditati e/o autorizzati.

Interessa qui evidenziare che i trasferimenti monetari riconosciuti dal pubblico (come ad esempio l'assegno di cura), per la scarsità di risorse messe a disposizione concorrono, seppure in termini indiretti, all'incremento della domanda di lavoro sommerso. Viceversa, le erogazioni monetarie vincolate ai titoli di acquisto di servizi, possono con adeguati programmi, mobilitare in termini sinergici le risorse pubbliche e private (delle famiglie), rendere *conveniente* con forme di incentivazione "mirata" l'emersione del lavoro sommerso ed ampliare la domanda di servizi qualificati regolati dal pubblico (cfr. l'esperienza di Modena).

6.4 Il sistema di governance e i LESNA

Nel definire la struttura degli indicatori di offerta per i LESNA e realizzare una corretta integrazione con il criterio dei diritti esigibili una rilevante attenzione deve essere posta ai compiti e alle responsabilità che competono al pubblico, agli attori sociali, ai singoli soggetti e alle famiglie nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

In estrema sintesi si richiama il sistema di *governance* previsto nella L. 328/00 e nel Piano nazionale sociale 2001-2003 per evidenziare che per la prima volta in una legge dello Stato si riconosce che i soggetti della domanda di welfare, hanno idee, energie e competenze con le quali partecipare attivamente alla soluzione dei problemi che li riguardano. Tali risorse debbono/possono essere debitamente valorizzate e poste in grado di interagire, per accrescere la qualità dei servizi regolati dal pubblico. Oltre a ciò si stabilisce che le organizzazioni sindacali e gli organismi di tutela degli utenti partecipano alla programmazione, gli attori del terzo settore partecipano alla progettazione e gestione dei servizi.

Su questo impianto di *governance*, al fine di valorizzare tutte le risorse e le competenze, si possono implementare esperienze innovative, sperimentate peraltro da "buone prassi".

Nei servizi di informazione, a seguito dell'adozione della Carta dei Servizi da parte del pubblico, i referenti designati dalle associazioni, dalle organizzazioni e dal volontariato possono concorrere al dispiegamento delle attività di informazione per i cittadini.

Nella predisposizione del progetto personalizzato e condiviso, il cittadino potrà scegliere, per elevare il suo potere di negoziazione, di essere affiancato da una persona di sua fiducia. Le associazioni, le organizzazioni e il volontariato potranno

concorrere al dispiegamento di tale prassi fornendo indicazioni sulle persone disponibili e qualificate a svolgere tale ruolo.

Nei servizi di accesso, alle funzioni di accoglienza e di ascolto del cittadino, accanto gli operatori pubblici, potranno essere presenti i referenti designati dalle associazioni, dalle organizzazioni sociali e dal terzo settore per consentire a questi soggetti di condividere la lettura delle trasformazioni della domanda e le innovazioni della rete dei servizi.

Questo processo di *governance* volto ad accrescere in termini rilevanti il ruolo di tutti i soggetti –un ruolo che ogni attore non potrebbe mai svolgere singolarmente - non sarebbe possibile senza l'assunzione del ruolo di promozione e di regolazione del pubblico.

Dunque gli attori sociali partecipano alla progettazione e gestione dei servizi di informazione e accesso (1), di definizione e accompagnamento nel percorso personalizzato (3), accanto, e non in sostituzione, del pubblico.

E' al pubblico infatti che la L. 328/00 demanda la "regia" – presidiare, integrare, facilitare - la costruzione della rete dei servizi. Al pubblico sono demandati innumerevoli compiti: la regolazione dell'accesso ai servizi e la determinazione della partecipazione al costo dei servizi da parte dell'utente sulla base delle condizioni economico-reddituali, per garantire equità; la redazione della Carta dei servizi per presidiare la qualità dei servizi forniti dal sistema pubblico-privato; la valutazione multidimensionale e la predisposizione del progetto personalizzato con competenze professionali interdisciplinari, per procedere ad un esame delle risorse attivabili, proprie delle persona, delle famiglie, sociali e pubbliche; le funzioni di autorizzazione e di accreditamento per garantire il controllo, la valutazione della qualità dei servizi e dei risultati raggiunti.

Si può quindi concludere che il processo di *governance* è parte costitutiva dei LESNA. In tale sistema gli attori sociali, sono chiamati *non solo* a concertare con le istituzioni la definizione degli indicatori di offerta e dei diritti esigibili e a verificarne l'attuazione ma a collaborare, nel rispetto dei compiti di ciascuno, alla loro realizzazione.

6.5 Individuazione delle funzioni necessarie per la definizione dei LESNA

Alla luce delle indicazioni generali svolte in questo paragrafo si compie il tentativo di esemplificare in modo puntuale le funzioni assegnate agli Uffici di cittadinanza e all'assistenza domiciliare territoriale, nonché i parametri a cui rapportare la quantità di servizi da realizzare nella programmazione regionale e di zona, coerenti con il modello di intervento appropriato, flessibile e personalizzato.

Questo esercizio *non* ha la finalità di individuare specifiche forme organizzative, per le quali il titolo V prevede completa autonomia delle regioni, bensì di evidenziare caratteristiche e funzioni che possono rendere qualitativamente efficaci i livelli essenziali.

Per una diffusione dei livelli essenziali in termini omogenei sul territorio nazionale e per tutti i cittadini si rende altresì necessario, insieme ad una denominazione del livello, individuarne le caratteristiche affinché sia possibile la loro "diffusione" e "riproducibilità".

Iniziamo pertanto, con la denominazione del livello.

Esistono buone prassi ma esperienze molto diversificate - a livello nazionale ed anche infraregionale - sia per i servizi previsti con il livello "uffici di cittadinanza" che con "l'assistenza domiciliare". Sarà quindi utile, per giungere ad una denominazione *condivisa* dei contenuti del servizio, delinearne le *funzioni* svolte per rendere *agibili* i diritti di cittadinanza e rispondere alla "mission" affidata.

Esaminiamo quindi entrambi i livelli per fornirne una definizione.

Funzioni degli Uffici di cittadinanza. Per fornire la definizione degli Uffici di cittadinanza è utile descrivere una mappa, a geometria variabile, dei "punti di accesso" alla rete dei servizi per la persona e le famiglie.

I punti di accesso per offrire **un primo livello di prestazioni** dovranno svolgere le seguenti funzioni:

(i) Informazione ai cittadini sui servizi e sulle opportunità offerte. A oggi per svolgere tale funzione è scarsamente adottato uno strumento che invece diventa determinante per offrire un ventaglio articolato di risposte: la **Carta dei servizi**. Con questo strumento, l'Ente pubblico si rende garante della qualità dei servizi forniti dal sistema integrato pubblico-privato. La Carta dei servizi è quindi lo strumento "base" per l'informazione e l'accoglienza.

(ii) Accoglienza e "ascolto" dei cittadini. Si offre la disponibilità a costruire il percorso per la soluzione dei problemi. E' la sede in cui si raccolgono anche le segnalazioni dei cittadini sulle disfunzioni e inadempienze della rete dei servizi. Da qui deve partire anche la verifica dell'adeguatezza della rete in rapporto alle trasformazioni sociali e alle priorità di intervento. Partono da questa sede anche le informazioni per l'Osservatorio sociale, affinché l'ascolto dei cittadini, la lettura delle trasformazioni della domanda, le innovazioni da introdurre nella rete dei servizi, siano valutati con la partecipazione degli attori sociali del territorio.

(iii) Disbrigo pratiche riferite a tutta la rete dei servizi esistente sul territorio con consegna di moduli, aiuto alla compilazione, assistenza tecnica con professionalità qualificate

(iv) Spazi per l'autorganizzazione delle risorse del cittadino e delle famiglie. Si offrono ai cittadini spazi per assumere responsabilità e per esprimere loro iniziative, da integrare nella rete dei servizi. I soggetti della domanda di welfare conoscono le necessità cui si deve provvedere, hanno idee, energie e competenze con le quali partecipare attivamente alla soluzione dei problemi che li riguardano, custodiscono "capitali sociali" fatti di fiducia e di reciprocità, che se debitamente valorizzati e messi in grado di interagire, possono accrescere la qualità dei servizi e degli interventi garantiti dal pubblico.

Gli Uffici di cittadinanza – per l'appunto a geometria variabile – svolgono inoltre un **secondo livello** di prestazioni, effettuato da personale professionalizzato in materia di servizio sociale - e nel caso di prestazioni integrate con le professionalità sanitarie - che ricalca la già definita "presa in carico" oggi meglio identificabile nelle funzioni di:

(v) Orientamento, che consiste nella individuazione/condivisione con la persona e la famiglia dei percorsi possibili per arrivare alla rimozione dei problemi e per affermare l'inclusione attiva;

(vi) Valutazione multidimensionale dei problemi, laddove occorre un intervento multidisciplinare socio-sanitario, di relazione e rapporto con l'ambiente di vita;

(vii) Elaborazione del progetto personalizzato (da concordare con l'interessato) e accompagnamento nel percorso stabilito, per l'accesso alle prestazioni integrate ed per evitare che l'utente debba rincorrere singole prestazioni insufficienti a rimuovere il suo problema. Nel progetto personalizzato si deve procedere all'esame delle risorse attivabili, proprie della persona, delle famiglie, sociali e pubbliche.

Gli Uffici di cittadinanza sono progettati e gestiti dagli attori pubblici e dagli attori sociali (associazioni, organizzazioni e volontariato) secondo una pratica di *governance*.

L'individuazione puntuale di *referenti designati* dagli attori sociali e la verifica del loro apporto nelle diverse funzioni assegnate agli uffici di cittadinanza, contrasta l'auto-referenzialità presente nella pubblica amministrazione e persegue il dispiegamento di tutte le risorse e le competenze presenti nel territorio.

Abbiamo già richiamato il sistema di *governance* previsto dalla L. 328/00. Di seguito vengono richiamati i diversi ruoli (chi fa cosa) nell'espletamento delle funzioni degli Uffici di cittadinanza riferite sia agli attori pubblici che sociali.

Al *pubblico* compete l'attivazione delle funzioni previste con gli Uffici di cittadinanza con risorse professionali qualificate e la regolazione dell'accesso ai servizi .

Nei servizi di informazione con l'adozione della Carta dei Servizi da parte del pubblico i *referenti designati* dagli attori sociali concorrono al dispiegamento delle attività di informazione per i cittadini.

Nelle funzioni di accoglienza e ascolto, i *referenti designati* dagli attori sociali insieme agli operatori *pubblici*, acquisiscono elementi di lettura delle trasformazioni della domanda e partecipano all'elaborazione delle innovazioni da introdurre nella rete dei servizi.

Per la predisposizione del progetto personalizzato e condiviso, gli attori sociali forniscono indicazioni su *persone disponibili* e qualificate alle quali il cittadino (che lo desidera) può rivolgersi per elevare il suo potere di negoziazione.

Nelle funzioni di disbrigo pratiche i *patronati*, come già oggi avviene per singole prestazioni, svolgono in convenzione con il *pubblico* queste funzioni riferite a un più ampio raggio di servizi presenti nel territorio.

Per dispiegare gli "spazi per l'autorganizzazione delle risorse del cittadino e delle famiglie" integrate nella rete regolata dal pubblico, gli *attori sociali* assumono nei confronti dei loro aderenti e dei cittadini un ruolo di informazione e di valorizzazione di tali iniziative.

In sintesi per realizzare una mappa articolata di "punti di accesso" alla rete dei servizi per la persona e le famiglie, si stipulano protocolli di intesa tra i soggetti istituzionali, Ipab, attori sociali. In tali protocolli la parte pubblica deve garantire professionalità adeguate, tempi e modalità per il concreto avvio dei servizi. Gli attori sociali si assumono compiti e responsabilità con l'indicazione delle risorse che intendono mettere a disposizione.

A livello regionale le organizzazioni sindacali e le associazioni di tutela degli utenti partecipano a formulare gli obiettivi e le funzioni da assegnare agli Uffici di cittadinanza, ad individuare le "risorse" pubbliche e sociali attivabili e a valutare il raggiungimento delle intese sottoscritte.

In ambito territoriale (zona, distretto), sulla base dei protocolli d'intesa regionali, le strutture sindacali partecipano, con i soggetti del terzo settore e i patronati, alla co-progettazione e alla realizzazione degli uffici di cittadinanza.

Funzioni del livello Assistenza domiciliare-territoriale.

Il “modello” di intervento appropriato e personalizzato assunto per gli Uffici di cittadinanza, va ulteriormente articolato nell'analisi delle funzioni che definiscono l'assistenza domiciliare.

L'Assistenza domiciliare-territoriale è assunta dal Piano nazionale sociale 2001-2003 come investimento prioritario al fine di pervenire all'articolazione dei servizi oggi prevalentemente incentrati sulla istituzionalizzazione. Anche il Piano sanitario in itinere mette tra gli interventi prioritari la domiciliarità, sia per evitare ricoveri impropri che per consentire un miglior livello di vita alle persone non autosufficienti.

Nell'ottica del mantenimento a domicilio possono essere assunti nel livello domiciliare-territoriale anche i Centri diurni, come già definito nei LEA sociosanitari, per procedere più speditamente alla realizzazione del sistema integrato di servizi.

Le funzioni di particolare rilievo per lo sviluppo dell'Assistenza domiciliare-territoriale sono:

- (a) l'accompagnamento integrato sociosanitario,
- (b) la redazione del progetto personalizzato da parte dell'Unità di Valutazione multidisciplinare (UVG),
- (c) la individuazione del responsabile del progetto,
- (d) l'erogazione contestuale delle diverse prestazioni di cura tutelare, recupero (riabilitazione), aiuto domestico familiare (governo della casa), miglioramento delle condizioni abitative e di mobilità,
- (e) sostegno ai familiari (*care-giver*) che si occupano del lavoro di “cura”.

Interessa evidenziare alcuni aspetti relativi ai servizi che a vario titolo concorrono a definire il “pacchetto” di prestazioni domiciliari, assunti nell'elaborazione dei livelli essenziali per garantire al cittadino un diritto esigibile appropriato.

Fermo restando il diritto alla valutazione del caso e alla redazione del progetto personalizzato sulla base del “bisogno” rilevato, resta infatti da considerare l'articolazione dei servizi domiciliari resi disponibili e concretamente accessibili.

Con i livelli essenziali la gamma dei servizi domiciliari attivabili non va riferita solo ai servizi *domestici*, di cura della casa, ma va estesa ai servizi *tutelari*, di cura della persona. A oggi è presente un grave divario fra servizio domiciliare, dove

il servizio di tutela svolto da personale specializzato è riconosciuto a bassa intensità, e ricovero in struttura, dove invece è garantito 24 ore su 24.

Ovviamente sia i servizi per la cura della persona che quelli per la cura della casa, debbono essere integrabili con gli interventi sanitari - del medico di medicina generale, degli infermieri, dei professionisti della riabilitazione - e con l'accesso ad interventi specialistici.

Cruciali per affermare il diritto a prestazioni presso il proprio domicilio, e spesso disattesi, sono i servizi di telesoccorso e telecontrollo, l'adattamento dell'alloggio e la dotazione di strumenti in grado di far fronte ai diversi "gradi" di non autosufficienza.

Per affermare il diritto alla mobilità e una soddisfacente vita di relazione, i LESNA dovrebbero altresì garantire l'accompagnamento e trasporti protetti.

Resta infine da considerare l'importanza di accessi temporanei a strutture semi-residenziali e residenziali sia per far fronte ad aggravamenti delle condizioni di salute, sia per interventi di "sollievo" nei confronti delle famiglie che si assumano la responsabilità del soggetto non autosufficiente.

Parametri e indicatori per la definizione dei livelli essenziali. Per la definizione dei livelli essenziali riferiti a Uffici di cittadinanza e Assistenza domiciliare-territoriale sono considerati due versanti: il primo riferito all'offerta di servizi e prestazioni, il secondo al monitoraggio e alla valutazione degli esiti di realizzazione per verificare in quale misura essi corrispondono alla domanda dei cittadini.

Per l'offerta di servizi e prestazioni sono presi in esame parametri riferiti a:

- a) distribuzione territoriale
- b) competenze professionali
- c) valutazione dei costi

Per la valutazione degli esiti rispetto la domanda dei cittadini sono presi in esame

- a) indicatori di realizzazione
- b) indicatori di risultato
- c) indicatori di impatto

Di seguito vengono illustrati i criteri e i metodi adottati per la definizione dei livelli essenziali.

Criteria per la distribuzione territoriale degli Uffici di cittadinanza. Sulla base delle funzioni indicate (informazione, ascolto, accompagnamento, progetto personalizzato, disbrigo pratiche, spazi per l'autorganizzazione dei cittadini), la realizzazione del livello essenziale dovrà indicare puntualmente i servizi finanziati che dovranno essere realizzati nei diversi ambiti territoriali, ad esempio:

- *almeno* un servizio di informazione per X popolazione
- *almeno* un servizio per l'accompagnamento e la definizione del progetto personalizzato per Y popolazione.

Le quantificazioni finanziarie per la predisposizione degli Uffici di cittadinanza e la loro distribuzione territoriale sono accompagnate da indicazioni sulle professionalità da garantire per l'espletamento delle diverse funzioni.

Criteria per l'assegnazione dell'Assistenza domiciliare-territoriale. Affinchè l'assistenza domiciliare possa *prevenire, contrastare e accompagnare* i vari fenomeni della non autosufficienza in termini appropriati, i soggetti titolari delle prestazioni sono suddivisi in fasce che aderiscono ai diversi "gradi" del bisogno rilevato (soggetti con 1, 2, 3 adl mancanti – soggetti costretti a casa con un 1, 2, 3 adl mancanti, soggetti immobilizzati).

Il soggetto ha diritto, in diversa misura sulla base della non autosufficienza accertata, all'accesso a servizi tutelari, di cura, di recupero (riabilitazione), di aiuto domestico (governo della casa), di interventi per il miglioramento delle condizioni abitative e di mobilità.

L'esercizio di quantificazione finanziaria riferita ad ogni soggetto, articolato in minuti per ora, giornate per mese, numero accessi, erogazioni monetarie fissate con un tetto predeterminato per gli interventi abitativi (tab 1-A) è ovviamente riferito a medie possibili ed auspicabili, giacché come abbiamo più volte richiamato l'assistenza domiciliare sarà comunque assegnata e composta con il progetto personalizzato.

La quantificazioni finanziaria per i livelli essenziali di assistenza domiciliare è predisposta sulla base di costi atti a garantire per le diverse prestazioni professionalità adeguate.

Criteria per l'assegnazione di posti nelle strutture residenziali. Nella definizione dei LESNA si è privilegiata l'identificazione delle tipologie di offerta riferite all'informazione, al progetto personalizzato e all'assistenza domiciliare perché particolarmente carenti in tutto il territorio nazionale nonché meritevoli di intervento privilegiato per affermare un livello essenziale appropriato.

Non è però, né dimenticato, né sottovalutato, il diritto all'accesso che i livelli essenziali debbono garantire nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie, già per altro preso in esame per accessi temporanei collegati all'assistenza domiciliare.

Il criterio adottato per definire il livello essenziale e garantire l'accesso alle strutture prende le mosse dallo squilibrio territoriale esistente nell'offerta di tali servizi. Il sud ha scarsa dotazione rispetto al nord. Si prendono perciò in esame il rapporto posti letto/popolazione anziana nelle diverse realtà individuando i correttivi necessari per superare il *gap* esistente fra le aree territoriali e per garantire pari accesso alle strutture socio-sanitarie in tutto il Paese.

Monitoraggio e valutazione dei livelli essenziali. Il monitoraggio dei livelli essenziali è fra le funzioni rilevanti e specifiche che dovrebbero essere assicurate dal sistema informativo dei servizi sociali. Il condizionale è d'obbligo, giacché nel nostro Paese tale strumento non esiste ed anche le indicazioni contenute nel Piano sociale 2001-2003 sono rimaste lettera morta.

Questo strumento di conoscenza – come delineato nel Piano sociale nazionale – è di fondamentale importanza per facilitare la lettura dei bisogni (quelli emergenti e quelli conclamati), la lettura della domanda (quella emersa e quella inespressa), per descrivere le risorse impiegate e le attività svolte nelle diverse articolazioni territoriali, per sostenere il livello decisionale di tutti i livelli di governo sulla base di una rigorosa analisi delle attività e dei risultati raggiunti rispetto ai risultati attesi e alle esigenze della popolazione.

L'elaborazione dei livelli essenziali diventa quindi l'occasione per riproporre l'esigenza non più rinviabile della costruzione del sistema informativo.

Questo strumento, per assolvere alle funzioni relative al monitoraggio dei livelli essenziali, dovrà essere progettato in una logica sufficientemente decentrata (giacché è a questo livello che si gioca l'affidabilità del sistema), dovrà permettere una valutazione degli interventi che i cittadini ricevono dal settore sociale (pubblico e privato) e dagli aiuti informali (familiari e non) e dovrà essere organicamente collegato al sistema informativo sanitario.

Per rilevare in quale misura il livello essenziale degli Uffici di cittadinanza e dell'Assistenza domiciliare-territoriale corrispondano alla domanda dei cittadini e quanto rendano più efficiente ed efficace l'intervento, dovranno essere assunti non

solo indicatori di realizzazione (quanti e quali servizi sono stati erogati), ma anche indicatori di risultato (quante persone hanno fruito del livello essenziale e con quale livello di appropriatezza) e indicatori di impatto (quali gli esiti dei livelli essenziali per l'integrazione degli interventi e per lo sviluppo del territorio).

A titolo *esemplificativo* si elencano indicatori che potrebbero essere assunti per il monitoraggio.

Indicatori per gli Uffici di cittadinanza

Indicatori di realizzazione

- n° Carta dei servizi realizzate per ambito territoriale
- n° punti di accesso realizzati per il primo livello (informazione, ascolto, disbrigo pratiche)
- n° spazi realizzati per l'autorganizzazione dei cittadini
- n° punti di accesso realizzati per il secondo livello (orientamento, accompagnamento, progetto personalizzato condiviso)
- budget assegnato agli ambiti territoriali
- budget speso dagli ambiti territoriali

Indicatori di risultato:

- n° di persone che hanno ricevuto informazioni
- n° di persone e famiglie che collaborano alla realizzazione dell'offerta nella rete dei servizi
- n° di persone che fruiscono di un progetto personalizzato condiviso
- n° di persone che sono in lista di attesa per la definizione del progetto personalizzato

Indicatori di impatto

- n° di attori sociali coinvolti nella progettazione e nella realizzazione di questi servizi
- Livello di integrazione raggiunto dai servizi (sociale, sanitario, formativo, abitativo, di mobilità)
- n° di nuovi occupati nei servizi attivati

Indicatori per l'Assistenza domiciliare-territoriale

Indicatori di realizzazione

N° ore preventivate di assistenza domiciliare (suddivise per livello di integrazione fra prestazioni sociali, tutelari, riabilitative, mediche, infermieristiche, abitative e di mobilità)

n° ore effettivamente erogate per le diverse articolazioni di integrazione per n° di utenti

n° utenti che hanno ricevuto il budget per l'adeguamento della loro abitazione

n° giornate erogate per i ricoveri temporanei per n° di utenti

budget assegnato agli ambiti territoriali

budget speso dagli ambiti territoriali

Indicatori di risultato:

n° persone che hanno potuto rimanere a domicilio

n° di persone che sono in lista di attesa per l'assistenza domiciliare

Indicatori di impatto

n° di ricoveri ospedalieri evitati

n° di ricoveri in strutture che sono stati rinviati/evitati

La riduzione della spesa ospedaliera per ricoveri impropri

Il numero di nuovi occupati nel lavoro di cura domiciliare

Il numero e la "crescita" delle imprese sociali operanti nelle cure domiciliari

Anche con l'adozione di indicatori di realizzazione, di risultato e di impatto resta comunque in ombra l'analisi della qualità dei servizi che dovrà invece essere valutata sia per l'offerta pubblica che per quella privata regolamentata o accreditata.

Il criterio adottato nell'elaborazione dei livelli essenziali per garantire la qualità, è l'assunzione ed il riconoscimento (di livello e di retribuzione) delle competenze professionali, giacché esse paiono decisive per garantire una risposta appropriata al bisogno. L'assunzione di profili professionali adeguati non esaurisce la problematica della qualità: sarà necessario misurarsi con l'arduo e complesso processo di integrazione delle diverse professionalità.

Per affermare la qualità sarà necessario approfondire un impegno rilevante affinché il cittadino sia sempre più "competente", in grado cioè di modificare i suoi stili di vita e di interloquire con le competenze professionali forte del suo sapere. L'avvio della realizzazione dei livelli essenziali dovrà essere perciò strettamente

ancorato ad un sistema di monitoraggio della soddisfazione/insoddisfazione degli utenti. Non mancano gli strumenti collaudati, ad esempio mediante interviste sul servizio fruito con questionari e focus group. Ciò che si vuole evidenziare è l'esigenza che le organizzazioni sociali e le associazioni di tutela, assumano compiutamente e con continuità il compito di "dar voce" alla soddisfazione/insoddisfazione degli utenti e che tutti gli attori della *governance* offrano strumenti e occasioni volti a rendere più "competenti" i cittadini.

Gli esiti dei livelli essenziali (di realizzazione, di risultato, di impatto e di qualità) potranno/dovranno trovare compiuta verifica e valutazione nella concertazione (nazionale, regionale, di zona). Il sistema informativo progettato a rete e in una logica sufficientemente decentrata potrà fornire a tutti gli attori (istituzionali e no) che partecipano alle diverse sedi alla concertazione, preziose conoscenze e contribuire alla definizione di obiettivi più precisi per la riqualificazione e l'innovazione del sistema dei servizi.

7. I costi per la non autosufficienza: una stima a partire dai livelli essenziali

Quale impegno di risorse implica il disegno complessivo di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti delineato nel capitolo precedente? Nelle pagine che seguono proponiamo una prima valutazione dell'onere aggiuntivo che ne deriverebbe a regime per la finanza pubblica. Il primo passo consiste, come vedremo, nel definire ipotesi ragionevoli circa i fabbisogni di prestazioni delle persone non autosufficienti, diversificati in relazione al loro grado di disabilità. Nel definire queste ipotesi abbiamo fatto riferimento agli obiettivi del Piano sociale 2001-2003, che prevede percorsi di assistenza il più possibile personalizzati, agli standard di servizi previsti dal Progetto obiettivo anziani (POA), alle prestazioni che vanno prendendo corpo nell'esperienza tedesca, alle indicazioni contenute nello studio dedicato al tema dalla Regione Toscana nel 2001. Il secondo passo del percorso di stima consiste nella definizione dei costi unitari dei servizi che incontrano i bisogni indicati e nel ricavarne quindi la massa di risorse da impegnarvi e da far confluire nel Fondo nazionale per la non autosufficienza. Il terzo passo

riguarda la valutazione: (i) delle risorse già oggi impegnate a vario titolo per l'assistenza ai non autosufficienti e che possono essere riassorbite all'interno del nuovo assetto delineato dalla riforma; (ii) delle entrate di bilancio (in particolare contributive) generate dall'attivazione di servizi e dall'emersione di lavoro irregolare dovute alla riforma stessa. Il risultato finale aggregato fornisce l'onere aggiuntivo della riforma per il bilancio pubblico.

Prima di entrare nel merito di questi diversi stadi dell'analisi segnaliamo che:

- non fanno parte delle nostre stime i costi di quei servizi ai non autosufficienti che non risultano chiaramente estrapolabili dall'insieme delle prestazioni già offerte dal Servizio sanitario nazionale; in questi casi, poiché il costo è già oggi sostenuto dal SSN, esso non costituisce comunque un onere aggiuntivo per la finanza pubblica;
- oltre all'onere che si avrebbe a regime sulla base dell'attuale numero degli anziani disabili, abbiamo valutato anche l'onere prospettico (in euro 2003) alla luce delle proiezioni circa la consistenza del fenomeno della non autosufficienza al 2010 e al 2020 (cfr. il cap. 2 di questa ricerca).

7.1 Le ipotesi circa i fabbisogni di prestazioni

Sulla base della ricostruzione del fenomeno della non autosufficienza proposta nel cap. 2, l'universo degli anziani disabili cui la riforma si rivolge è costituito da circa 1.870.000 persone, di cui circa 389 mila immobilizzati a letto o su una poltrona, 422 mila costretti a stare in casa (confinati nella terminologia Istat) e 1.057.000 in grado di uscire di casa¹⁴. In relazione a queste tre situazioni e ai diversi gradi di disabilità (ADL mancanti) abbiamo definito un ventaglio di fabbisogni di prestazioni che riportiamo nella tavola 1-A.

Le prestazioni previste possono essere suddivise, secondo la loro tipologia, in quattro gruppi principali. Il primo gruppo è costituito dalle prestazioni socio-assistenziali che comprendono il servizio domestico (cioè l'aiuto nella cura della casa e nell'espletamento delle attività più elementari della vita quotidiana), l'accompagnamento (per consentire all'anziano di mantenere un contatto accettabile con la realtà esterna alla propria abitazione e di continuare a coltivare le proprie relazioni sociali) ed il servizio tutelare (le prestazioni di cura diretta della persona, che richiedono per la loro delicatezza e rilevanza una più elevata

¹⁴ Rispetto ai riportati nel cap. 2, abbiamo escluso dall'universo considerato coloro che nell'indagine Istat risultano confinati in casa ma che non dichiarano ADL mancanti.

qualificazione professionale). Per ogni tipologia di anziano non autosufficiente si è quindi ipotizzato un ammontare di prestazioni, misurate in minuti di assistenza in media per giorno solare: le prestazioni sull'arco della settimana si ottengono moltiplicando per 7 giorni solari il dato riportato nella tavola (l'avvertenza rileva perché nei casi meno gravi si può immaginare che le prestazioni non siano erogate ogni giorno ma a intervalli). In generale, la condizione di "confinamento" è trattata come una ulteriore ADL mancante, seguendo in questo la prassi consolidata della letteratura sull'argomento; così le prestazioni assicurate agli anziani "confinati" con 1 e 2 ADL mancanti sono portate allo stesso livello di quelle degli anziani non confinati cui mancano rispettivamente 2 e 3 ADL. Esaminando più da vicino la distribuzione dei servizi si osserva come le tipologie più beneficate sono gli "immobilizzati" e gli anziani "confinati" con 3 ADL mancanti per i quali si prevedono servizi che si avvicinano alle due ore giornaliere, con una forte prevalenza dell'assistenza tutelare. Per gli altri si è previsto un ammontare di prestazioni socio-assistenziali inferiore, che vanno dai 15 minuti complessivi per gli anziani con 1 ADL mancante fino ai 45 minuti per quelli con 3 ADL mancanti (e per i "confinati" con 2 ADL mancanti). Il complesso di servizi che secondo tale schema viene garantito ai non autosufficienti è decisamente più generoso di quello originariamente previsto nell'elaborazione del primo Progetto Obiettivo Anziani (POA): nelle intenzioni del POA si sarebbe dovuto garantire un'assistenza media per assistito pari a 140 ore annue, che salgono nel nostro schema ad oltre 320 in media per assistito.

Il secondo gruppo di prestazioni è costituito dai servizi di carattere propriamente sanitario corrisposti a domicilio, vale a dire gli interventi domiciliari dei medici di medicina generale e specialistica, degli infermieri e degli operatori della riabilitazione. A differenza delle prestazioni del gruppo precedente, esse sono previste prevalentemente per le tipologie più gravi, mentre appaiono relativamente meno beneficiati i soggetti meno gravi. Ad esempio le visite domiciliari ("accessi") dei medici di famiglia e degli specialisti sono state "limitate" ai soli tre gruppi più gravi, prevedendo un accesso settimanale per gli anziani "immobilizzati". Allo stesso modo, le prestazioni domiciliari infermieristiche e di riabilitazione, misurate in minuti giornalieri mediamente erogati, sono sbilanciati verso le due tipologie di assistiti più gravi. Va tuttavia osservato che per gli altri disabili si è previsto un consistente servizio di accompagnamento che dovrebbe consentire un valido sostegno per poter usufruire, non a domicilio ma presso le strutture del SSN, degli stessi servizi sanitari. Per i servizi sanitari la nostra formulazione si distacca almeno in parte da quella prevista nel POA, mantenendone le quantificazioni per i casi più

gravi. Così, per i servizi infermieristici e riabilitativi, il POA prevede rispettivamente 100 e 50 ore annuali per assistito; nelle nostre stime un tale ammontare di prestazioni è all'incirca garantito per gli "immobilizzati" e le altre due tipologie più gravi. La stessa ipotesi è stata seguita per i rimanenti due tipi di servizi sanitari: eguali o di poco inferiori rispetto ai valori fissati dal POA per i casi più gravi e decisamente minori per gli altri.

Il terzo gruppo di prestazioni consiste in una serie di interventi a costo fisso che hanno il compito di migliorare le condizioni abitative e il supporto di strumenti terapeutici per gli interessati oltre a garantire un adeguato "monitoraggio" ai fini di un più immediato soccorso e di una più ampia prevenzione. Si tratta di interventi di telesoccorso, di fornitura di presidi e strumenti vari e, infine, di adattamento dell'alloggio, per rimuovere eventuali barriere architettoniche. Tali interventi proprio nell'ottica della prevenzione sono stati previsti per tutta la popolazione di riferimento, discriminando comunque tra le singole tipologie di utenti interessati al fine di rendere più efficiente, senza perdere di efficacia, la spesa. Una discussione più approfondita verrà condotta nel prossimo paragrafo.

In generale, osserviamo come l'insieme dei tre gruppi di servizi indicati fin qui svolga una funzione rilevante non solo in termini di assistenza e di cura ma anche di prevenzione: alla luce di quanto è stato fatto in alcune esperienze estere (ad esempio quella tedesca e del Lussemburgo¹⁵) e di quanto già stabilito nella legge 328/2000 di riforma dell'assistenza e nel Piano sociale 2001-2003, un principio fondamentale cui dovrebbe ispirarsi un sistema di assistenza ai non autosufficienti è quello di prevenire, ridurre e contrastare i processi di perdita dell'autosufficienza. In questa ottica anche i soggetti con una disabilità lieve dovranno vedere garantiti una serie di servizi di supporto e di monitoraggio atti a prevenire e ritardare il peggioramento della disabilità. Del resto in un ambito di prevenzione di un danno futuro non solo si riesce a garantire maggior benessere e per un periodo più lungo possibile ai soggetti beneficiari, ma si realizza contemporaneamente l'obiettivo di rendere il più efficiente possibile l'utilizzo delle risorse pubbliche.

Infine l'ultimo gruppo di prestazioni che compare nella tavola 1-A consiste nella temporanea permanenza degli anziani in strutture residenziali e semi-residenziali. Tali servizi sono previsti per i casi più gravi e prevedono una permanenza che nel caso degli anziani "immobilizzati" e per quelli "confinati" mancanti di 3 ADL raggiunge i 21 giorni in media all'anno. Questa tipologia di

¹⁵ Cfr. Beltrametti, 2000.

prestazione oltre a garantire una assistenza continuativa lungo tutto l'arco della giornata si traduce in un notevole sostegno alle famiglie.

7.2 I costi delle prestazioni domiciliari

Una volta definita la griglia delle prestazioni per ciascuna tipologia di bisogno si può passare alla stima dei costi. Nell'ultima colonna di tavola 1-A è riportato per ciascun servizio il costo unitario in euro. Data la natura delle prestazioni assicurate, alcuni di essi sono costi orari, altri costi per intervento, altri importi mensili o annuali.

Per quanto riguarda il complesso delle prestazioni socio-assistenziali, abbiamo ipotizzato un costo orario di 8, 9 e 13 euro rispettivamente per il servizio domestico, l'accompagnamento e il servizio tutelare. Si tratta di valori ricavati dalle esperienze territoriali dove l'assistenza domiciliare è già avviata, presupponendo che i servizi in esame siano assicurati da imprese sociali in grado di razionalizzare la loro fornitura e comprensivi dei necessari costi fissi di funzionamento e di attivazione del servizio. Condotte le opportune elaborazioni, moltiplicando i tempi di assistenza per le relative remunerazioni orarie, la spesa annua che si sosterebbe per ogni anziano non autosufficiente è riportata nella tavola 1-B. Va osservato come per gli anziani "confinati" con tre ADL mancanti e quelli "immobilizzati" la spesa annua unitaria superi i 6 mila euro, un valore dunque superiore a quello dell'attuale indennità di accompagnamento (pari a 5.174 euro).

In modo analogo si ottengono i costi unitari annui che si sosterebbero per assicurare a ciascuna tipologia di assistito il complesso delle prestazioni sanitarie previste. Bisogna in questo caso considerare che per i medici di famiglia e gli specialisti il costo unitario riportato nella tavola è la tariffa per intervento. In generale, gli importi unitari che abbiamo considerato nell'elaborazione sono quelli che mediamente vengono corrisposti a personale con le medesime qualifiche e competenze professionali.

Per quanto riguarda i servizi a costo fisso si sono individuati, sulla base di una analisi delle esperienze correnti, gli opportuni importi unitari (tavola 1-A). Più precisamente, per i servizi di telesoccorso l'importo mensile ipotizzato è una media derivante da una nostra indagine sull'argomento¹⁶. Per la fornitura di presidi e

¹⁶ Si ricorda che nel Fondo Nazionale delle Politiche Sociali del 2002, è stata stanziata per potenziare i servizi di telesoccorso e telefonia per anziani la somma di 5 milioni 165 mila euro.

strumenti, si è presa in considerazione l'esperienza della Germania e del Lussemburgo, utilizzando i relativi importi stanziati. Allo stesso modo secondo l'esperienza del Fondo per la non autosufficienza tedesca si è considerato un importo massimo fruibile per apportare opportuni cambiamenti all'alloggio. Le stime dei costi riportate nella tavola 1-B sono ottenute proporzionando il costo di ciascun servizio secondo i diversi gradi di non autosufficienza, in modo da privilegiare i soggetti più gravi e quindi più bisognosi. Per quanto riguarda le spese di modifiche all'abitazione si è ipotizzato uno stanziamento annuale di parte dell'importo massimo, secondo un piano assimilabile ad un ammortamento decennale.

Infine, i costi dell'utilizzo delle strutture semi-residenziali e residenziali. Per la retta giornaliera del primo tipo di struttura, l'importo considerato è quello riportato nell'indagine condotta dalla Regione Toscana. Per quanto riguarda l'importo della retta giornaliera delle strutture socio-sanitarie la nostra stima prende le mosse dallo specifico rapporto ("La gestione delle R.S.A.: modalità e costi") curato nel 1993 da una apposita Commissione all'interno del Gruppo di lavoro per l'elaborazione e l'attuazione dei programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani¹⁷. L'importo da noi utilizzato riprende le valutazioni di quella Commissione, opportunamente rivalutate per tenere in considerazione la variazione intercorsa nei costi, distinguendo il costo del personale sanitario dagli altri. Nell'originario lavoro della Commissione, per quanto riguarda il personale sanitario, una volta definiti gli standard di assistenza, i costi unitari mensili per ogni figura professionale venivano individuati a seconda del tipo di contratto, e precisamente distinguendo tra il caso di reclutamento secondo le modalità del pubblico impiego, dove i tratti di riferimento erano quelli propri della sanità e degli enti locali, da quello tramite reclutamento da cooperative sociali. Seguendo un esplicito suggerimento della Commissione¹⁸, per il costo del personale abbiamo considerato

¹⁷ Nominato con determinazione del Ministro della sanità in data 14 febbraio 1991 nell'ambito del Protocollo d'intesa Ministro della sanità-Sindacati dei pensionati dell'11 gennaio 1991. Il rapporto della Commissione ha rappresentato il materiale su cui sono state elaborate le "linee-guida" sulle RSA emanate dal Ministero della sanità il 31 marzo 1994. Il documento articolato è stato elaborato prendendo in considerazione come termine di confronto le esperienze internazionali, ed in particolare quella canadese.

¹⁸ "In conclusione, la ipotesi più plausibile, per quanto concerne la futura gestione delle R.S.A., sembra essere quella rappresentata dalla acquisizione del personale necessario, tramite gare di evidenza pubblica, dal fronte della cooperazione sociale." (p. 159, corsivo degli autori) Gli estensori del rapporto sottolineano comunque che in questa eventualità, se cioè si dovesse scegliere come forma di gestione la concessione a terzi, almeno il Responsabile di struttura sia dipendente pubblico a tutti gli effetti. Inoltre, essi

il caso delle cooperative sociali, che risultava essere decisamente più basso¹⁹. Il costo per personale è stato poi portato ai nostri giorni applicando alle valutazioni originarie la variazione intercorsa nella retribuzione media del settore che raggruppa il personale sanitario e dei servizi sociali. Gli altri costi comprendono i servizi alberghieri (vitto, lavanderia e pulizie), i materiali di consumo, le spese generali (amministrative, ecc.), i costi di manutenzione ed infine gli ammortamenti. Per tali costi si è considerata una media della valutazione propria della Commissione e di una ulteriore valutazione, che si discosta in aumento per alcune voci di costo, riportata nel documento finale. Tale importo è stato quindi rivalutato mediante l'incremento registrato nell'indice dei prezzi al consumo all'interno del periodo trascorso. Va infine tenuto presente che il valore da noi ottenuto rappresenta una media dei singoli valori individuati per diverse tipologie di RSA distinte secondo la dimensione (40, 80 e 120 posti letto).

L'ultima riga della tavola 1-B riporta il costo annuo totale per assistito degli interventi di cui hanno bisogno gli anziani non autosufficienti in relazione al grado di disabilità: si va da un minimo di poco più di 1.000 euro per gli interventi a favore dell'anziano con 1 ADL mancante non confinato in casa a un massimo di oltre 14.000 euro l'anno per l'assistenza a un immobilizzato a letto.

7.3 Il costo complessivo degli interventi

Dai costi annui per assistito si ottiene immediatamente, tenendo conto del numero di anziani non autosufficienti secondo il grado di disabilità, il costo complessivo degli interventi di assistenza domiciliare riportato nella tavola 1-C: si tratta di un impegno di risorse pari a quasi 9 miliardi e 800 milioni di euro all'anno. Tenendo conto delle proiezioni che abbiamo presentato nel cap. 2 riguardo all'evoluzione del fenomeno della non autosufficienza nel medio periodo, *il costo complessivo dell'assistenza domiciliare in euro 2003 aumenta nelle nostre stime a 13 miliardi e 850 milioni di euro nel 2010 e a 16 miliardi e 750 milioni nel 2020*: il fatto è che il numero

sottolineano come andrebbe tenuto in considerazione il processo di riconversione della rete ospedaliera, con una riconversione del personale, in particolare infermieri e ausiliari, in addetti delle RSA.

¹⁹ Inoltre, considerando la flessibilità del personale all'interno della soluzione delle Cooperative Sociali risulta essere decisamente superiore; tutto ciò è particolarmente importante a fronte di variazioni eccezionali e più o meno imprevedute della domanda di ricovero il personale acquisito dalle o tramite le Cooperative può variare senza che questo comporti l'assunzione di nuove unità.

di anziani non autosufficienti è destinato ad aumentare, come riportato in tavola 1-C (dove si è utilizzata la proiezione che incorpora il trend di riduzione dell'incidenza per classi di età registrato nel passato decennio; cfr. cap.2); il costo complessivo è destinato quindi inevitabilmente a lievitare. Vedremo peraltro più avanti che i risparmi che la riforma consente di effettuare su altre voci di spesa pubblica oggi impegnate sulla non autosufficienza consentono non solo di contenere la dinamica dell'onere aggiuntivo per la finanza pubblica ma addirittura di ridurre l'ammontare.

All'impegno di risorse per l'assistenza domiciliare vanno aggiunte altre due voci di costo per la realizzazione del disegno di riforma complessivo: quella relativa alla costituzione e al funzionamento degli uffici di cittadinanza e quella relativa al riequilibrio della dotazione territoriale di residenze sanitarie per gli anziani

Nella tavola 2 è riportato il dettaglio dei costi connessi all'implementazione sul territorio nazionale della rete di uffici di cittadinanza. Essi, come si è ampiamente chiarito nel capitolo precedente, devono favorire l'incontro tra la domanda di prestazioni e la loro offerta, essere cioè la porta per la quale il cittadino accede in modo informato alla rete dei servizi sociali e sanitari attivati a livello territoriale. Per tale ragione gli uffici di cittadinanza devono avere un'adeguata diffusione territoriale e svolgere un complesso di funzioni, con riferimento alle quali è utile distinguerli in due gruppi. Uffici di primo livello, che sono chiamati a svolgere funzioni di informazione e accoglienza e di monitoraggio delle esigenze dei cittadini-utenti, così da poter verificare l'adeguatezza delle prestazioni fornite rispetto alle esigenze della popolazione. Uffici di secondo livello, che si occupano della presa in carico vera e propria del disabile attraverso l'elaborazione e il monitoraggio di un progetto personalizzato.

Per ogni ufficio di primo livello abbiamo ipotizzato che siano indispensabili almeno 2 operatori pubblici con diverso grado di professionalità, affiancati dall'apporto organizzativo anche di altri referenti messi a disposizione dagli attori sociali. Più precisamente, si prevede la disponibilità di un operatore in possesso di licenza media superiore che svolga l'attività di informazione e ascolto dei cittadini-utenti e di un altro operatore con licenza media superiore che abbia frequentato un apposito corso regionale e che proceda a un primo esame delle domande dei cittadini che sono potenziali fruitori del secondo livello di servizi. Per questo primo livello prefiguriamo una consistente diffusione territoriale, che richiede un numero complessivo di uffici pari a oltre 5.600 e un numero di operatori delle due qualifiche pari a oltre 13.000 (cfr. tavola 2): la diffusione

ipotizzata tiene conto della distribuzione della popolazione regionale all'interno dei Comuni distinti in base alla loro dimensione²⁰, secondo un rapporto uffici/abitanti decrescente al crescere della dimensione dei Comuni (assumiamo cioè che vi siano "economie di scala" operanti al crescere della concentrazione degli utenti)²¹. Peraltro, la maggiore presenza di operatori per le piccole dimensioni è compensata da un loro impiego a part-time²². La stima dei costi è ottenuta, data la distribuzione territoriale di questo livello dei servizi, ipotizzando un costo annuo per le due qualifiche di operatori impiegati rispettivamente pari a 23.710 euro²³ per il primo tipo e di 25.260 euro²⁴ per il secondo. Considerando infine l'impiego a tempo pieno

²⁰ Abbiamo al riguardo utilizzato i dati dell'Istat relativi alla distribuzione della popolazione per dimensione dei centri abitati relativi all'anno 2001 e raccolti in occasione dell'ultimo censimento.

²¹ Per i comuni più piccoli (fino a 10.000 abitanti) abbiamo previsto la costituzione di un ufficio ogni 5.000 abitanti. Al crescere della dimensione dei comuni abbiamo ipotizzato una riduzione del rapporto uffici/abitanti per l'operare di "fattori di scala". Per i comuni compresi tra i 10 mila e i 20 abitanti si è scelto un rapporto di 1 ufficio per 10.000 abitanti. Per i comuni con una popolazione compresa tra i 20 mila e i 30 mila abitanti si è ipotizzata una proporzione di 1 ufficio ogni 20 mila abitanti. Infine, per i comuni con popolazione superiore abbiamo utilizzato il rapporto di 1 ufficio ogni 30.000 abitanti.

²² Nel caso di un ufficio ogni 5 mila abitanti abbiamo ipotizzato un operatore a metà tempo per il primo profilo professionale e un operatore a metà tempo per il secondo profilo professionale. Per la proporzione di un ufficio ogni 10 mila abitanti abbiamo considerato un operatore a tempo pieno per il primo profilo professionale e un operatore a metà tempo per il secondo profilo professionale. Per la proporzione di un ufficio ogni 20 mila abitanti abbiamo considerato 2 operatori per il primo profilo professionale e un operatore per il secondo profilo professionale. Infine per la proporzione di un ufficio ogni 30 mila abitanti abbiamo considerato 2 operatori per il primo profilo professionale e 2 operatori per il secondo profilo professionale.

²³ Per il primo profilo professionale si considera un operatore con la qualifica C1 del CCNL "comparto autonomie locali 1998-2001" attualmente in vigore. C1 equivale all'ex 6° livello della vecchia classificazione contrattuale. Il compenso è stato determinato considerando la retribuzione tabellare, l'indennità integrativa speciale, la tredicesima nonché il 33% degli oneri a carico del datore di lavoro. A questo si è aggiunto il TFR e l'8% relativo, a carico del datore di lavoro. In lire tutto ciò ammonta a 45.908.202 lire annue.

²⁴ Per il secondo profilo professionale si sono considerati i riferimenti della qualifica C1, limitandosi ad una integrazione, prevista con scala parametrica dai progetti di produttività, oggi in vigore, per analoghe prestazioni. In lire questa integrazione corrisponde a 3.000.000 annui pari a 1.550 euro.

o part-time degli operatori, la stima ottenuta è di 221,3 milioni di euro per il complesso dei servizi di questo primo livello²⁵.

A loro volta, gli uffici di secondo livello richiedono competenze specifiche affidate ad operatori con un profilo professionale più elevato (assistente sociale), la cui attività deve integrarsi con quella di altri operatori sanitari e della riabilitazione operanti attraverso l'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM). La diffusione territoriale degli uffici di secondo livello può essere a maglie più larghe rispetto a quelli di primo livello, dato che questi ultimi operano una prima selezione delle esigenze della popolazione di riferimento e trasmettono agli uffici di secondo livello i casi per i quali va predisposto il progetto personalizzato: in base alle nostre ipotesi, si richiede un numero complessivo di uffici di secondo livello pari a circa 1.080 (tavola 2)²⁶. Il corrispondente numero di operatori è ottenuto sulla base dell'ipotesi di 3 e 4 operatori per ufficio a seconda della dimensione della popolazione di riferimento²⁷. Infine la stima dei costi è ricavata ipotizzando che il costo annuo di ciascun operatore sia di 26.210,00 euro²⁸. Nell'insieme il costo della realizzazione degli uffici di secondo livello assomma a 92,6 milioni di euro su base annua.

²⁵ La nostra stima non comprende altri strumenti che faciliterebbero la funzione di accesso e informazione, come ad esempio la "carta dei servizi" (che dovrebbe essere predisposta a livello di zona). In questo caso dovrebbe comprendersi anche una partecipazione al costo della carta, per consentire un aggiornamento "in tempo reale". Costo (una tantum) per la definizione progettuale della carta dei servizi di zona, euro 12.500 circa. Costo annuo per l'aggiornamento dei parametri di offerta, euro 5.000.

²⁶ Il numero di uffici di secondo livello riportato nella tavola 2 è ottenuto ipotizzando 1 ufficio ogni 50 mila abitanti nei comuni con popolazione fino a 65 mila abitanti e 1 ogni 60 mila abitanti per i comuni con popolazione superiore.

²⁷ Cfr. la nota precedente.

²⁸ Per questa tipologia di servizio si considera un operatore con la qualifica D1 del CCNL "comparto autonomie locali 1998-2001", attualmente in vigore. D1 equivale all'ex 7° livello della vecchia classificazione contrattuale. Il compenso è stato determinato considerando la retribuzione tabellare, l'indennità integrativa speciale, la 13° nonché il 33% degli oneri a carico del datore di lavoro. A questo si è aggiunto il Tfr e l'8% relativo, a carico del datore di lavoro. In lire tutto ciò ammonta a 50.749.623 annue pari a euro 26.210,00. Un'eventuale seconda professionalità (per sostenere realtà territoriali con particolari criticità) può essere considerata. Il riferimento è alla qualifica D1 con una integrazione, così come prevista dai progetti di produttività oggi in vigore per analoghe prestazioni. L'integrazione è di L.5.000.000 annui pari a euro 2.582,28, che però non è considerata nelle nostre elaborazioni.

Per quanto riguarda infine il costo dell'attività di una UdV si è ipotizzato 1 ora di tempo medio necessario per "la presa in carico" e un costo orario pari a 100 euro. La stima del costo complessivo dell'attività delle UdV è ricavata applicando questo costo unitario alla domanda potenziale rappresentata dagli anziani non autosufficienti (immobilizzati, confinati e non confinati) residenti in casa. Il costo complessivo dell'attività delle UdV assomma a 195,6 milioni euro l'anno (tavola 2).

Per concludere sugli uffici di cittadinanza, l'ammontare di risorse che si può prevedere venga assorbito dalla loro attivazione (e da quella delle UdV) è pari a circa 510 milioni di euro su base annua. Va rilevato, peraltro, che quasi la metà di queste risorse è dedicata all'attivazione degli uffici di primo livello, che consentiranno in prospettiva non solo di ricevere le richieste degli anziani non autosufficienti ma di fare da punto di riferimento per un insieme più ampio di esigenze sociali presenti sul territorio.

Infine, per quanto riguarda il riequilibrio territoriale nella dotazione di residenze socio sanitarie per anziani abbiamo assunto l'obiettivo di portare il rapporto tra posti letto disponibili e anziani presenti nel Centro e nel Sud del nostro paese al livello medio già oggi esistente al Nord. Come si è visto nel cap. 2, la diffusione sul territorio delle strutture socio sanitarie appare decisamente squilibrata. Nella tavola 3 riportiamo i rapporti attuali tra posti letto e anziani nelle tre grandi aree del paese nonché il numero di posti letto che andrebbero creati per omogeneizzare la situazione delle tre aree.

Il costo complessivo su base annua dell'adeguamento delle strutture residenziali è suddiviso in due componenti. Il costo di gestione e l'ammortamento dell'investimento necessario a costruire le strutture socio sanitarie mancanti. Il primo è ottenuto moltiplicando il numero di letti necessari per il valore della retta annua (depurata della componente relativa all'ammortamento), considerata al netto dei costi dei servizi cosiddetti alberghieri che si assume siano a carico dell'assistito. L'impegno finanziario implicato da questo adeguamento delle strutture residenziali del Mezzogiorno e del Centro ai livelli del Nord risulta pari nel complesso a poco meno di 2 miliardi e 200 milioni di euro su base annua.

Il risultato complessivo è riportato nella prima parte della tavola 7: l'ammontare di risorse da convogliare sull'assistenza domiciliare, gli uffici di cittadinanza e l'adeguamento delle strutture socio sanitarie sarebbe pari nel 2003 a poco meno di 12 miliardi e 500 milioni di euro, e crescerebbe (in euro 2003) a 16 miliardi 500 milioni nel 2010 e a 19 miliardi 400 milioni nel 2020. In realtà, l'impegno di risorse aggiuntivo rispetto alla situazione attuale risulta di molto inferiore, dato che la riforma proposta consente di riassorbire risorse già oggi

impegnate e di aumentare le entrate, specie contributive, per il bilancio pubblico. Vediamo di che si tratta.

7.4 I risparmi indotti dalla riforma e l'onere aggiuntivo netto.

La prima voce di spesa che la riforma consente di riassorbire gradualmente ma in prospettiva totalmente è quella per le indennità di accompagnamento. Tale erogazione, riconosciuta indipendentemente dal reddito ai soggetti invalidi civili al 100% che abbiano impossibilità a muoversi autonomamente, risponde proprio ad un principio di indennizzo e di sostegno dei soggetti caduti in condizione di non autosufficienza. La nostra ipotesi di riforma, che riguarda il sostegno agli anziani non autosufficienti, consente di riassorbire le risorse attualmente impegnate dalle indennità di accompagnamento erogate agli ultrasessantacinquenni. Queste ammontano oggi a circa 4 miliardi e 120 milioni di euro (il 72% delle indennità complessivamente erogate). Tenendo conto però del fatto che nella prima fase di attuazione della riforma sarà opportuno garantire all'anziano non autosufficiente di optare per il regime più favorevole, possiamo pensare che optino immediatamente per il nuovo regime solo i soggetti immobilizzati e quelli confinati con 3 ADL, per i quali il valore dei servizi domestici e di accompagnamento previsto in tavola 1 è decisamente più elevato dell'indennità di accompagnamento. In questo caso, possiamo assumere un risparmio immediato pari a 2 miliardi e 370 milioni di euro. In prospettiva, peraltro, l'insieme delle indennità di accompagnamento andrà riassorbito: il fatto è che tale istituto ha dato luogo, in molti casi, a un utilizzo non appropriato, di semplice sostegno al reddito del nucleo familiare della persona non autosufficiente, dal momento che non esiste un mercato strutturato e regolare di servizi di accompagnamento e di assistenza ai disabili. Nell'ipotesi di creazione di un fondo per la non autosufficienza tali risorse andranno sostituite con prestazioni o titoli per l'acquisto di servizi presso operatori accreditati secondo le indicazioni di tavola 1-A. Tenendo conto delle previsioni circa l'evoluzione nel tempo del fenomeno della non autosufficienza, le indennità di accompagnamento per gli ultrasessantacinquenni crescerebbero fino a un valore complessivo di 6 miliardi e 290 milioni di euro nel 2020. Assumendo una adeguata gradualità nel processo di riassorbimento, in tavola 7 abbiamo assunto che il valore delle indennità riassorbite si porti a 4 miliardi 525 milioni nel 2010 e raggiunga il totale delle indennità nel 2020.

Un ulteriore risparmio di spesa si ottiene tenendo conto che per i servizi residenziali e semi-residenziali, assicurati in tavola 1-A ai non autosufficienti

residenti in casa, la componente di spesa alberghiera sarà a carico degli assistiti (il corrispondente risparmio è riportato in tavola 7).

Bisogna poi tener conto delle maggiori entrate da contributi previdenziali che deriveranno dal fatto che la riforma porterà all'emersione di rapporti di lavoro di cura domiciliare già oggi esistenti e a nuova occupazione in questo tipo di servizi: le entrate contributive aggiuntive sono quantificabili in circa 1 miliardo e 330 milioni di euro al 2003. Il calcolo è stato fatto ipotizzando un monte ore lavorative medio per il servizio domestico, l'accompagnamento e il servizio tutelare di 6 ore giornaliere per 231 giorni lavorativi l'anno (22 giorni lavorativi al mese per 11 mesi). Tenendo poi conto del monte ore già lavorate risultante dalla banca dati dell'Inps sui collaboratori domestici, applicandogli un coefficiente di riduzione, ricavato dall'indagine multiscopo dell'Istat, in quanto tra i lavoratori domestici non tutti si occupano di anziani, e infine moltiplicando il risultato ottenuto per un valore stimato della quota di lavoro nero in questo settore (pari a circa l'85% del monte ore complessivo), si è ottenuto il monte ore di lavoro aggiuntivo attivato dalle risorse del fondo (cfr. l'Appendice a questo capitolo). A questo monte ore è stata applicata, con riferimento ai servizi domestici e di accompagnamento, la percentuale di contribuzione prevista per i collaboratori domestici dalla normativa attualmente vigente e, con riferimento al servizio tutelare, quella vigente per i soci di cooperative. In base a questo calcolo la contribuzione aggiuntiva derivante dai servizi domestico, di accompagnamento e tutelare risulterebbe di un ammontare pari a 1 miliardo e 232 milioni di euro (tavola 4). La restante parte, pari a circa 102 milioni di euro (tavola 7), deriverebbe dai nuovi occupati che si creerebbero negli uffici di cittadinanza di secondo livello (assistenti sociali), ai quali è stata applicata una contribuzione pari a quella del lavoro dipendente (32,7% della retribuzione). In prospettiva, le entrate aggiuntive derivanti dai servizi di assistenza domiciliare aumenteranno nel medio periodo in relazione alla crescita della platea degli assistiti, portandosi (tavola 5 e tavola 6) a 1 miliardo 900 milioni di euro nel 2010 e a 2 miliardi 292 milioni nel 2020.

Infine, abbiamo effettuato una prima stima delle risorse già oggi dedicate dalle amministrazioni pubbliche all'assistenza domiciliare. Si tratta di una elaborazione sui dati forniti dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria relativi al 2001. Il documento varato dal Tavolo nel luglio 2003 riporta per quasi tutte le Regioni (con l'eccezione della Sicilia, del Molise e della Provincia di Bolzano) l'ammontare di spesa pro-capite per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare. Ne abbiamo ricavato l'ammontare di risorse complessivamente destinate a queste attività e l'abbiamo riproporzionato in

relazione alla quota di anziani non autosufficienti sul totale dei disabili. Infine, abbiamo proiettato il valore ottenuto al 2010 e al 2020. I risultati sono riportati in tavola 7: le risorse già oggi destinate all'assistenza domiciliare integrata assommerebbero, secondo la nostra valutazione, a 2 miliardi 390 milioni di euro nel 2003, a 3 miliardi 270 milioni nel 2010 e a 3 miliardi 900 milioni nel 2020.

La tavola 7 riporta l'onere netto aggiuntivo derivante dalla realizzazione della riforma delineata in questa ricerca ove si assuma il percorso di riassorbimento delle indennità di accompagnamento da noi indicato e si considerino per intero riassorbite dalla riforma anche le risorse già oggi impegnate nell'assistenza domiciliare: si tratta di circa 6 miliardi e 200 milioni di euro per il 2003 (ove la riforma entrasse subito a regime), di 6 miliardi e 500 milioni al 2010 e di 6 miliardi e 550 milioni al 2020. Rileva il fatto che l'onere aggiuntivo nell'insieme risulti piuttosto stabile nel ventennio considerato: il fatto è che l'aumento prospettico del numero degli anziani non autosufficienti fa sì aumentare il costo lordo complessivo degli interventi previsti dalla riforma, ma farebbe anche aumentare proporzionalmente l'onere che per la finanza pubblica avrebbero gli interventi già oggi attivati (indennità di accompagnamento e interventi di assistenza domiciliare). Il graduale riassorbimento poi dell'insieme delle indennità di accompagnamento a favore degli anziani disabili contribuisce per la sua parte a rafforzare la stabilizzazione dell'onere aggiuntivo.

Appendice. Una prima valutazione dell'occupazione aggiuntiva

Riportiamo qui i risultati di un primo semplice esercizio di valutazione al 2003 degli effetti che l'attivazione dell'assistenza domiciliare secondo le linee di riforma indicate avrebbe in termini di nuove possibilità occupazionali e di emersione del lavoro nero. Si tratta dell'esercizio che ci ha consentito di ricavare una stima delle maggiori entrate contributive attivate dalla riforma e riportate nella tavola 4.

La prima parte della tavola 8 riporta il numero complessivo di ore annue necessarie ad assicurare, secondo la griglia di prestazioni previste nella tavola 1-A, l'assistenza socio-tutelare per la popolazione anziana di riferimento nonché il numero corrispondente di lavoratori nell'ipotesi che essi dedichino all'attività sei ore giornaliere per 231 giorni all'anno.

Nella seconda parte della tavola è riportata la stima delle ore e dei lavoratori che nel 2001 sono stati nel complesso coinvolti nell'assistenza agli anziani. Tale

stima è stata elaborata sulla base dei dati Inps sulle ore di lavoro 2001 dei collaboratori domestici, riproporzionate sulla base dell'indagine multiscopo dell'Istat per tener conto del lavoro sommerso.

La terza parte della tavola riporta per differenza l'occupazione aggiuntiva che sarebbe attivata dalla riforma al 2003: si tratta di circa 150 mila lavoratori in più. Naturalmente tra i benefici della riforma ci sarebbe anche la regolarizzazione della posizione dei lavoratori sommersi, pari a circa 180 mila persone.

Parte Terza

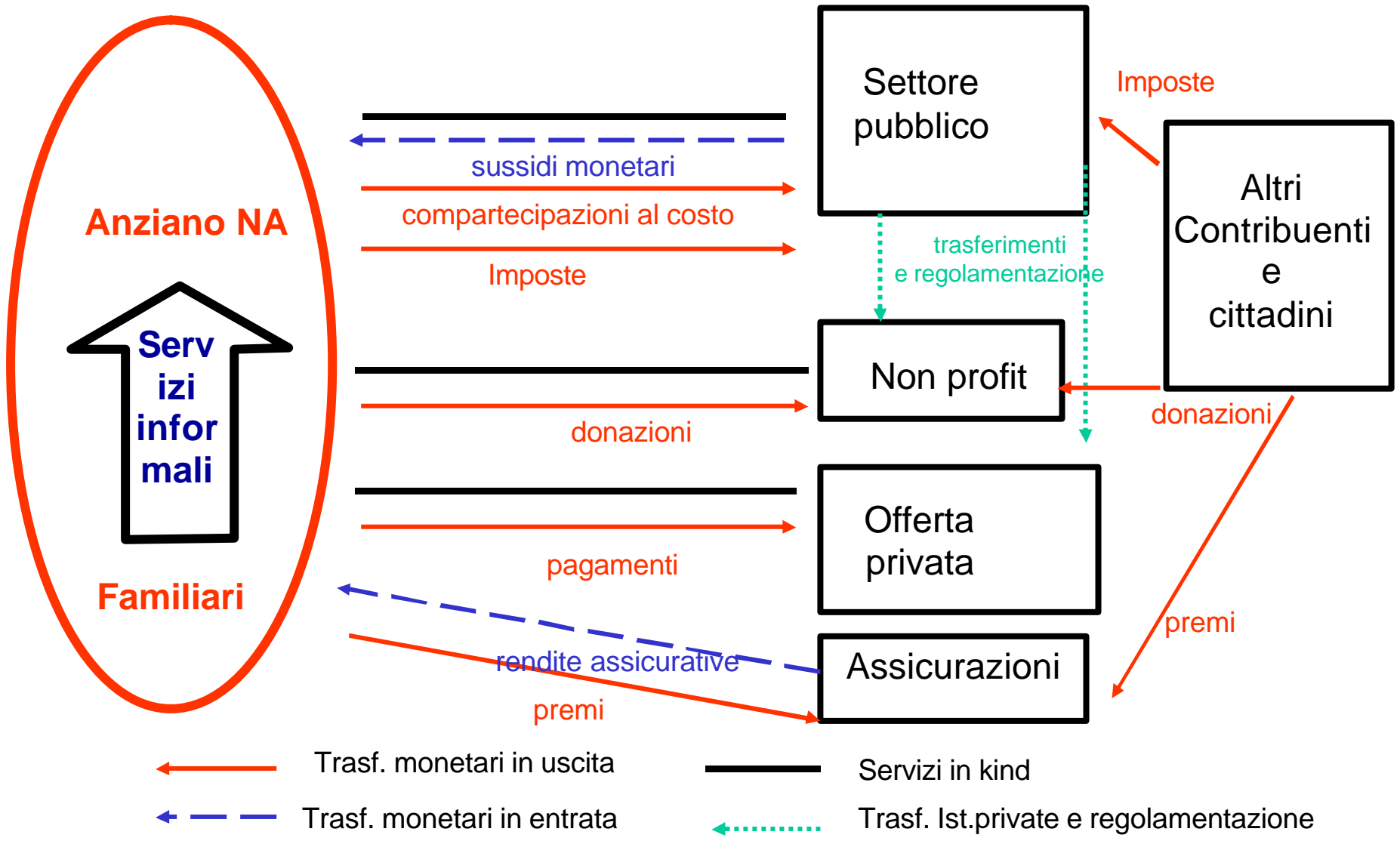
Il finanziamento di un programma per la non autosufficienza

8. Le alternative di finanziamento dei PNA

I servizi a favore di soggetti non autosufficienti coinvolgono una molteplicità di attori sia sul lato della domanda (beneficiari e loro familiari) sia dell'offerta. Le modalità di soddisfacimento dei bisogni sono molto mutevoli e complesse e danno luogo a molteplici flussi di scambi monetari e di servizi tra questi soggetti. Un utile punto di partenza può essere la figura 1, che cerca di stilizzare la gamma di possibili flussi di trasferimenti in entrata e in uscita dei soggetti coinvolti nei servizi in questione.

Nella parte sinistra sono indicati i destinatari dei servizi: anziano non autosufficiente e familiari. Questi ultimi hanno però un ruolo chiave nel fornire servizi informali, non di mercato. I destinatari dei servizi possono, alternativamente o congiuntamente, entrare in relazione con i soggetti che agiscono sul lato dell'offerta. Nel caso di offerta privata vi può essere uno scambio tra servizi e pagamenti di mercato. Nel caso di assicurazioni la relazione finanziaria ha il carattere di premi, pagati da anziani o da altri soggetti in età adulta, a fronte di rendite utilizzate per l'acquisto di servizi sul mercato o presso strutture convenzionate. Nel rapporto con lo stato le relazioni sono più complesse. I destinatari possono ricevere servizi *in kind* o sussidi monetari. A fronte di questi trasferimenti si avranno pagamenti di imposte e compartecipazione al costo da parte dei beneficiari dei servizi (assumiamo per semplicità che tutte le compartecipazioni siano incassate dal settore pubblico). L'offerta può essere realizzata da soggetti del terzo settore, nell'ambito di schemi di regolamentazione controllati dal settore pubblico (e che dà luogo a trasferimenti di risorse dallo stato agli enti non profit), che possono anche ricevere trasferimenti diretti dai beneficiari sotto forma di donazioni. Altri contribuenti partecipano attraverso le imposte al finanziamento dei servizi nel caso, che si può considerare normale, in cui i pagamenti privati e le compartecipazioni non siano sufficienti a finanziare il costo dei servizi offerti.

Fig. 1 - Flussi di trasferimenti monetari e di prestazioni *in kind* nella fornitura di servizi ai non autosufficienti



Lo scopo di questa terza parte del Rapporto è di discutere, alla luce delle considerazioni fatte sulla natura dei SNA e sulla giustificazione dell'intervento pubblico, le modalità di finanziamento più appropriate sotto il profilo dell'efficienza e dell'equità, di tipo privatistico (offerta privata e assicurazioni) e pubblica (imposte e compartecipazioni al costo). La nostra analisi sarà però più attenta alle soluzioni di tipo pubblico, che, alla luce delle considerazioni svolte nella prima parte del Rapporto, ci sembrano da privilegiare.

8.1 Soluzioni assicurative

Le soluzioni di tipo assicurativo sono costituite da polizze o di tipo privatistico - volontario o inserite in schemi obbligatori o contrattuali.

Anche nei paesi in cui sono adottati modelli di welfare ispirati a principi liberisti, la soluzione privatistica non è mai in grado di dare una risposta sufficiente al problema in esame, per le ragioni richiamate al paragrafo 3.1. Tali strumenti possono essere pensati solo come componenti di un assetto istituzionale in cui esistano almeno due pilastri: uno pubblico e uno integrativo.

Le soluzioni concrete di secondo livello si differenziano a seconda che, in analogia con le problematiche della previdenza integrativa, esse siano lasciate alla libera scelta del cittadino o inserite in schemi contrattuali aziendali. Le seconde forme hanno una scarsissima applicazione nel nostro paese.

Tali soluzioni appaiono poco convincenti per una serie di ragioni:

1. La capacità da parte dei singoli di cogliere pienamente le caratteristiche del contratto di assicurazione sono molto modeste e si è quindi in presenza di diffusi fenomeni di diffidenza attribuibili a scarsa capacità di acquisire le informazioni necessarie. Le assicurazioni hanno quindi difficoltà a raccogliere il numero di adesioni sufficiente a garantire il *pooling* dei rischi.
2. Le assicurazioni hanno difficoltà a valutare correttamente il rischio di non autosufficienza e ciò provoca atteggiamenti prudenziali che comportano innalzamenti dei premi.
3. La miopia dei soggetti induce a non attivarle nel momento in cui il premio è più conveniente. La maggior parte delle polizze nelle esperienze straniere sono sottoscritte da soggetti che hanno un'età intorno ai 60 anni. In questi casi i premi da pagare possono costituire una quota piuttosto rilevante del reddito di un soggetto (Beltrametti, 2000; Isvap, 2001)
4. I costi delle prestazioni che dovrebbero essere garantite a fronte di non autosufficienza hanno una notevole varietà intertemporale. Il rischio di un loro significativo aumento è serialmente correlato, e non può quindi essere

differenziato all'interno di una data coorte di partecipanti. Per cautelarsi rispetto a tale rischio, l'assicurazione offre come prestazione non già dei servizi ma ammontari monetari prefissati, indicizzati ai prezzi secondo modalità predefinite. La probabilità che il contratto di assicurazione non sia in grado di dare piena copertura nei confronti dei rischi di non autosufficienza è quindi particolarmente elevata.

5. I costi amministrativi delle polizze private sono molto elevati, sicuramente più elevati di quelli di una gestione pubblica, anche in ragione degli elevati costi di marketing
6. Il sistema assicurativo, attivato su base volontaristica, non offre, per definizione, una copertura universale. Laddove un sistema di questo tipo esiste, si è riscontrato che un numero elevato dei potenziali aderenti non sono ammessi al contratto in ragione delle loro condizioni di salute.

Sotto il profilo sia dell'equità, sia dell'efficienza, le soluzioni privatistiche appaiono quindi dominate da quelle pubbliche, le uniche che consentono di spostare il momento redistributivo dalla fase della compartecipazione (ex post) alla fase del finanziamento (ex ante) (cfr. Beltrametti 1998, 2001).

8.2 Soluzioni tributarie: contributi sociali, imposta ad hoc, addizionali e sovrimposte all'Irpeg e Irpeg, Irap, Fondo per i PNA

Se ci poniamo nell'ottica in cui la parte prevalente del finanziamento del PNA sia posta a carico del bilancio pubblico e debba trovare copertura in una qualche forma di imposizione, si pone il problema di individuare la forma di entrata più consona al finanziamento del servizio. Le opzioni possibili sono molteplici e classificabili in queste forme:

- Aumento dei contributi sociali
- Aumento delle aliquote di imposte già presenti nel sistema tributario
- Introduzione di un nuovo tributo specificamente destinato al PNA (imposta di scopo)
- Contributo speciale commisurato ad un nuovo indicatore di condizione economica
- Addizionali o sovraimposte a tributi esistenti

Esse verranno di seguito esaminate con riferimento alle loro caratteristiche generali, e quindi a prescindere dal riferimento specifico al contesto italiano e al livello di governo chiamato a gestirle.

Si ragionerà inoltre nell'ipotesi, tipica dei sistemi a ripartizione, in cui le risorse raccolte non vengano accantonate ma servano a finanziare le persone correntemente in stato di bisogno.

Contributi sociali. Tra i possibili modelli istituzionali di un PNA nella prima parte di questo rapporto si è fatto riferimento alla forma dell'assicurazione sociale. A tale forma è naturalmente associato il finanziamento mediante *contributi sociali*. E' questa la via seguita dall'istituto della *Pflegeversicherung* tedesca (cfr. Beltrametti 2001, ISVAP, 1998, 2001; Mastrobuono 2002), a cui la proposta contenuta in questo rapporto ampiamente si ispira. Nel dibattito che precedette l'introduzione di questo istituto in Germania, tale forma di finanziamento era vista con favore, perché rafforzava negli assistiti l'idea che il programma fosse non un atto di assistenza, ma il risultato di un "contratto di assicurazione sociale", nel cui ambito l'assistito aveva contribuito con il pagamento di premi.

Questa soluzione, come si è ricordato, ha tuttavia il limite di conservare un carattere di *categorialità*. Sotto il profilo della identificazione dei beneficiari del PNA, inevitabilmente l'attenzione viene limitata alla categoria, pur prevalente, di lavoratori attivi, che nel contesto istituzionale italiano finirebbero per coincidere con gli iscritti alle gestioni Inps e del pubblico impiego. Resterebbe quindi non coperto dal PNA un certo numero di categorie professionali. Il disegno dell'istituto non sarebbe coerente con la volontà di superare le caratteristiche categoriali del sistema di welfare italiano e potrebbe accentuare la difficoltà di ricerca di consenso su un modello di welfare che non sia limitato solo ai più bisognosi.

Sotto il profilo della ripartizione del costo del servizio, la soluzione dell'assicurazione sociale e dell'uso dei contributi ha la caratteristica di chiamare alla contribuzione solo i lavoratori attivi e non anche i pensionati. In una logica assicurativa ciò ha una sua ragione, ma è indubbio che in tal modo verrebbero esclusi oggi dalla contribuzione i principali beneficiari del PNA. Anche dal punto di vista della dimensione della base imponibile, con le conseguenti implicazioni in termini di dimensione dell'aliquota necessaria per dare copertura al programma, la sottrazione della massa pensionistica appare problematica. Va infine messo in luce che gli attuali orientamenti della politica contributiva non sono per l'aumento, ma semmai per la diminuzione dei contributi sociali, per lo meno della componente a

carico del datore di lavoro. E' quindi prevedibile che la scelta di questo strumento possa incontrare serie opposizioni.

Questa difficoltà potrebbe essere superata se l'aumento dei contributi sociali necessario per finanziare i SNA venisse compensato da riduzioni degli stessi per la componente destinata al finanziamento del sistema pensionistico (a cui però corrisponderebbero minori diritti pensionistici nell'ambito di uno schema di tipo contributivo come è quello della riforma Dini). Anche questa proposta non sembra tuttavia trovare unanimità di consensi.

Per gli aspetti che qui interessano, tale soluzione non appare quindi la più soddisfacente.

Imposta ad hoc. La soluzione di *finanziamento mediante imposte* offre come modalità alternative di realizzazione l'introduzione di nuovi tributi o l'elevazione del gettito di tributi esistenti.

L'introduzione di *un'imposta ad hoc* avrebbe senza dubbio il vantaggio di potere essere articolata in modo da tenere conto delle particolarità del programma di spesa che deve finanziare. Il gettito necessario per finanziare il programma è di dimensioni ragguardevoli, tali da giustificare anche la creazione di un nuovo istituto.

Sono però forti le controindicazioni. Un nuovo tributo deve armonizzarsi con la struttura del sistema fiscale esistente.

Esso deve poi prevedere procedure di accertamento e di riscossione ad hoc, che possono rivelarsi costose e di difficile implementazione amministrativa.

Le imposte su cui potrebbero essere effettuati inasprimenti delle aliquote vanno ricercate nell'ambito dell'imposizione diretta. Fra queste le più idonee o comunque quelle prese in considerazione sono: l'Irpef, l'Irpeg e l'Irap, per le quali già esistono forme di addizionali.

Addizionali o sovrimposte²⁹ all'Irpef. L'Irpef sembrerebbe il tributo più naturale per il finanziamento di servizi alla persona come i SNA. Esso è però solo potenzialmente un candidato ideale a causa della rilevante erosione della base

²⁹ Qui si intende per addizionale l'applicazione di un'aliquota al gettito di un tributo esistente; per sovrimposta l'applicazione di un'aliquota alla base imponibile di un tributo esistente. Anche se l'accezione qui sposata è quella prevalente, la terminologia in proposito non è univoca (ad es., le addizionali all'Irpef a favore di Regioni e Comuni sono, alla luce delle definizioni qui accolte, sovrimposte).

imponibile, in cui, in particolare, non rientrano i redditi delle attività finanziarie e i redditi figurativi della prima casa. Inoltre molteplici componenti del reddito imponibile (redditi agrari, reddito di lavoro autonomo e dei fabbricati in talune fattispecie, ecc.) sono definiti sulla base di criteri fondati sul principio del reddito normale, anziché di quello effettivo. I criteri forfetari sembrano poi destinati a diffondersi sempre più nella logica della riforma Tremonti (si pensi ad esempio all'introduzione dell'istituto del concordato preventivo).

A favore della scelta dell'addizionale/sovraimposta all'Irpef si può segnalare che nella base imponibile di tale imposta rientrano i redditi di pensioni. Sotto questo profilo la soluzione appare più soddisfacente di quella contributiva.

Il ricorso alle addizionali/sovraimposte Irpef potrebbe consentire di coinvolgere i livelli di governo inferiore.

Nel caso in cui si ricorresse all'opzione dell'addizionale (variazione dell'aliquota commisurata al gettito) si potrebbero evitare effetti di interferenza nella misura della progressività dell'imposta (anche se resterebbero gli effetti distributivi indotti dalla modificazione dell'aliquota media).

Addizionali o sovrimeposte all'Irpeg Una fonte addizionale di imposizione a livello erariale potrebbe essere costituita dall'Irpeg, certamente non come unica fonte, data la limitatezza della sua base imponibile, ma in concorrenza con altre (presumibilmente l'Irpef). Come si dirà, questa è la scelta compiuta dalla proposta di legge unificata del maggio 2003. L'inconveniente principale di affidare ad un'addizionale all'imposta societaria il finanziamento di un servizio universale sta nella volatilità della base imponibile e con essa del gettito di tale imposta, particolarmente sensibile al ciclo economico. Con riferimento all'addizionale all'Irpeg si pongono poi problematiche analoghe a quelle che discuteremo più ampiamente con riferimento all'Irap circa l'opportunità di utilizzare un'imposta che grava formalmente sulle imprese per finanziare un servizio alle persone.

L'Irap rappresenta probabilmente la fonte tributaria più idonea³⁰. Tale imposta ha infatti come base imponibile il valore aggiunto netto, un aggregato che rappresenta pienamente il flusso appropriato per il finanziamento di un prelievo universalistico. Si tratta di un'imposta regionale. Dato l'assetto istituzionale creato dalla riforma del titolo V sarebbe aspetto positivo che la fonte di finanziamento fosse collocata a livello decentrato.

³⁰ Questa tesi è argomentata con maggiore dettaglio in Bosi, 1997 e in Beltrametti, Bosi, 1999.

Una controindicazione dell'Irap sollevata da alcuni osservatori è che essa si presenta come imposta diretta (tale è anche se il sistema di classificazione adottato dall'Istat la registra tra le imposte indirette) a carico delle imprese, delle Ap e dei lavoratori autonomi. Tale connotato ha costituito motivo di discussione e contestazione nella fase in cui una quota rilevante del gettito dell'Irap era vincolata al finanziamento del servizio sanitario nazionale. Appariva infatti inappropriato che un'imposta prevalentemente a carico delle imprese dovesse finanziare un servizio personale.

Questa obiezione non ci sembra tuttavia fondata, alla luce delle considerazioni fatte con riferimento all'incidenza delle imposte. Così come è indifferente, nel lungo periodo, che i contributi sociali siano posti a carico dell'impresa o del lavoratore, è del tutto plausibile che, con riguardo all'Irap, per le componenti della base diverse dal profitto di impresa si abbia una traslazione del tributo, in particolare sui prezzi fissati dalle imprese. In tal caso l'onere dell'Irap finirebbe per diffondersi sull'intera collettività.

Un'altra ovvia obiezione è che la riforma fiscale intende depotenziare in una prima fase e poi eliminare del tutto questa forma di imposizione.

Un contributo basato sull'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). A titolo di studio può essere interessante considerare l'idea (Beltrametti, 2002) di utilizzare come base imponibile del contributo *l'aggregato a cui si fa riferimento per la definizione dell'ISEE* e cioè di commisurare il prelievo ad un indicatore più appropriato di quanto non sia il reddito, della condizione economica del contribuente. Nel contesto italiano, esso presenterebbe il vantaggio di tenere conto di una nozione abbastanza comprensiva del reddito, che includerebbe anche i proventi delle attività finanziarie, e, soprattutto, della componente patrimoniale mobiliare e immobiliare. Controindicazioni a questa soluzione sono legate al fatto che l'accertamento delle componenti non tradizionali dell'ISEE è ancora lungi dall'essere consolidato. I rischi di iniquità orizzontali sono quindi allo stadio attuale molto elevati. In ogni caso - ma tale problema andrà comunque affrontato - per rendere idoneo l'ISEE a tale funzione sarebbe opportuno procedere ad una revisione dei criteri che lo definiscono. L'obiezione principale alla soluzione ISEE è che esso dovrebbe essere calcolato per l'intera platea dei contribuenti, e ciò comporta una sfida di carattere amministrativo di proporzioni gigantesche (attualmente le autodichiarazioni ISEE registrate presso l'Inps sono circa 2 milioni, a fronte di oltre 20 milioni di contribuenti). Difficilmente la gestione potrebbe restare in capo all'Inps, ma dovrebbe farsene carico l'agenzia delle entrate. Inoltre,

poiché di fatto l'ISEE dovrà essere utilizzato anche nella fase di definizione della compartecipazione al costo da parte dei beneficiari, vi è il rischio che una imperfetta gestione dello strumento selettivo sia causa di una doppia serie di effetti negativi in termini di equità orizzontale.

Nelle considerazioni appena svolte, il filo conduttore dell'analisi è rappresentato dalla ricerca di una corrispondenza tra beneficiari dei SNA e contribuenti. Tale impostazione rischia però di essere parzialmente fuorviante. L'imposta di scopo può infatti essere consigliata anche per altre rilevanti ragioni, meno legate ai principi generali dell'imposta qui richiamati. Il PNA è un programma che comporta, a regime, un impiego considerevole di risorse finanziarie. Esso risponde ad una carenza rilevante del sistema di welfare state italiano, caratterizzato da frammentarietà e dispersione degli interventi nel campo assistenziale. Alla luce di queste considerazioni appare quindi importante segnalare, anche con la forma di finanziamento, la discontinuità rispetto al passato e stabilire una riserva di finanziamento che abbia la funzione di *“proteggere” il nuovo istituto.*

In secondo luogo, come si è documentato in altra parte del rapporto, la previsione della dinamica della spesa per PNA è molto aleatoria. Sembra quindi importante disporre non solo di strumenti idonei per monitorare la dinamica della spesa, ma avere anche la possibilità di *identificare in termini di variazione della pressione fiscale*, la dinamica del costo del servizio.

Queste ultime motivazioni, più che la logica del principio del beneficio, erano alla base della proposta di utilizzazione di un'imposta di scopo per il finanziamento di un PNA avanzata dalla Commissione Onofri nel 1997 (Bimbi et al, 1997).

Il Fondo nazionale per i Sna In considerazione del costo elevato di un PNA, è probabile che l'individuazione di un'unica fonte di finanziamento possa rivelarsi difficile e che quindi il budget complessivo possa essere meglio composto aggregando una pluralità di fonti, anche di natura diversa (non solo tributarie, ma anche risparmi di spesa, apporti di fondazioni, ecc.).

Il ricorso a più flussi di finanziamento rischia di rendere meno trasparente la relazione tra “riserva” di risorse e PNA. Inoltre la pluralità di fonti le rende più soggette a possibili modificazioni nel corso del tempo, in dipendenza delle esigenze del bilancio pubblico. Particolarmente rischioso sarebbe ad esempio se la definizione degli stanziamenti per le diverse componenti che concorrono al finanziamento venisse demandato alla Legge finanziaria, rendendo così aleatoria, in

dipendenza dei cicli politici, la vitalità e la sostenibilità di un programma, in cui le incertezze sulla dinamica della spesa, sono molto elevate. Infine il ricorso a più fonti potrebbe rendere più difficile la formulazione di previsioni sulla dinamica delle entrate.

Alcune di queste difficoltà potrebbero essere superate con la costituzione di un *fondo in cui far confluire le diverse fonti*: l'esigenza di "tutela" delle risorse destinate al PNA sarebbe salvaguardata anche senza ricorrere necessariamente ad una imposta di scopo particolare. In questo caso il vantaggio risiederebbe nella possibilità di sfruttare più opportunità, senza alterare in modo significativo l'assetto del sistema tributario, con le inevitabile difficoltà a trovare un accordo politico sull'introduzione di nuove imposte.

8.3 *La compartecipazione dei beneficiari al costo dei PNA*

Le ragioni della compartecipazione in un modello "completo". La compartecipazione al costo da parte dei beneficiari (Comp) rappresenta un aspetto di estrema importanza nel disegno di un PNA. Anche se largamente praticata nell'attuale configurazione di offerta dei servizi per soggetti non autosufficienti, non è ovvio quale ruolo e quale estensione debba avere all'interno di un modello "completo" di finanziamento. La presenza di questa forma di finanziamento significa che il soggetto non autosufficiente (o uno o più dei suoi familiari) che abbia fatto domanda, e che, nell'ambito delle disposizioni che disciplinano le modalità di finanziamento del PNA, abbia partecipato, come contribuente, al finanziamento del servizio, effettua una "doppia contribuzione", sia come contribuente sia come beneficiario.

In linea di principio, una volta accettati i giudizi di valore a cui si ispirano le scelte di un dato modello di finanziamento del PNA, la Comp non dovrebbe esistere con riferimento alla componente di servizi che sono inclusi nei LESNA. Il principio fondamentale su cui si basa infatti un PNA è che il diritto alle prestazioni (ciò che abbiamo indicato in questo rapporto con l'espressione "diritto esigibile") è motivato dal bisogno e non dipende dai contributi o imposte versate.

Se il programma a carattere universale finanziato con imposte è dimensionato in modo corretto, l'unica ragione per introdurre forme di compartecipazione può essere la volontà di limitare comportamenti di *azzardo morale*, che possano indurre il beneficiario (o il familiare *care-giver*) a fare una domanda e un consumo eccessivo di servizi resi gratuitamente dal programma stesso: la stessa logica, per esemplificare, che è alla base dei ticket sanitari. Questo

problema nel caso di un PNA potrebbe risultare esasperato dalla difficoltà a distinguere tra le componenti “essenziali” e quelle “integrative”. Nel caso di ricoveri in strutture protette (siano esse a valenza anche sanitaria o semplicemente *nursing home*), le prestazioni offerte sono non solo servizi a carattere sanitario, infermieristico e assistenziale, ma anche a carattere “alberghiero” (alloggio) e servizi relativi a normali bisogni della vita quotidiana (alimentazione, vestiario). Anche le esperienze di altri paesi mostrano che il PNA non dovrebbe farsi completamente carico delle ultime due categorie di costi; il Rapporto della Royal Commission on LTC inglese sottolinea molto questo aspetto (Royal Commission, 1999). Una volta raggiunta la fase di non autosufficienza che comporti un ricovero in struttura protetta, tale situazione diventa permanente e appare quindi giustificato che il soggetto non autosufficiente utilizzi tutte le risorse economiche di cui dispone per soddisfare i bisogni di sussistenza diversi dalle cure.

Un'ulteriore possibilità di azzardo morale può scaturire dalla asimmetria informativa che contraddistingue la relazione tra amministrazione e familiare *care-giver* relativamente alla corretta valutazione della disponibilità di assistenza da parte di questo ultimo; nel caso in cui il costo marginale di un'ora di assistenza pubblica sia nullo (in assenza di compartecipazione, ancorché minima) vi è un evidente incentivo a sottovalutare la disponibilità di lavoro di cura non pagato.

Deve essere ribadito che le osservazioni qui fatte riguardano solo ed esclusivamente l'insieme dei servizi previsti dai LESNA. Se nell'organizzazione dei servizi, nel rispetto, che abbiamo giudicato commendevole, del diritto di scelta da parte del cittadino, si offrono modalità alternative di soddisfazione dei bisogni, caratterizzate da diversa qualità e quindi costi (le c.d. “prestazioni aggiuntive”), la Comp diventa uno strumento del tutto coerente con i principi generali.

Le ragioni della Comp in un modello “incompleto”. In realtà le premesse di questo ragionamento (la corretta dimensione del PNA) non sono quasi mai storicamente realizzate e in tutti i paesi è usuale osservare una domanda del servizio largamente eccedente la capacità di offerta delle amministrazioni pubbliche. Le ragioni che determinano un eccesso di domanda possono essere attribuite a insufficienze organizzative dell'offerta, ma più frequentemente sono determinate da *carezza di risorse finanziarie*. La conseguenza è che la Comp può diventare una modalità di finanziamento del PNA, al fine di adeguare l'offerta alla domanda.

La persistenza di carenze di risorse finanziarie che impediscano il corretto dimensionamento del PNA ha solitamente l'implicazione di indurre gli enti che

gestiscono il servizio a razionare l'offerta concentrandola sui soggetti più bisognosi. Comportamento ragionevole, ma che può creare difficoltà applicative non piccole e alla fine degenerare in una forma di prestazione dei servizi che non sono più coerenti con l'intento universalistico che dovrebbe guidare la gestione del PNA.

La definizione dei criteri con cui selezionare la domanda costituisce un aspetto molto delicato, che tocca questioni etiche rilevanti, soprattutto quando si abbia a che fare con un servizio a cui si attribuisce la valenza di diritto di cittadinanza. E', ad esempio, essenziale distinguere tra criteri che regolano l'*accesso* al servizio e criteri che regolano, eventualmente, la *partecipazione al costo*.

Il principio che ci sembra debba guidare la regolamentazione di questo aspetto è molto chiaro: la natura del PNA implica che criteri che facciano riferimento alla condizione economica nella fase della definizione del diritto all'accesso al servizio sono severamente da criticare, perché incompatibili con il principio universalistico richiamato. La considerazione della condizione economica riguarda quindi soltanto l'eventuale aspetto di compartecipazione al costo da parte di soggetti che hanno già subito il vaglio, nel nostro caso basato sulla valutazione dello stato di non autosufficienza, del diritto alle prestazioni.

- Purtroppo nella realtà non è semplice mantenere netta questa distinzione. Per mettere a fuoco questo aspetto, può essere utile immaginare quali sarebbero le alternative di allocazione del servizio, nell'ipotesi di carenza di offerta e in assenza di Comp. Gli strumenti che possono essere utilizzati sono le *liste di attesa* in cui l'offerta del servizio sarà razionata in funzione di indicatori di bisogno o di *situazioni di status* del soggetto non autosufficiente, vale a dire caratteristiche soggettive dello stesso (età, sesso..) o del nucleo familiare in cui è inserito (stato civile, residenza, occupazione).

Tale alternativa, anche se frequentemente applicata, comporta gravi violazioni del principio dell'universalità, perché spesso lo stato di bisogno è correlato alla condizione economica, che quindi viene implicitamente reintrodotta come criterio per l'accesso. Nel lungo periodo, si corre il rischio di creazione di sistemi di offerta di servizi duali e di polarizzazione dei sistemi di welfare.

Ma anche in assenza di una correlazione tra condizione economica e urgenza del bisogno, le scelte da compiere sulla base di criteri di status, spesso sono "tragic choices", in cui si mescolano irrimediabilmente molteplici principi etici e da cui è difficile derivare norme etiche di comportamento sicure o condivise. La varietà di condizioni soggettive è molto ampia: vi sono situazioni, le più diffuse e sicuramente

quelle in cui si manifesta in modo più intenso il bisogno, di anziani non autosufficienti che vivono soli; vi sono coppie di anziani, con diverso grado di possibilità di aiuto reciproco; anziani che vivono all'interno di una famiglia coesa; anziani mal tollerati dalla famiglia in cui si trovano. Abbiamo anche detto che l'obiettivo del PNA non sono solo gli anziani, ma anche i familiari e ciò amplia ulteriormente la gamma delle situazioni particolari. Difficilmente un ente locale può resistere all'esigenza, tipica di una visione consequenzialista dell'equità, di soddisfare prima il bisogno dell'anziano solo, ma a rigore la condizione di solitudine può, anche se in parte non rilevante, essere il frutto di scelte nel ciclo di vita delle persone (quanti figli avere? dove abitare? quale modello familiare scegliere?) e quindi essere passibili di una valutazione anche sulla base di principi di equità di tipo procedurale. Privilegiare l'anziano solo, significa implicitamente affidare un ruolo di supplenza più forte alla famiglia in cui l'anziano ha a disposizione un ambiente favorevole, un obiettivo che non è detto sia tra quelli che l'ente locale vuole perseguire, generando costi ai familiari che hanno quasi sempre un chiaro connotato di genere. Gli assegni di cura forse nascono come tentativo di correggere questa tensione. Il problema potrebbe essere risolto con una più intensa contribuzione da parte di chi è solo. Si tratta di problemi di difficile soluzione che sono e saranno sempre presenti nella concreta gestione di un PNA. L'adozione della Comp, nella misura in cui allenta il vincolo di bilancio nel disegno di una politica per la non autosufficienza, può essere un modo per attenuarli.

Vi è infine un ulteriore aspetto da considerare. Si è detto che i PNA sono caratterizzati dalla presenza di una parte molto ampia di offerta informale che avviene all'interno della famiglia, più o meno allargata, e che, per ragioni connesse alla scarsa diffusione di servizi pubblici, è comunque molto ampia la soluzione privata, che si concretizza in pagamenti diretti per servizi acquistati sul mercato più o meno regolare. Un modo "leggero" per affrontare il problema da parte dell'ente pubblico, in presenza di difficoltà di realizzare investimenti ingenti nell'offerta pubblica, può essere quello di assistere il soggetto non autosufficiente e la famiglia nella ricerca di corrette soluzioni di mercato (si pensi in questo senso all'esperienza Serdom di Modena), in cui l'ente pubblico esercita fundamentalmente la funzione di certificazione e di intermediazione in un contratto privato. In questi casi l'intervento pubblico viene solitamente integrato anche da programmi di trasferimenti di sostegno delle situazioni economicamente più deboli, che ovviamente non possono essere che *means tested*. Si tratta, dal punto di vista logico,

di due forme di intervento distinte (intermediazione/regolamentazione e programma di contrasto della povertà), entrambi appartenenti alla sfera delle competenze dell'ente locale, che hanno però l'effetto di creare una sorta di Comp indiretta.

Per l'insieme di ragioni esposte, di diverso ordine concettuale, la Comp può quindi essere uno strumento utile nell'integrare il budget del PNA. La decisione della misura che essa debba avere è naturalmente di carattere politico, e dipende dalle visioni dell'equità a cui si aderisce e dalla propensione a favore di un'offerta maggiormente centrata sul servizio pubblico o a favore della la promozione di iniziative in cui gli attori privati hanno un più ampio protagonismo. Un grado più intenso di Comp è solitamente correlato con il prevalere di visioni dell'equità procedurali.

Va in ogni caso sottolineato che nel disegno di un PNA, la scelta riguardante la misura e l'articolazione della Comp deve tenere presenti le soluzioni date alla forma di copertura tributaria del Pna (o, nel caso di creazione del Fondo, al modo in cui sono ripartiti gli oneri delle diverse componenti dello stesso). Se la distribuzione dell'onere fiscale è attuata sulla base di criteri ispirati a una forte progressività (come sembra essere l'orientamento, come si vedrà in seguito, delle proposte attualmente in discussione nel nostro paese), un'applicazione del *means testing* particolarmente orientata a favorire le componenti economicamente più deboli può risultare non del tutto coerente. C'è infatti il rischio che la "doppia contribuzione" per le categorie economicamente più forti generi una crisi di rigetto, promuovendo pulsioni all'*opting out*. La ricerca di una soluzione equilibrata appare quindi oltremodo raccomandabile. Analogamente, nel caso in cui si optasse per un finanziamento del PNA con aumento di contributi sociali compensato da riduzioni di quelli destinati al finanziamento del sistema pensionistico contributivo, sarebbe inappropriata una presenza estesa della Comp, dato che i beneficiari hanno già rinunciato, nella fase di finanziamento generale a risorse pensionistiche.

Peso e articolazione della Comp. Le considerazioni svolte sulle giustificazioni della presenza della Comp non sono purtroppo sufficienti per fornire indicazioni anche sull'estensione che tale componente deve avere nel finanziamento di un PNA. La scelta è in definitiva sostanzialmente politica. Le esperienze storiche non offrono un quadro facilmente leggibile, ad esclusione forse dell'esperienza giapponese in cui il contributo al costo del beneficiario è fissato al livello, alquanto

contenuto, del 10% del costo del servizio (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2002; Ihara, 2000; Campbell, Ikegami, 2003).

In questa sede si possono tuttavia avanzare alcune osservazioni con riguardo all'articolazione della compartecipazione al costo. Sulla base di quali strumenti si può realizzare la graduazione della Comp? Se limitiamo l'attenzione agli aspetti che coinvolgono la misura della condizione economica del soggetto non autosufficiente, non vi è dubbio che lo strumento più appropriato è l'ISEE, l'Indicatore della situazione economica equivalente. Tale strumento trova applicazione abbastanza agevole nell'ambito dei programmi di contrasto della povertà (ad esempio l'Assegno per nuclei con almeno tre minori) e anche nella definizione di prestazioni sociali agevolate per servizi a domanda offerti dai Comuni (rette per asili nido, assistenza domiciliare, assegnazione alloggi, ecc.). L'applicazione di tale strumento per la compartecipazione al costo nel caso di ricovero in strutture protette presenta invece aspetti maggiormente problematici. Si tratta di una questione annosa e spinosa, ben presente al policy maker. L'elevatezza dei costi di ricovero in strutture protette pone gli enti locali in condizioni di stress finanziario molto forti e li spinge alla ricerca di quote di Comp sempre più elevate. Questa tendenza è motivo di tensione e contenzioso con i beneficiari e le associazioni che ne rappresentano gli interessi, che pretenderebbero, in nome dell'universalismo, la copertura totale dei costi da parte dell'ente locale.

Uno dei problemi più delicati riguardanti questo aspetto è la definizione del nucleo familiare rilevante nella definizione della situazione economica dei beneficiari dei servizi o dei loro familiari. La responsabilità dei familiari nei confronti degli ascendenti e dei discendenti vede la realizzazione di soluzioni molto diverse nei paesi europei. Ancora una volta la matrice storica dei modelli di welfare si pone come una cartina di tornasole dei diversi orientamenti: nei modelli più individualisti le responsabilità sono meno accentuate, mentre sono assai tutelate nei modelli welfare corporativo e mediterraneo. Nel Regno Unito, ad esempio, non esiste alcun obbligo legale al mantenimento dei familiari, in Olanda tale responsabilità è solo parziale e condivisa dallo stato. In Austria, come in Italia, esiste invece un obbligo legale al mantenimento dei parenti in difficoltà (cfr. Oesterle, 2001).

Il diritto di famiglia italiano prevede l'istituto dell'obbligo degli alimenti e la legislazione tributaria la nozione di familiari a carico. Ciò ha lasciato traccia nel DLgs.130/00, che costituisce il punto di riferimento della normativa ISEE. Per

l'attinenza che riveste per i servizi qui discusse merita di essere ricordato l'articolo 3 comma 2 ter del decreto ora menzionato:

“Per favorire il sostegno ai nuclei familiari al cui interno sono comprese persone con disabilità grave o soggetti ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle competenti unità valutative geriatriche delle unità sanitarie locali, per le prestazioni sociali agevolate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di tipo sociosanitario, le disposizioni del presente decreto si applicano, anche al fine di evidenziare la situazione economica del solo assistito, nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è emanato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.”

La preoccupazione del legislatore sembra essere principalmente volta a sollecitare applicazioni dell'ISEE che evitino di includere le risorse del nucleo familiare in cui l'anziano vive, ma di tenere conto, ai fini di fruizioni di prestazioni sociali agevolate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di tipo sociosanitario, della situazione economica “del solo assistito”.

Può sicuramente essere interpretato come segno delle difficoltà a risolvere il problema il fatto che tale Dpcm non sia ancora stato emanato. Nel frattempo i concreti comportamenti degli enti locali che devono comunque gestire sia le prestazioni citate dall'art.3, sia le altre forme di ricoveri in residenze protette. Come ricorda il Quarto rapporto sull'Ise prodotto dalla Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, nel 2003 (CTSP, 2003):

“Nel caso del secondo decreto la lacuna normativa sta causando situazioni di notevole incertezza da parte delle amministrazioni comunali. Mentre il decreto attuativo avrebbe dovuto, seguendo le direttive del Dlgs 130, consentire la valutazione della situazione economica del solo assistito, e non quindi del nucleo familiare di appartenenza, molte amministrazioni locali vanno in direzione opposta, inglobando nel procedimento che individua la condizione economica del nucleo dell'assistito anche soggetti esterni allo stesso. Tale possibilità è perfettamente in linea con la stessa disciplina (art. 3 c. 1 Dlgs 130/00) perché agli enti erogatori è concessa la discrezione, in casi particolari, di modificare il nucleo familiare di riferimento”.

L'approfondimento di questi delicati aspetti non può tuttavia essere affrontata adeguatamente in questa sede.

9. Un modello di PNA con Fondo nazionale

Le considerazioni svolte nel precedente capitolo, coordinate con le caratteristiche dei LESNA elaborate nella Parte seconda, anche se non sufficienti per individuare un particolare modello di offerta di un PNA, hanno evidenziato elementi di forza e suggerito preferenze ideologiche per un modello “completo” con finanziamento pubblico a ripartizione.

Per completare la discussione dei problemi connessi alla definizione dei LESNA ci sembra utile, a conclusione del Rapporto, proporre un esempio di possibile organizzazione di un PNA coerente con le indicazioni proposte. Un esercizio di questo tipo *non* ha la finalità di suggerire una specifica forma organizzativa. Sotto questo profilo il contesto istituzionale delineato dal Titolo V prevede inequivocabilmente la completa autonomia delle Regioni in questo campo ed è quindi ragionevole attendersi che, una volta varato il programma del PNA, una pluralità di modalità organizzative troveranno realizzazione storica a seconda delle preferenze politiche espresse dai governi regionali. L'esemplificazione che qui si fa ha solo la finalità di consentire al lettore di avere una più esatta percezione dei nessi istituzionali e dei nodi problematici che la concreta organizzazione di un PNA, coerente con le opzioni qui proposte, dovrà necessariamente affrontare nella fase applicativa. Anche se scelte organizzative differenziate potranno influire su aspetti del quadro che qui si propone in via esemplificativa, è nostra convinzione che una parte significativa degli aspetti su cui soffermeremo la nostra attenzione dovranno essere affrontati in ogni possibile contesto organizzativo e che, in ogni caso, le indicazioni qui fornite possano essere di qualche utilità nell'adattare le soluzioni a particolari modelli organizzativi.

Sotto il profilo del finanziamento, la realizzazione di un modello “completo” comporta un impegno finanziario di cospicue proporzioni. Il ricorso ad un'unica forma di entrata tributaria rischia di incontrare, per diversi ordini di ragioni, difficoltà di realizzazione e l'utilizzo di una pluralità di fonti di finanziamento può rivelarsi più appropriata. In questa prospettiva l'uso di un Fondo Nazionale in cui fare confluire fonti di finanziamento di diversa natura (tributi veri e propri, addizionali, compartecipazione, risparmi di spesa, ecc.) appare la soluzione preferibile anche al fine di garantire unitarietà e solidità istituzionale al PNA. La scelta di un fondo nazionale, anche se molto apprezzata nelle proposte in discussione, presenta tuttavia aspetti di problematicità in connessione con l'assetto

istituzionale disegnato dalla riforma del Titolo V della Costituzione. La discussione del modello di funzionamento di un PNA sarà quindi preceduta da una sintetica discussione del ruolo di un Fondo nazionale alla luce delle riforma del Titolo V.

9.1 I rapporti tra Stato centrale e Regioni nel finanziamento dei LESNA

Le competenze in materia di assistenza definite dalla riforma del Titolo V (allo Stato centrale la determinazione dei LIVEAS, alle Regioni la competenza esclusiva in materia di assistenza, ai Comuni le funzioni amministrative e la gestione dei servizi) pongono anche sul piano del finanziamento problemi di coordinamento tra diversi livelli di governo. Come si è accennato nella premessa, alcune possibili interpretazioni alternative della riforma costituzionale possono rivelarsi incompatibili con la presenza di un fondo nazionale per il finanziamento di un PNA. L'assetto base della riforma è definito dall'art. 117, comma 2, lettera m):

“lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie... determinazione dei livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”... “spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione nazionale.”

L'interpretazione del termine “determinazione” è problematica. Se essa significa che lo Stato stabilisce solo i contenuti dei livelli essenziali, si nega allo Stato il compito di istituire, disciplinare e gestire.

Poichè la materia dell'assistenza è di competenza regionale, il suo finanziamento dovrebbe trovare spazio nell'ambito delle risorse generali previste dall'art.119 commi 1-4:

“ I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di partecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.

La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

*Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare **integralmente** le funzioni pubbliche loro attribuite.”*

In particolare il comma 4 prevede che le risorse definite dal comma 2 siano sufficienti a finanziare *integralmente* le funzioni attribuite.

L'eventuale carenza di risorse dovrebbe trovare compensazione attraverso il meccanismo del fondo perequativo generale, previsto dal comma 3: un fondo unico, senza vincoli di destinazione, la cui articolazione è ispirata al criterio della capacità fiscale, vale a dire sulla base di indicatori che fanno riferimento alla capacità degli enti decentrati di raccogliere imposte e non sulla base dei bisogni di servizi pubblici. Alla luce di ciò sembrerebbe da escludere che il bisogno di servizi assistenziali possa fare parte dei criteri in base ai quali viene suddiviso il fondo di perequazione (nella stessa logica con cui l'attuale fondo perequativo per le Regioni disciplinato dal Dlgs 56/00, prevede una componente legata al fabbisogno sanitario), anche se non mancano valutazioni che spono la tesi opposta.

Va inoltre ricordato che, sulla base della normativa in vigore, la sanità non ha più come fonte di finanziamento il fondo sanitario. Sembra quindi che, dal punto di vista del disegno generale del sistema dei rapporti finanziari tra centro e periferia, l'introduzione di un Fondo per la Na potrebbe costituire un'anomalia.

Nè sembra possa soccorrere il comma 5 dell'art. 119 che recita:

“Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.”

Il comma individua invero un campo possibile di azione dello Stato amplissimo e non sarebbe impossibile argomentare che un PNA faccia parte di una politica atta a promuovere la coesione e la solidarietà sociale, ma è indubbio che tale comma sembra delineare più interventi di carattere speciale e particolare, fra i quali non può certo esser inserito un programma della rilevanza del PNA.

Nello spettro delle possibili interpretazioni della riforma del Titolo V l'interpretazione appena argomentata appartiene a quelle più estreme della lettera del testo costituzionale. Il quadro che ne emergerebbe è infatti quello di una separazione molto accentuata nel disegno dei rapporti finanziari tra Stato e governi

decentrati. Le implicazioni di questa interpretazione ai fini del disegno di possibili strutture di finanziamento specifico del PNA sono che lo Stato ha un ruolo limitatamente alla definizione dei LESNA e non ne alcuno nel finanziamento del PNA. Ciò che conta è che le risorse complessive delle Regioni siano compatibili con la realizzazione di servizi previsti dai LESNA e che, nel tempo, tali risorse siano adeguate alla dinamica dei costi. Questa soluzione è lungi dall'essere soddisfacente rispetto agli obiettivi di "tutela" del nuovo istituto, in quanto l'accertamento dell'adeguatezza delle risorse è proiettata nel quadro della definizione dell'insieme delle risorse finanziarie regionali necessarie ad espletare le funzioni previste dalla norme vigenti.

Questa interpretazione estrema sembra poi contrastare, non solo con l'esperienza storica del nostro paese, ma anche con quelle di ordinamenti fortemente caratterizzati dal federalismo (si pensi agli Stati Uniti, al Canada, all'Australia) ove la forte autonomia degli stati non esclude la possibilità di interventi del governo centrale con finalità di incentivazione, spesso utilizzando lo strumento dei trasferimenti a cofinanziamento (*matching grants*). Questa è anche la costante politica dell'Unione europea. Si può quindi ragionevolmente supporre, che, eventualmente mediante estensiva interpretazione del comma 5 dell'art.119, la costituzione del Fondo possa trovare piena legittimità.

Il superamento della difficoltà di interpretazione giuridica del testo costituzionale, non deve però far dimenticare il problema sostanziale, costituito dal fatto che la dimensione del fondo deve essere tale da finanziare, insieme alla componente di compartecipazione al costo da parte dei beneficiari, integralmente la spesa corrispondente ai LESNA e che debbano essere previsti istituti di monitoraggio che consentano di programmare in modo coerente e tempestivo la dinamica dei finanziamenti nel tempo.

Adottando un'interpretazione più flessibile sarebbe ammessa una componente di finanziamento su risorse provenienti dal Bilancio dello stato centrale, insieme ad altre componenti dai livelli regionali, e tali componenti potrebbero avere come riferimento strumentale un fondo le cui caratteristiche sono definite nell'ambito dei poteri di indirizzo del governo centrale.

9.2 Un modello "completo" con Fondo

In questo capitolo si illustra una possibile articolazione dei rapporti finanziari tra enti del governo centrale e livelli decentrati di governo nell'ambito di una possibile struttura organizzativa di SNA, nell'ipotesi di interpretazione "flessibile"

citata nel precedente capitolo, in cui sia ammessa la possibilità di fonti di finanziamento statale ulteriori rispetto a quelle definite dall'insieme delle risorse previste dall'art. 119.

Si immagina che il PNA si fondi sul finanziamento di un Fondo nazionale per soggetti non autosufficienti, definito da una legge statale, alimentato da diversi soggetti istituzionali (Stato, Regioni e altri), di dimensioni tali da consentire, insieme alla componente di compartecipazione al costo dei beneficiari, il finanziamento dei livelli di prestazioni definiti dai LESNA.

Il fondo è alimentato da una pluralità di fonti finanziarie, di carattere tributario, statali e regionali, e da risparmi di spesa derivanti da altri settori della spesa di welfare nazionale e locale.

Fonti di alimentazione del fondo. Tra le possibili fonti si possono esemplificare le seguenti:

- Addizionale dell'Irpef nazionale
- Quota aliquota dell'Irap
- Altre compartecipazioni regionali (Iva, ecc.)
- Minori spesa per indennità di accompagnamento
- Minori spese per pensioni integrate al minimo

Le prime tre fonti non richiedono particolari illustrazioni: la legge istitutiva può facilmente prevedere l'ammontare e le modalità di assegnazione delle risorse finanziarie al Fondo. Nel caso di utilizzo di addizionali o sovrimposte all'Irpef, in considerazione del carattere personale dell'imposta, la legge istitutiva potrebbe prevedere forme di personalizzazione nell'articolazione della variazione dell'aliquota o nella fissazione di detrazioni/deduzioni. Nella gestione dell'autonomia tributaria in questo campo le Regioni hanno offerto segnali di molteplici iniziative in questa direzione e analogo orientamento, come si vedrà nel capitolo finale di questa parte, è seguito nelle proposte di legge più recenti. Sarebbe invece raccomandabile l'adozione di criteri semplici, che evitino al massimo le personalizzazioni che possono interferire in modi non sempre facilmente leggibili con le finalità di redistribuzione più generale realizzate dall'imposta personale.

Meritano invece un commento le voci relative ai risparmi di spesa.

- *L'indennità di accompagnamento (IC)*, che è classificata nell'ambito delle rendite di invalidità civile nella gestione dell'Inps, costituisce, nell'ordinamento vigente, la principale fonte di finanziamento della non autosufficienza ed è l'unico strumento a carattere universale con riguardo alla selettività. Esso è però giudicato

insufficiente e poco efficace, in ragione dell'assenza di costanza e trasparenza nei criteri di concessione del beneficio, e del carattere di trasferimento monetario non condizionato che lo rende passibile di una inadeguata finalizzazione. Il costo dell'istituto non è trascurabile: circa 3,2 mld di euro in lire 2003, a cui corrispondono circa 600 mila beneficiari. Esso appare quindi un candidato ideale a partecipare al finanziamento del Fondo. Sarebbe motivo di delusione se si rivelassero attendibili le dichiarazioni governative secondo cui si intenderebbe rendere *means tested* questo istituto allo scopo di realizzare risparmi di spesa la cui destinazione non è scontato resti vincolata alla spesa per assistenza. Non è però semplice individuare le modalità in cui risparmi di spesa su istituti esistenti possano essere trasformati in fonti di alimentazione del Fondo. Si pongono in fatti due problemi:

- il rispetto dei diritti acquisiti;
- la definizione di meccanismi istituzionali attraverso i quali gli stanziamenti di bilancio attualmente dedicati all'IC possano mutare destinazione.

Con riguardo al primo aspetto è ragionevole immaginare che non possano essere coattivamente modificate le attuali allocazioni dei diritti e sia invece possibile, una volta delineato il nuovo insieme di diritti esigibili, offrire agli attuali beneficiari dell'IC, l'opzione tra il trasferimento monetario attuale o l'adesione al nuovo regime. Se, come è auspicabile e ragionevole, il livello delle prestazioni corrispondenti ai LESNA sarà di valore superiore all'attuale trattamento dell'IC, gli incentivi al passaggio dovrebbero essere molto forti, soprattutto se si avrà l'accortezza di lasciare spazi di libertà di scelta, anche superiori a quelli previsti nel disegno dei LESNA, sulle modalità di fruire i servizi (moneta, in kind, ecc.).

Il secondo aspetto è più complesso. Una volta abolita, per il futuro, l'IC, il momento in cui i risparmi di spesa si evidenzieranno sarà in sede di formazione del bilancio di spesa dell'Inps, con previsioni di spesa più contenute rispetto al passato. Trattandosi di una componente di spesa con natura assistenziale essa troverà compensazione nel trasferimento che lo Stato attua a favore del bilancio dell'Inps a questo titolo. Vi è quindi il rischio che i risparmi di spesa futura non trovino esplicita manifestazione nei bilanci pubblici. Le alternative possibili sono che nella legge istitutiva del fondo si preveda che l'Inps versi al fondo un trasferimento pari all'ammontare del risparmio di spesa. Alternativamente l'Inps potrebbe restare estraneo alla procedura; in tal caso si dovrebbe prevedere un trasferimento al Fondo direttamente dal Bilancio dello Stato.

- *Pensioni integrate al minimo (PIM)*. In ragione della sua significativa dimensione, anche questa voce di spesa rappresenta un possibile importante candidato al finanziamento dei LESNA, anche se la sua natura di programma con finalità di contrasto della povertà di pensionati la rende meno idonea dell'IC.

Come noto la riforma Dini ha, a partire dal 1995 e per i nuovi beneficiari, previsto la soppressione di questo istituto, che nel 2002 ha avuto un costo per il bilancio della spesa pensionistica valutabile in circa 14 mld. L'idea di utilizzare questo strumento era già presente nelle proposte della Commissione Onofri. Nel delineare il quadro tendenziale degli obiettivi di risorse finanziarie necessari per elevare le spesa dell'assistenza, si prevedeva infatti anche l'uso di risparmi sulle PIM. Anche in quella circostanza era stata segnalata l'opportunità di definire meccanismi istituzionali che rendessero evidente e trasparente l'emergere dei risparmi di spesa. La mancata attuazione di quel disegno non ha consentito di realizzare quell'obiettivo. Ma è significativo ricordare che per il 1997, anno in cui venne stilato il Rapporto della Commissione Onofri, la stima della spesa per PIM era di 16,8 mld di euro. Nel quinquennio sono quindi già stati implicitamente assorbiti, per non chiare destinazioni, circa 2,8 mld di euro. Anche per questo istituto si tratterebbe di individuare tecniche di bilancio che, in analogia quanto detto con riferimento all'IC, consentano di rendere espliciti questi risparmi di spesa, vincolandoli al finanziamento del PNA.

Dimensione del finanziamento complessivo. La determinazione dell'ammontare complessivo delle risorse finanziarie che devono affluire al fondo ha come primo punto di riferimento la stima del costo "completo" dei LESNA (CostoLESNA). I flussi al Fondo vanno depurati da due aggregati la cui dimensione deve essere prevista e stimata:

- la valutazione della spesa standard in servizi inclusi nei LESNA, attualmente già effettuata dai Comuni (SpesaStandardComuni)
- la compartecipazione al costo dei beneficiari dei SNA (Comp)

La dimensione del Fondo risulta quindi così determinata:

$$[1] \quad \mathbf{FNA = CostoLESNA - SpesaStandardComuni - Comp}$$

- *Valutazione spesa standard di base sostenuta degli enti locali.* E' questo uno degli aspetti più problematici ai fini di una corretta impostazione del problema del finanziamento di un modello "completo" di PNA e che merita un'attenzione

superiore a quella ricevuta sinora nel dibattito. La solidità del disegno di riforma è indissolubilmente legata ad una corretta definizione dei costi, delle funzioni e dell'allocazione delle risorse. L'introduzione di un istituto che comporti impegni di spesa così rilevanti difficilmente potrà essere attuata se non in modo graduale. Se tale gradualità dovesse avvenire all'interno di un quadro finanziario e organizzativo confuso, l'esperimento è destinato al fallimento, soprattutto in un contesto sociale in cui sono presenti realtà molto diversificate tra nord e sud e in un quadro istituzionale di incerto federalismo che sta già producendo iniziative molto disparate.

- Nella valutazione del costo dei servizi per i LESNA vanno incluse anche le spese che già attualmente i Comuni sostengono per tali finalità. Purtroppo non si dispone di un quadro certo della spesa sostenuta dai Comuni per l'offerta di servizi che rientrino nella sfera della non autosufficienza. I conti della Protezione sociale per il 2002 registrano tra le altre spese di natura assistenziale 4,3 mld di euro, presumibilmente erogati in gran parte dagli enti locali. La spesa dei Comuni per soggetti anziani non autosufficienti è un sottoinsieme di tale aggregato. Si può valutare molto approssimativamente che non meno di 2-2,5 miliardi di euro riguardino destinazioni per SNA. Un primo passo per affrontare il problema è sollecitare l'Istat affinché svolga complete e adeguate rilevazioni al fine di superare questa carenza informativa che si protrae da molti anni: il problema era emerso nel 1997 ai tempi della Commissione Onofri e anche nel 2001, in occasione della stesura del Primo Piano nazionale per l'assistenza.

La distribuzione territoriale di tale spesa è probabilmente molto difforme. Ai fini del calcolo della dimensione finanziaria del Fondo sono però sufficienti elementi informativi che consentano una stima della spesa *aggregata nazionale*.

Ai fini dell'allocazione territoriale (regionale prima e comunale poi), le grandezze rilevanti non sono le spese effettive, ma quelle *standard*. Si tratta in altri termini di individuare, in primo luogo a livello regionale, ma poi anche a livello comunale o distrettuale, a seconda dei modelli organizzativi, parametri demografici, economici e sociali in base ai quali definire un fabbisogno standard di risorse per la realizzazione dei LESNA. Questi aggregati regionali dovranno costituire un elemento nel processo di allocazione delle risorse del Fondo alle Regioni. Analogo compito spetterà alle singole Regioni nei confronti dei Comuni.

- *Compartecipazione al costo dei beneficiari*. La dimensione aggregata del Fondo nazionale va poi decurtata del finanziamento derivante dalla partecipazione al costo da parte degli utenti. Nel quadro istituzionale attuale la compartecipazione

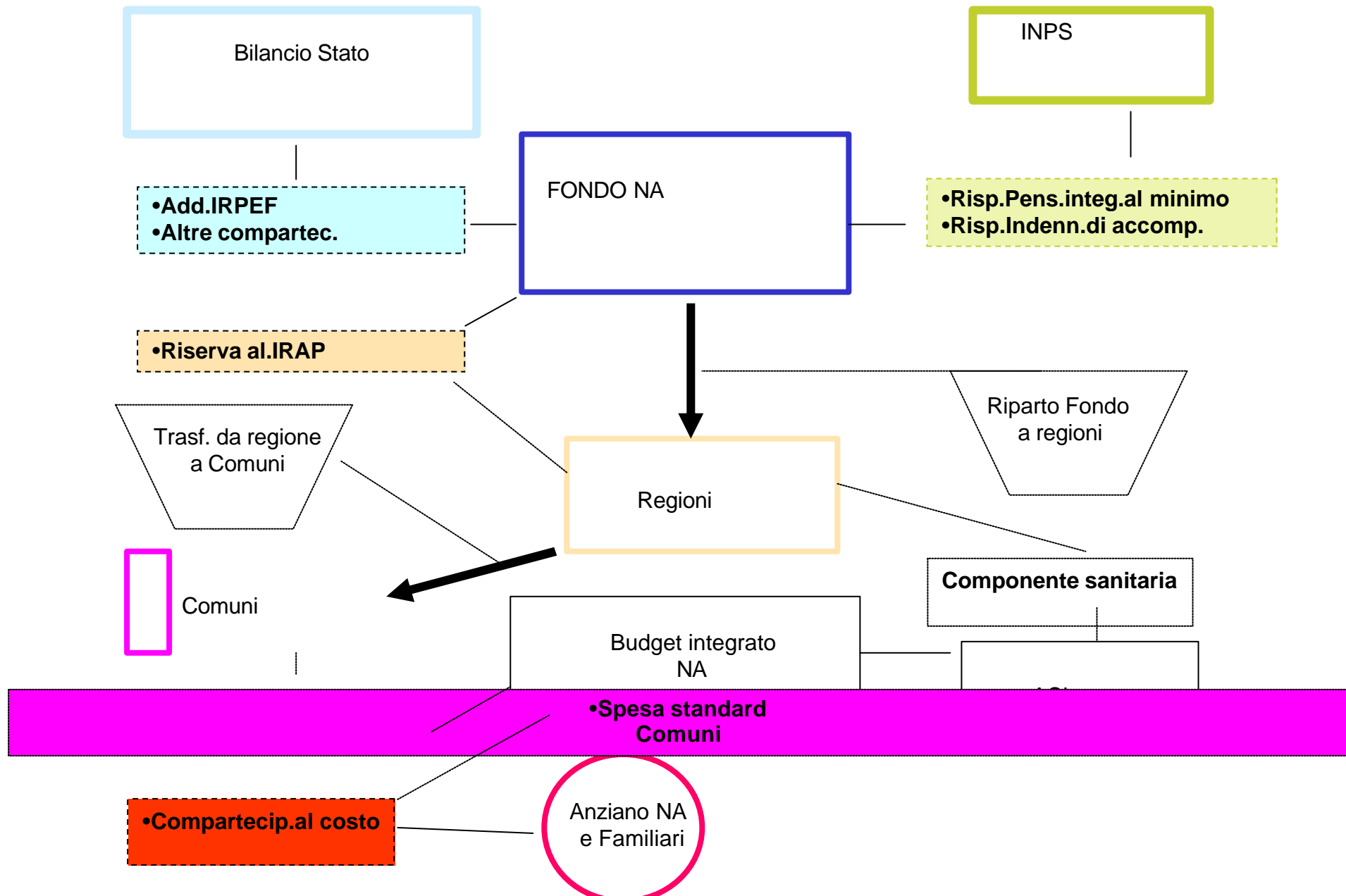
al costo dei SNA è probabilmente molto ampia. Non si dispone però di valutazioni, nè aggregate, nè dettagliate territorialmente della loro intensità. Anche in questo caso sarebbero molto utili rilevazioni specifiche, in grado di colmare la carenza informativa. Va però sottolineato che ai fini della valutazione della dimensione del fondo la determinazione di Comp riflette principalmente criteri normativi. Una volta determinato il fabbisogno standard delle R

- egioni e dei soggetti istituzionale che erogano i servizi (Comuni e Distretti), la compartecipazione standard è ottenuta moltiplicando tale fabbisogno con la percentuale che in via normativa si ritiene debba essere coperta da parte dei beneficiari.

Questa considerazione consente di sollevare il problema di quale debba essere il soggetto a cui è affidata la determinazione della percentuale di copertura sopra indicata. Ragioni di uniformità spingerebbero ad attribuire allo Stato centrale, nell'ambito delle sue funzioni di indirizzo, il compito di fissare almeno una *soglia minima di copertura*. E' però indubbio che le decisioni concrete sulle modalità di articolare la compartecipazione appartengono fondamentalmente alla sfera decentrata, in particolare degli enti locali. L'autonomia dei livelli di governo decentrati nel fissare le regole della partecipazione al costo dei beneficiari potrà indurre difformità nell'allocazione finale territoriale delle risorse. Ciò non dovrebbe però costituire un problema, ma semmai un incentivo per gli enti locali a gestioni economicamente oculate. E' invece essenziale che gli enti locali non abbiano incentivi a ridurre le entrate da compartecipazione nella speranza di vedere integrati i propri bilanci nell'allocazione del Fondo. La correzione di questo possibile comportamento di *moral hazard* da parte dei livelli inferiori di governo verrebbe quindi controllato nel caso in cui l'ammontare di Comp sia pari al fabbisogno di spesa locale per la quota minima definita a livello centrale. I livelli di governo regionale potrebbe liberamente esercitare la propria autonomia imponendo gradi di copertura diversi da quelli minimi, ricorrendo a proprie fonti finanziarie, per la copertura, nel caso di ampliamento della quota, di servizi che non rientrano nei LESNA.

In definitiva, sulla base delle indicazioni qui proposte l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie che affluiscono al Fondo sembra fondarsi su un menu abbastanza articolato di fonti finanziarie che sono principalmente influenzate dalle dinamiche delle basi imponibili dell'Irpef, dell'Irap e dell'Ise, che governerà in parte la compartecipazione al costo dei cittadini. Una tale articolazione dovrebbe dare sufficienti garanzie di equilibrio rispetto a inevitabili imperfezioni dei meccanismi di selettività.

Fig. 2 – Un esempio di modello organizzativo



La figura 2 offre una rappresentazione grafica del modello organizzativo che si sta delineando. In essa sono indicati in quadri a colori le componenti finanziarie rilevanti per determinare il fondo e gli attori interessati. Nella parte superiore si individua il Bilancio dello Stato e l'INPS, per la parte riguardante l'intervento finanziario centrale. Al Fondo affluisce anche l'eventuale quota dell'Irap, a carico delle Regioni. Per le ragioni appena esposte l'ammontare delle fonti erariali e regionali è definita in misura tale da rispettare l'identità contabile [1].

Il passaggio successivo illustrato nella figura è il riparto del Fondo nazionale alle Regioni, sulla base di criteri che riflettano il fabbisogno standard regionale. E' plausibile immaginare che le caratteristiche della popolazioni regionali sotto il profilo della struttura per età e del grado di morbilità costituiranno la base informativa principale per tale allocazione.

La figura mostra poi nella parte inferiore il riparto del fondo dalle Regioni alle istituzioni che avranno il compito di erogare i servizi. E' in questa fase che si potranno manifestare modalità alternative di articolazione istituzionale ed organizzativa. Le soluzioni dipenderanno principalmente dal rapporto che si intende stabilire con le istituzioni del servizio sanitario nazionale a cui spetta il compito di fornire i servizi per la componente sanitaria. L'opzione per l'individuazione di forme di integrazione è da tempo al centro del dibattito su questo tema. Le modalità con cui può essere realizzata un'integrazione sono molteplici, sia con riguardo alla definizione dell'area territoriale (che può essere costituita dai Comuni o dai distretti socio-sanitari), sia con riguardo al grado di autonomia di bilancio dell'istituzione a cui spetta la responsabilità dell'organizzazione dei servizi. Nella figura è indicata un centro, chiamato *Budget integrato NA*, le cui caratteristiche istituzionali non necessitano di essere chiarite in questa sede³¹. Nello schema esemplificativo si è immaginato che le risorse del Fondo nazionale affluite alle Regioni siano in una prima fase ripartite a livello comunale e che successivamente il Comune contribuisca al finanziamento del Budget integrato.

Nel rapporto tra Regione e Comuni è probabile che la struttura per età della popolazione e informazioni sul grado di morbilità guideranno l'allocazione delle risorse, che potrà forse essere affinata nel caso in cui il livello di governo regionale possa disporre di vantaggi informativi rispetto a quello centrale. Al Budget integrato affluiscono comunque le quote di finanziamento derivanti dalla

³¹ Per una discussione del problema dell'integrazione si rinvia a Rebba, 2002.

compartecipazione dei beneficiari, che la figura individua, ovviamente, come i destinatari finali delle risorse.

L'illustrazione di questo schema esemplificativo ha consentito di sottolineare molteplici passaggi istituzionali di non facile realizzazione, che fanno emergere con evidenza la complessità del disegno di un programma di questo tipo.

Ai problemi sin qui proposti se ne devono aggiungere altri di non minore rilievo riguardanti la gestione nel tempo del fondo e in particolare le regole che devono essere fissate nel caso in cui le domande di assistenza e quindi le erogazioni dei servizi producano livelli di spesa eccedenti l'ammontare delle risorse distribuite e disponibili. In altre parole il fondo deve essere inteso come *fondo chiuso* o come *fondo aperto*?

La risposta a tale quesito, data la natura universalistica del progetto, è che il PNA debba essere in grado di soddisfare i bisogni effettivi. Sarebbe tuttavia esiziale che anche in questo campo prendesse il via un contenzioso analogo a quello che ha caratterizzato e continua a caratterizzare il rapporto Stato-Regioni per la spesa sanitaria. Per evitare questo impasse, è necessario che il disegno del programma preveda adeguati strumenti, realizzati da autorità indipendenti, di monitoraggio dei possibili sfondamenti, e regole predefinite di contribuzione da parte della Stato e dei livelli di governo regionali, sotto forma di automatici adeguamenti delle aliquote o comunque del gettito delle forme di entrate che contribuiranno al fondo.

9.3 Sul possibile ruolo delle riserve in un fondo per la non autosufficienza

Come si è detto nei paragrafi precedenti, si ritiene che la scelta più adeguata consista nella creazione di un fondo pubblico, universale ed obbligatorio. Dal punto di vista del finanziamento, sembra inevitabile ricorrere ad un sistema a ripartizione che, tra l'altro, offre la possibilità di attivare una solidarietà tra le generazioni garantendo prestazioni con indicizzazione reale e "allo stato dell'arte" delle conoscenze mediche.

La scelta sostanziale per un fondo pubblico a ripartizione espone tuttavia ad un rischio di insostenibilità finanziaria che può compromettere la credibilità del progetto ed il sostegno da parte delle generazioni più giovani. Infatti, a causa delle sfavorevoli dinamiche demografiche previste e del probabile aumento in termini reali dei costi unitari delle prestazioni si prevede che i costi complessivi per l'assistenza alle persone non autosufficienti cresceranno a tassi superiori a quelli

dell'economia. In altri termini, a fronte di risorse disponibili che – in un sistema a ripartizione – crescono tendenzialmente in linea con il PIL, si prevede che il fabbisogno cresca a tassi superiori. Di fronte a questa prospettiva si possono delineare due scenari, entrambi negativi: i) un'invarianza della quota di gettito fiscale destinata all'assistenza abbinata ad un progressivo impoverimento delle prestazioni oppure ii) una progressiva crescita della quota di gettito destinata all'assistenza abbinata ad una difesa del valore reale delle prestazioni erogate.

Il fondo tedesco per la non autosufficienza avviato nel 1996 si trova già di fronte a questo tipo di problemi: ad oggi le prestazioni sono rimaste fisse in termini nominali e di fronte ad una platea crescente di beneficiari si prevede la necessità di portare il contributo obbligatorio dall'attuale 1,7% del reddito ad oltre il 3% entro poco più di un decennio. Una prospettiva di questo tipo pone evidenti problemi di equità tra le generazioni: sia nel caso di un progressivo impoverimento delle prestazioni, sia nel caso di un aumento della contribuzione si avrebbero infatti disparità di trattamento delle diverse coorti che potrebbero compromettere il consenso dei giovani rispetto al progetto in discussione. Si tenga presente a questo proposito che elementi redistributivi a danno dei giovani ed a beneficio delle generazioni anziane sono comunque presenti – come è peraltro giusto che sia - nel finanziamento a ripartizione: l'entità del contributo individuale al finanziamento del Fondo prescinde dal livello individuale di rischio.

L'accantonamento di adeguate riserve capitalizzate dovrebbe avvenire allo scopo ultimo di mettere a disposizione risorse consumabili nella fase più acuta della transizione demografica per garantire prestazioni costanti limitando la crescita dell'onere fiscale. Ciò potrebbe attenuare i problemi sopra sinteticamente tratteggiati aumentando l'equità intergenerazionale e la coesione sociale intorno al progetto. In questa prospettiva occorrerebbe una chiara distinzione tra risorse "flusso" che vanno a coprire le uscite correnti e risorse capitalizzate che devono essere gestite con una logica finanziaria e su un orizzonte intertemporale.

Tali riserve potrebbero essere accantonate attraverso un leggero surplus strutturale nei primi anni di vita del Fondo ed attraverso la capitalizzazione di contributi volontari di soggetti pubblici e privati.

La presenza di adeguate riserve (in aggiunta alla possibilità di aumentare comunque le risorse stanziato dal bilancio pubblico) conferirebbero infatti maggiore credibilità alla promessa di mantenere le prestazioni nel tempo senza aumentare gli oneri a carico dei cittadini (o comunque contenendo al massimo il loro aumento). A questo proposito, una questione importante sulla quale sembra utile un dibattito

consapevole è la seguente: l'attivazione di un Fondo per la non autosufficienza finanziato con un contributo specifico deve immunizzare totalmente il bilancio pubblico rispetto all'aumento della spesa per assistenza delle persone non autosufficienti associato dall'invecchiamento della popolazione? In altri termini, oggi lo Stato e le Regioni – prescindendo dall'attivazione di un Fondo nazionale e/o regionale – si trovano davanti alla prospettiva di un forte aumento della spesa per l'assistenza nei prossimi decenni: vogliamo che l'introduzione di un Fondo finanziato con un contributo specifico, sollevi il bilancio pubblico dalla prospettiva (oggi ineludibile anche se implicita) di aumentare nel prossimo futuro gli stanziamenti a favore delle persone non autosufficienti? Evidentemente, la risposta a questo quesito è essenziale rispetto al problema di determinare il livello delle riserve che devono essere eventualmente accumulate e conseguentemente il livello del contributo a carico dei cittadini³². In effetti si può immaginare che l'eventuale introduzione di un cespite di entrata ad hoc per il finanziamento del Fondo nazionale (regionale) possa avere come presupposto implicito proprio della sostenibilità finanziaria del Fondo e quindi la garanzia di non dover dedicare nel prossimo futuro risorse aggiuntive dal bilancio statale (regionale) al problema dell'assistenza alle persone non autosufficienti.

Sembra importante notare che nell'impostazione qui proposta si ipotizza un ruolo per l'accantonamento di riserve ben diverso rispetto a quanto accade nei sistemi pensionistici dove si giustifica l'uso di strumenti a capitalizzazione sulla base di una loro (reale o presunta) maggiore efficienza misurata in termini di rendimenti medi sui contributi versati. Inoltre, si suggerisce qui l'adozione di un fondo di riserva collettivo senza posizioni patrimoniali individuali: l'entità delle prestazioni garantite alle persone dipende esclusivamente dal grado di bisogno e non dipende in alcun modo dal livello della contribuzione individuale né dall'esito della gestione patrimoniale (come invece accade nella previdenza a capitalizzazione). Il ricorso ad un fondo di riserva collettivo presenta l'ulteriore vantaggio di attuare l'accumulazione mantenendo tutti gli eventuali elementi di progressività del prelievo contributivo e con una gestione estremamente semplice.

Infine, può essere rilevante anche la possibilità di interpretare il fondo di riserva come un "contenitore" finanziario collettivo nel quale possano confluire donazioni di soggetti pubblici, di fondazioni bancarie e di soggetti privati. Sotto questo profilo sarebbe tra l'altro auspicabile che la legge istitutiva del Fondo

³² In Beltrametti Weber, 2000 si presentano i risultati di una simulazione riferita all'ipotesi di un Fondo Provinciale per la non autosufficienza.

estendesse alle donazioni al Fondo tutti i benefici fiscali oggi concessi alle donazioni a Onlus.

10. Recenti orientamenti e proposte di riforma del finanziamento dei PNA

In questo capitolo si compie una ricognizione e valutazione critica della normativa in vigore e delle proposte di riforma riguardanti la non autosufficienza, al fine di chiarire la connessione e, soprattutto, come si vedrà, la diversa impostazione che tali proposte hanno rispetto alle indicazioni proposte in questo rapporto.

Si prenderanno le mosse dall'impostazione data a queste tematiche dai governi di centro sinistra della passata legislatura, passando poi alle indicazioni che stanno emergendo nel governo di centro-destra.

10.1 Le indicazioni dei governi di centro sinistra

Un utile punto di partenza è costituito dalla L.328/00 e in particolare l'art.15 dedicato al *Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti*.

Questo articolo costituisce infatti il punto di riferimento fondamentale di tutte le proposte che sono state sinora avanzate. Esso incardina l'intervento a favore dei non autosufficienti all'interno del *Fondo Nazionale per le Politiche sociali (FNPS)*, previsto dalla stessa L.328/00 all'art. 20. L'istituzione del Fondo era in realtà già avvenuta con l'art.59 comma46 L.449/97 (Legge di accompagnamento alla Legge finanziaria n.449/97), presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, con funzioni transitorie in attesa appunto dell'approvazione della L.328/00. Una delle motivazioni principali del Fondo era quella di far confluire in esso stanziamenti previsti in una serie di leggi settoriali, affidandone la ripartizione annuale al Ministro e per la solidarietà sociale. Ora l'art. 15, con una lieve inversione di orientamento rispetto alla finalità di unificazione, provvede a definire una quota specifica del Fondo stessa da destinare agli interventi per la non autosufficienza.

Nel definire le finalità del Fondo:

- si distingue nettamente tra "competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti" non interessate ai finanziamenti provenienti dal fondo sesso

- si stabilisce la duplice finalità di favorire non solo l'autonomia del soggetto, ma di dare a di sostegno al nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

- si sottolineano finalità particolari, a cui devono corrispondere quote del fondo stesso, quali “investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare, privilegiando in prima applicazione della legge, il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.”

- si individuano alcuni criteri di riparto “in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle Regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito.”.

- si indicano alcune, peraltro fragili, procedure di monitoraggio (relazione annuale delle Regioni al Ministero e possibile rideterminazione e riassegnazione delle quote qualora una o più Regioni non provvedano all'impegno contabile entro i tempi indicati.

Questi elementi, ai fini della nostra indagine, permettono di sottolineare che l'obiettivo del Fondo previsto dalla L.328/00 *non* è quello di costituire l'ossatura principale di un vero programma di servizi per soggetti non autosufficienti, dotato di una propria autonomia e incardinato nell'ambito della definizione dei LESNA (concetto, va ricordato, già presente nel dibattito, perché introdotto già dalle leggi Bassanini DLgs 112/98 e poi ripreso dalla stessa L.328/00, all'art. 9 (livelli essenziali e uniformi). Più limitatamente l'obiettivo è di individuare risorse per stimolare interventi a cui il governo centrale, nell'ambito della sua funzione di programmazione, intende dare priorità. Il tipo di intervento si inserisce quindi nell'ottica di definizione di trasferimenti condizionati a finalità particolari. Volendo usare il linguaggio del Titolo V, si tratta di un meccanismo che potrebbe ben inserirsi all'interno del comma 5 dell'art.119. Nella terminologia introdotta in questo rapporto, la L.328/00 appare più coerente con un modello di PNA “incompleto”.

Questa finalità è ribadita ed articolata come l'obiettivo 4 del *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-03*, essa è però diversa dall'ipotesi seguita in questo rapporto, in cui la finalità del Fondo è di costituire la cerniera di un meccanismo di finanziamento che sia in grado di coprire l'intero complesso dei servizi per la non autosufficienza nell'ambito della definizione dei LESNA.

E' poi utile richiamare anche alcuni punti contenuti nel Dpcm 14 febbraio 2001, *L'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*. Per gli aspetti che qui interessano l'Atto di indirizzo fornisce indicazioni utili ai fini della delimitazione dell'area sanitaria rispetto a quella assistenziale e alcuni elementi riguardanti i criteri di compartecipazione al costo dei servizi sociali assistenziali.

Il documento non sposa una linea di integrazione delle componenti sanitarie e sociali dei servizi per non autosufficienza, ma si limita a definire, anche se non sempre in modo chiaro, le responsabilità del servizio sanitario e dei Comuni. Per anziani e non autosufficienza con patologie cronico degenerative si prevede che nelle forme di lungoassistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo sia a carico del SSN, e per il 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente definita da Regioni e Comuni. Con riguardo all'Assistenza domiciliare integrata, sono a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione. Si ripartiscono a metà tra SSN e Comune le attività di assistenza tutelare. Mentre sono a carico del Comune l'aiuto domestico familiare. E' stato giustamente sottolineato (Rebba 2001) che la incerta definizione dell'assistenza tutelare e il "salomonico" riparto del 50% non favorirà il processo di integrazione tra le attività assistenziali.

Sotto il profilo del finanziamento ha poi rilevanza l'art. 5, comma 2 ove si afferma che "La Regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie del decreto legislativo n.124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n.109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni". Il riferimento è al sanitometro e all'ISE. Questa indicazione è rilevante per due motivi. La responsabilità della definizione dei criteri di compartecipazione al costo è affidata alle Regioni e ai Comuni (senza però chiaramente individuarne gli specifici compiti), e ciò lascia intuire un orientamento per una certa autonomia e varietà applicativa. In secondo luogo tale autonomia deve essere esercitata tenendo conto di quanto previsto dalla normativa Ise, che su questo specifico aspetto non è ancora stata completata, per le difficoltà segnalate in altra parte del rapporto.

10.2 Le indicazioni del governo di centro- destra

Tra gli atti rilevanti del governo di centro destra va segnalato il *Dpcm del 29 novembre 2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza – Lea*, che contiene elementi significativi anche per la materia in oggetto, almeno con riguardo alla definizione dei confini tra area sanitaria e area assistenziale. Il decreto prevede infatti: la percentuale di costo non imputabile al Ssn per le "prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili". In particolare, stabilisce che rimangano a carico degli utenti o del Comune (per gli utenti al di sotto di una soglia predefinita di reddito familiare) le seguenti percentuali di costo:

- 50% per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona nell'ambito dell'Adi e dell'assistenza domiciliare programmata;
- 30% per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- 50% per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo (*respite care*);
- 30% per le prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per i disabili gravi;
- 60% per le prestazioni terapeutiche, in regime residenziale per i disabili privi del sostegno familiare;
- 50% per le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo.

E' stato giustamente osservato (Rebba, 2002) che tali indicazioni non sembrano andare nella direzione della ricerca di un'integrazione tra area sanitaria e assistenziale. Talune disposizione sembrano poi accollare ai Comuni spese sinora a carico del servizio sanitario (l'assistenza infermieristica tutelare).

Segnali degli orientamenti politici del governo in carica sono poi contenuti nel *Libro bianco sul welfare* del febbraio 2003, in cui le tematiche relative al sostegno delle persone con handicap e in condizioni di non autosufficienza e al supporto alle famiglie sono spesso citate. Mancano però indicazioni abbastanza precise di linee di intervento, se non l'indicazione a partire dalla metà del 2003 di un Piano nazionale per la non autosufficienza, che in via sperimentale, in alcune Regioni, che hanno offerto disponibilità sia in termini di cofinanziamento sia di organizzazione, dovrebbe mettere a punto un *nuovo modello di finanziamento ed accesso alle prestazioni* per la permanenza dell'anziano nel contesto familiare, il recupero dell'autonomia funzionale, e la costruzione di servizi territoriali personalizzati, *integrando assistenza e sanità*. Per il 2004, anche sulla base dei risultati di una indagine Istat sulla disabilità, è previsto un programma per le disabilità gravi. Infine si propone la costruzione di un Testo Unico sulla disabilità al fine di uniformare la frammentaria legislazione attualmente in vigore³³.

Qualche ulteriore spunto di riflessione può essere trovato in un documento informale prodotto dalla DG Fondo nazionale per le politiche sociali e affari

³³ Per un commento critico del Libro Bianco sugli aspetti qui discussi si veda Ranci Ortigosa, 2003.

generali del Ministero del welfare del 4 marzo 2003, *Appunto sui livelli essenziali*, ove si forniscono alcune indicazioni, che vanno lette come contributi al dibattito in corso nell'interpretazione della riforma del Titolo V. Le considerazioni ivi contenute possono essere un punto di riferimento anche per l'ambito più specifico, la non autosufficienza, che qui ci occupa.

Il documento ha carattere più problematico che propositivo. In esso si mettono in luce tre nuclei critici: l'esigenza di conoscere meglio la realtà, soprattutto nella sua articolazione territoriale; la difficoltà di mettere a fuoco la esatta accezione del concetto di "essenzialità" e "degli elementi che concretizzano i livelli, della loro dimensione organizzativa, del sistema per la loro individuazione, gestione e controllo"; la difficoltà di realizzare un efficace sistema di cooperazione interistituzionale in un processo che coinvolge diversi livelli di governo.

Nel metodo si sottolinea la dimensione partecipativa e la forte esigenza di monitoraggio e creazione di un efficace sistema informativo (peraltro già previsto, ma tuttora inattuato, nella L.328/00 all'art. 21, con particolare riguardo alla costituzione della Commissione tecnica, con il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali).

Nel merito si indica la opportunità di definire "livelli attraverso prestazioni a servizi uniformi per ciascun ambito territoriale, ma prevedendo la possibilità di progettare e articolare queste prestazioni in maniera adeguata al bisogno del singolo e infine definendo livelli di spesa".

Anche se molto generale, l'indicazione sembra sottolineare l'esigenza di contemperare uniformità e flessibilità.

Queste scarse indicazioni sembrano muoversi comunque all'interno del processo programmatico che è alla base della L.328/00, anche se si avverte la preoccupazione di introdurre elementi nuovi, in particolare con riguardo alla presenza di altri attori del settore privato, nell'ambito del processo partecipativo.

Un notevole rilievo per il tema qui affrontato ha poi il *Piano sanitario nazionale 2003-2005*, ove si ribadisce (p. 12 e p.17-19) l'esigenza di una integrazione tra servizi sanitari e sociali, la necessità di potenziare le strutture e la loro distribuzione nel territorio e si riconosce la esiguità dei finanziamenti dedicati a tali obiettivi.

Nell'ambito della definizione di 10 programmi di cambiamento si inserisce la promozione di una rete integrata di servizi sociali e sanitari per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Pure sottolineate sono l'esigenza di puntare sulla prevenzione e sulla domiciliarità e la necessità di supportare la famiglia. In

definitiva obiettivi largamente coincidenti con quelli del Piano sull'assistenza varato dai governi di centro sinistra.

Si afferma che la spesa per questo settore è insufficiente e si offre una valutazione, di cui è difficile comprendere la fonte, secondo cui il fabbisogno stimato per "l'assistenza sociale" sarebbe di 15 mld di euro a fronte di una spesa attuale di 6,5 .

Tra le soluzioni proposte:

-rendere più efficiente la gestione mediante l'introduzione di meccanismi competitivi;

-attribuire maggiore capacità di scelta agli interessati;

-stimolare pluralità di offerta, rete informale e volontariato;

-sperimentare nuove forme organizzative in collaborazione col privato;

-introdurre forme di garanzia di qualità e controllo.

Tra gli obiettivi strategici è indicata al primo posto la realizzazione di una fonte di finanziamento adeguata al rischio di non autosufficienza e la realizzazione di una rete di servizi di assistenza integrata in grado di consentire una riduzione dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti.

In definitiva, anche dalla lettura di questo documento, in analogia a quanto si potrebbe dire del Libro bianco sul Welfare, si evince che le diagnosi del governo di centro-destra non si differenziano in modo significativo da quelle prevalenti nei periodi precedenti. Nell'indicazione delle proposte di azioni, ancora allo stadio di enunciazioni generali, l'aspetto di più netta differenziazione che sembra emergere è però l'esigenza di lasciare maggiore e spazio al privato (sia non profit, sia profit), potenziare la libertà di scelta e fare una maggiore affidamento al ruolo della famiglia, che dovrebbe essere adeguatamente sostenuta in tali compiti.

10.3. La proposta di disegno di legge integrato

I disegni di legge di proposte di riforma su cui si è maggiormente concentrata l'attenzione sono molteplici. E' però sufficiente in questa sede concentrare l'attenzione sul *Testo unificato delle proposte di legge 2166 elaborato dal Comitato ristretto, varato il 7 maggio 2003- Istituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti*, in ragione della sua natura bipartisan. Tale testo ha passato il vaglio delle Commissioni della Camera ed è atteso in aula dal 20 ottobre.

La proposta è rivolta ad un'accezione ampia di non autosufficienza, non limitata quindi solo alla popolazione anziana.

Il richiamo normativo è la L.328/00, in particolare l'art.14 (Progetti individuali per le persone disabili), l'art.15 (Sostegno domiciliare per le persone non autosufficienti) e l'art. 16 (Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari).

E' centrato sul concetto di livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali, la cui definizione non viene tentata, neppure con la formulazione di principi direttivi. Tale compito fondamentale è rinviato ad un Dpcm da emanare d'intesa con la Conferenza unificata entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge.

Si rimarca la non sostituibilità delle prestazioni garantite dai LESNA con quelle sanitarie: le prime vanno infatti destinate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata sociosanitaria ai sensi dell'art.2 del Dpcm 21 febbraio 2001 (Atto di indirizzo).

Si propone quindi la istituzione di un Fondo, con tre finalità:

- a) favorire l'utilizzo della rete dei servizi attraverso la realizzazione, *nei limiti delle relative disponibilità finanziarie* (corsivo nostro), di progetti individuali per le persone disabili e per il sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti, di cui agli articoli 14 e 15 della legge 8 novembre 2000 n. 328;
- b) erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali ed assegni di cura commisurati alla gravità del bisogno, allo scopo di garantire assistenza e sostegno a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia e migliorare la vita di relazione e la comunicazione, di cui agli articoli 16 e 17 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- c) erogare le risorse necessarie al pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in una residenza sanitaria assistita o in strutture similari anche a carattere diurno;

Al citato Dpcm è fatto rinvio per la definizione di ogni aspetto sostanziale: la definizione di non autosufficienza, i criteri di accertamento della stessa, le modalità di gestione del fondo, la tipologia delle prestazioni da erogare, le modalità di controllo e di verifica.

Un ulteriore Dpcm, da emanare anch'esso entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, da parte del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e dell'Economia, provvederà al riparto del fondo sulla base di indicatori, riferiti alla percentuale di persone non autosufficienti sulla popolazione di riferimento e di indicatori demografici ed economici.

L'ampiezza delle finalità e il riferimento esplicito ai LESNA lascerebbero intuire che l'obiettivo di questa proposta sia coerente con al creazione di uno strumento che sia in grado di sostenere un vero e proprio programma di PNA del tipo discusso in questa rapporto.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari, le fonti del fondo ivi previste sono:

- un'imposta addizionale all'Irpef e all'Irpeg a decorrere dal 2004;
- le risorse destinate all'erogazione dell'indennità di accompagnamento (IC).

Per quanto riguarda l'IC, si ribadisce il diritto degli attuali beneficiari ad usufruire delle prestazioni in vigore, ma si lascia l'opzione, in sostituzione della IC, per la fruizione delle prestazioni erogate dal Fondo. Le risorse che finanziano il fondo sono quindi solo quelle non utilizzate dai soggetti che abbiano esercitato l'opzione. Dal testo della proposta *non* si evince la volontà di eliminare per il futuro l'IC stessa.

La scelta finanziaria della proposta unificata prevede quindi fonti che:

- appartengono alla sfera del governo *centrale*;
- fanno riferimento, come platea di contribuenti, sia alle *famiglie*, sia alle *imprese*, persone fisiche e persone giuridiche.

Per il 2004 e 2005, "la misura dell'addizionale è determinata".."applicando all'imposta sul reddito delle persone fisiche.. e all'imposta sulle persone giuridiche, *un incremento medio dello 0,75%*".

Sembrerebbe quindi di dovere interpretare che lo 0,75% si applichi al *gettito* dell'Irpef e dell'Irpeg, rispettivamente. L'ambiguità dell'utilizzo del termine "addizionale" con cui si tende sempre più spesso ad individuare un prelievo commisurato alla base imponibile di un tributo erariale, non permette però di escludere, con ben diverse implicazioni, che lo 0,75% debba essere interpretato come l'incremento medio delle aliquote delle imposte, e debba applicarsi alla *base imponibile* delle imposte considerate³⁴. L'interpretazione letterale del testo, che andrebbe nel primo senso qui indicato, introdurrebbe un elemento di discontinuità rispetto alle proposte precedenti (ad esempio quella della Bindi), con implicazioni decisive sulla valutazione del senso complessivo della proposta stessa.

³⁴ In tal caso la dimensione approssimativa del gettito tributario potrebbe aggirarsi sui 4,5 miliardi di euro. Può essere utile ricordare ora che la proposta Bindi, la più recente di quelle presentate da esponenti dell'opposizione, prima della proposta unificata, prevedeva una dotazione del fondo di 4 miliardi di euro per il 2004. Inoltre tra le fonti tributarie era previsto un contributo dello 0,4% commisurato esplicitamente all'*imponibile* dell'Irpef. Secondo la relazione di accompagnamento a tale proposta, 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.

Con riferimento agli aspetti distributivi, limitatamente all'Irpef, in ragione del carattere progressivo di tale tributo, la scelta compiuta comporta, anche nel caso di un incremento medio costante per tutti i contribuenti, un prelievo che rispetta la progressività dell'Irpef stessa. Diverso sarebbe infatti stato il caso di addizionali del tipo di quelle applicate a livello regionale, in cui l'incremento di aliquota è commisurata all'imponibile, configurando in tal modo un prelievo di tipo proporzionale. Con riferimento alla ripartizione del carico fiscale sotto il profilo dell'equità verticale, la proposta sembra sposare criteri redistributivi molto accentuati: tra i criteri a cui dovranno attenersi i Dpcm che dovranno essere emanati, entro un anno dall'entrata in vigore della legge (un termine quindi più ampio di quello previsto per i Dpcm sui LESNA), recanti disposizioni sulle addizionali, è infatti previsto che:

- essi debbano “tenere conto dell'esenzione dei redditi medio-bassi, da individuare anche in funzione della soglia di povertà”;
- l'incremento medio dello 0,75 citato, nel caso dell'Irpef, dovrà essere graduato in modo differenziato, in relazione ai diversi scaglioni di reddito.

L'addizionale è quindi disegnata in modo da interferire sulla struttura della progressività del massimo prelievo personale del nostro sistema tributaria: un'opzione che, se pure ispirata ad apprezzabili criteri redistributivi, andrebbe perseguita con cautela, per evitare di produrre una struttura di aliquote marginali effettive con caratteristiche negative sotto il profilo dell'efficienza.

L'esenzione prevista non solo per i redditi bassi, ma anche per quelli medi, può porre un problema di gettito complessivo dell'addizionale Irpef, o comportare un inasprimento del prelievo sui redditi medio-alti, particolarmente marcato, se si vuole garantire l'incremento medio dello 0,75%. In assenza di ulteriori precisazioni non è però possibile approfondire il punto.

Alquanto originale è il riferimento alla soglia di povertà, che, in qualche modo, sembrerebbe essere in contraddizione con il riferimento all'esenzione anche sui redditi medi, di cui sopra. Va segnalato che la nozione di soglia di povertà non è univoca: si tratterà di vedere quale sarà la scelta compiuta dal Governo all'emanazione dei Dpcm. Uno dei punti delicati è se la povertà è individuata con riferimento all'individuo, come sembrerebbe coerente con la natura individuale dell'Irpef, o al nucleo familiare. Nel caso che si faccia riferimento all'individuo, sarebbe importante conoscere se, in ogni caso, si tiene conto, almeno indirettamente, della composizione del nucleo familiare di appartenenza. Un'esigenza che sarebbe importante soddisfare dal punto di vista del corretto

disegno dell'istituto, ma che è destinata a creare difficoltà applicative nell'ambito di un'imposizione personale individuale.

Un'ulteriore interferenza con il disegno della progressività dell'Irepf scaturisce dalla necessità di graduare l'incremento medio dello 0,75% in relazione agli scaglioni di reddito. L'indicazione della proposta non indica in quale direzione, ma sembra implicito che tale applicazione sia destinata ad aumentare la progressività del prelievo.

La proposta sembra quindi molto preoccupata degli effetti distributivi verticali delle modalità di copertura del Fondo, una preoccupazione che appare sin eccessiva, in considerazione delle controindicazioni accennate, mentre non vi è alcun cenno su altri aspetti assai più pertinenti alle problematiche del finanziamento di un PNA, quale ad esempio la eventuale graduazione in funzione dell'età (l'equità intergenerazionale).

Poco tranquillizzante è infine la disposizione secondo cui la determinazione dell'incremento medio, dal 2006 in poi sarà determinato nella Legge finanziaria. La preoccupazione non è legata alla scelta del canale da utilizzare, che è quello corretto, ma all'assenza di criteri nella sua determinazione. In assenza di essi c'è il rischio, che abbiamo già segnalato nell'analisi generale, che il finanziamento del Fondo sia in balia delle vicende del ciclo economico e del ciclo politico.

Anche se la sostanza del finanziamento è concentrata a livello di governo centrale, l'art.7 della proposta prevede che le Regioni *possano* prevedere addizionali regionali aggiuntive a quella sopra delineata nella misura massima dello 0,5%.

APPENDICE

Tavola A1 Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa*Analisi per classi di età*

Classe di età	Persone non costrette in casa			Persone costrette in casa			Persone costrette a letto o su una poltrona	Totale persone non autosufficienti
	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti		
6-18	64.704	9.317	463	7.374	2.913	2.469	14.982	102.222
19-40	72.082	18.823	4.080	24.214	5.888	9.036	33.526	167.649
41-65	201.723	59.155	9.345	39.143	19.612	35.010	74.614	438.602
66-75	283.802	66.177	7.721	23.555	34.920	67.570	84.940	568.685
76+	426.781	206.890	39.405	62.893	76.871	235.997	297.232	1.346.069
Totale	1.049.092	360.362	61.014	157.179	140.204	350.082	505.294	2.623.227
<i>% di riga</i>								
6-18	63,30%	9,11%	0,45%	7,21%	2,85%	2,42%	14,66%	100,00%
19-40	43,00%	11,23%	2,43%	14,44%	3,51%	5,39%	20,00%	100,00%
41-65	45,99%	13,49%	2,13%	8,92%	4,47%	7,98%	17,01%	100,00%
66-75	49,90%	11,64%	1,36%	4,14%	6,14%	11,88%	14,94%	100,00%
76+	31,71%	15,37%	2,93%	4,67%	5,71%	17,53%	22,08%	100,00%
Totale	39,99%	13,74%	2,33%	5,99%	5,34%	13,35%	19,26%	100,00%

Tavola A2 Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa
Analisi per classi di età in relazione alla popolazione complessiva di età dai 6 anni in su

Classe di età	Persone non costrette in casa			Persone costrette in casa			Persone costrette a letto o su una poltrona	Totale persone non autosufficienti	Popolazione 6+ anni
	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti			
6-18	64.704	9.317	463	7.374	2.913	2.469	14.982	102.222	7.670.450
19-40	72.082	18.823	4.080	24.214	5.888	9.036	33.526	167.649	18.565.003
41-65	201.723	59.155	9.345	39.143	19.612	35.010	74.614	438.602	18.266.805
66-75	283.802	66.177	7.721	23.555	34.920	67.570	84.940	568.685	5.647.488
76+	426.781	206.890	39.405	62.893	76.871	235.997	297.232	1.346.069	3.826.960
Totale	1.049.092	360.362	61.014	157.179	140.204	350.082	505.294	2.623.227	53.976.705
<i>% di colonna</i>									
6-18	6,17%	2,59%	0,76%	4,69%	2,08%	0,71%	2,97%	3,90%	14,21%
19-40	6,87%	5,22%	6,69%	15,41%	4,20%	2,58%	6,63%	6,39%	34,39%
41-65	19,23%	16,42%	15,32%	24,90%	13,99%	10,00%	14,77%	16,72%	33,84%
66-75	27,05%	18,36%	12,65%	14,99%	24,91%	19,30%	16,81%	21,68%	10,46%
76+	40,68%	57,41%	64,58%	40,01%	54,83%	67,41%	58,82%	51,31%	7,09%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<i>% di riga</i>									
6-18	0,84%	0,12%	0,01%	0,10%	0,04%	0,03%	0,20%	1,33%	100,00%
19-40	0,39%	0,10%	0,02%	0,13%	0,03%	0,05%	0,18%	0,90%	100,00%
41-65	1,10%	0,32%	0,05%	0,21%	0,11%	0,19%	0,41%	2,40%	100,00%
66-75	5,03%	1,17%	0,14%	0,42%	0,62%	1,20%	1,50%	10,07%	100,00%
76+	11,15%	5,41%	1,03%	1,64%	2,01%	6,17%	7,77%	35,17%	100,00%
Totale	1,94%	0,67%	0,11%	0,29%	0,26%	0,65%	0,94%	4,86%	100,00%

Tavola A3

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa

Analisi per ampiezza del nucleo familiare, in relazione alla popolazione complessiva di età dai 6 anni in su

Numerosità del nucleo familiare	Persone non costrette in casa			Persone costrette in casa			Persone costrette a letto o su una poltrona	Totale persone non autosufficienti	Popolazione 6+ anni
	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti			
1 componente	281.772	113.265	20.650	39.690	48.536	116.394	123.000	743.307	4.866.095
2 componenti	382.497	134.959	18.415	45.174	38.654	126.876	164.864	911.439	10.907.366
3 componenti	179.237	46.404	14.371	30.880	34.742	57.733	94.151	457.518	13.878.880
4 componenti	118.456	38.423	4.135	25.656	7.694	27.065	78.864	300.293	16.578.097
5+ componenti	87.130	27.311	3.443	15.779	10.577	22.014	44.415	210.669	7.746.267
TOTALE	1.049.092	360.362	61.014	157.179	140.203	350.082	505.294	2.623.226	53.976.705
<i>% di colonna</i>									
1 componente	26,86%	31,43%	33,84%	25,25%	34,62%	33,25%	24,34%	28,34%	9,02%
2 componenti	36,46%	37,45%	30,18%	28,74%	27,57%	36,24%	32,63%	34,74%	20,21%
3 componenti	17,08%	12,88%	23,55%	19,65%	24,78%	16,49%	18,63%	17,44%	25,71%
4 componenti	11,29%	10,66%	6,78%	16,32%	5,49%	7,73%	15,61%	11,45%	30,71%
5+ componenti	8,31%	7,58%	5,64%	10,04%	7,54%	6,29%	8,79%	8,03%	14,35%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<i>% di riga</i>									
1 componente	5,79%	2,33%	0,42%	0,82%	1,00%	2,39%	2,53%	15,28%	100,00%
2 componenti	3,51%	1,24%	0,17%	0,41%	0,35%	1,16%	1,51%	8,36%	100,00%
3 componenti	1,29%	0,33%	0,10%	0,22%	0,25%	0,42%	0,68%	3,30%	100,00%
4 componenti	0,71%	0,23%	0,02%	0,15%	0,05%	0,16%	0,48%	1,81%	100,00%
5+ componenti	1,12%	0,35%	0,04%	0,20%	0,14%	0,28%	0,57%	2,72%	100,00%
TOTALE	1,94%	0,67%	0,11%	0,29%	0,26%	0,65%	0,94%	4,86%	100,00%

Tavola A4

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa
Analisi per struttura lavorativa della famiglia, in relazione alla popolazione complessiva di età dai 6 anni in su

Tasso di attività nella famiglia	Persone non costrette in casa			Persone costrette in casa			Persone costrette a letto o su una poltrona	Totale persone non autosufficienti	Popolazione 6+ anni
	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti	1 ADL mancante	2 ADL mancanti	3 ADL mancanti			
sino a 25%	708.963	265.966	48.009	106.856	102.990	273.964	355.825	1.862.573	18.006.734
25-50%	247.814	73.949	11.590	32.771	28.168	63.953	115.717	573.962	19.755.981
50-75%	63.189	17.483	1.318	12.726	8.083	11.414	24.938	139.151	9.970.301
75-100%	29.126	2.963	96	4.825	962	751	8.813	47.536	6.243.690
TOTALE	1.049.092	360.361	61.013	157.178	140.203	350.082	505.293	2.623.222	53.976.705
<i>% di colonna</i>									
sino a 25%	67,58%	73,81%	78,69%	67,98%	73,46%	78,26%	70,42%	71,00%	33,36%
25-50%	23,62%	20,52%	19,00%	20,85%	20,09%	18,27%	22,90%	21,88%	36,60%
50-75%	6,02%	4,85%	2,16%	8,10%	5,77%	3,26%	4,94%	5,30%	18,47%
75-100%	2,78%	0,82%	0,16%	3,07%	0,69%	0,21%	1,74%	1,81%	11,57%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
<i>% di riga</i>									
sino a 25%	3,94%	1,48%	0,27%	0,59%	0,57%	1,52%	1,98%	10,34%	100,00%
25-50%	1,25%	0,37%	0,06%	0,17%	0,14%	0,32%	0,59%	2,91%	100,00%
50-75%	0,63%	0,18%	0,01%	0,13%	0,08%	0,11%	0,25%	1,40%	100,00%
75-100%	0,47%	0,05%	0,00%	0,08%	0,02%	0,01%	0,14%	0,76%	100,00%
TOTALE	1,94%	0,67%	0,11%	0,29%	0,26%	0,65%	0,94%	4,86%	100,00%

Tavola A5 **Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa**
Analisi per decili di reddito familiare disponibile equivalente

Decili di reddito	%	% cumulata
I	17,33%	17,33%
II	12,98%	30,31%
III	11,86%	42,17%
IV	9,39%	51,56%
V	9,88%	61,44%
VI	8,91%	70,35%
VII	8,16%	78,50%
VIII	7,30%	85,80%
IX	7,03%	92,84%
X	7,16%	100,00%
TOTALE	100,00%	

Fonte: elaborazioni su dati Istat e BI

Tavola A6 **Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa**
Analisi per decili di reddito familiare disponibile equivalente ed età

Decili di reddito	%		Totale
	6-64 anni	65 + anni	
I	10,00%	20,15%	17,33%
II	9,29%	14,40%	12,98%
III	10,12%	12,53%	11,86%
IV	10,39%	9,00%	9,39%
V	11,11%	9,41%	9,88%
VI	10,09%	8,45%	8,91%
VII	10,44%	7,27%	8,16%
VIII	9,23%	6,56%	7,30%
IX	12,25%	5,02%	7,03%
X	7,07%	7,20%	7,16%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%

Decili di reddito	% cumulata		
	6-64 anni	65 + anni	Totale
I	10,00%	20,15%	17,33%
II	19,29%	34,55%	30,31%
III	29,41%	47,08%	42,17%
IV	39,80%	56,09%	51,56%
V	50,91%	65,50%	61,44%
VI	61,00%	73,95%	70,35%
VII	71,45%	81,22%	78,50%
VIII	80,68%	87,78%	85,80%
IX	92,93%	92,80%	92,84%
X	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: elaborazioni su dati Istat e BI

Tavola A7**Persone non autosufficienti e residenti in casa
in % della popolazione dai 6 anni in su***Analisi per regione, previsioni al 2010 e 2020*

	Multiscopo 2000	Proiezioni al 2010	Proiezioni al 2020
Piemonte	4,86%	6,24%	7,39%
Valle Aosta	3,94%	5,34%	6,42%
Lombardia	4,04%	5,18%	6,23%
Trentino Alto-Adige	3,50%	4,58%	5,32%
Veneto	3,98%	5,28%	6,20%
Friuli Venezia Giulia	4,23%	5,56%	6,43%
Liguria	4,75%	6,11%	6,93%
Emilia Romagna	5,09%	6,22%	7,00%
Toscana	5,50%	6,92%	7,74%
Umbria	5,10%	6,64%	7,32%
Marche	5,63%	7,06%	7,95%
Lazio	4,16%	5,33%	6,22%
Abruzzo	5,41%	6,84%	7,69%
Molise	5,51%	6,85%	7,69%
Campania	4,60%	5,72%	6,75%
Puglia	5,40%	6,75%	7,92%
Basilicata	5,48%	7,07%	8,05%
Calabria	6,29%	7,64%	8,67%
Sicilia	6,30%	7,60%	8,53%
Sardegna	5,20%	6,64%	8,04%
TOTALE	4,86%	6,11%	7,08%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tavola A8 **Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa**
Analisi per decili di reddito familiare disponibile equivalente e rip. geografica

Decili di reddito	%			
	Nord	Centro	Sud	Totale
I	14,10%	17,08%	20,73%	17,33%
II	13,11%	10,28%	14,15%	12,98%
III	12,78%	10,55%	11,57%	11,86%
IV	9,32%	7,68%	10,28%	9,39%
V	9,35%	9,84%	10,45%	9,88%
VI	9,31%	9,95%	7,99%	8,91%
VII	7,63%	9,34%	8,12%	8,16%
VIII	8,24%	7,47%	6,27%	7,30%
IX	8,43%	8,84%	4,74%	7,03%
X	7,74%	8,96%	5,70%	7,16%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% cumulata			
I	14,10%	17,08%	20,73%	17,33%
II	27,21%	27,36%	34,88%	30,31%
III	39,98%	37,92%	46,45%	42,17%
IV	49,30%	45,60%	56,73%	51,56%
V	58,65%	55,44%	67,18%	61,44%
VI	67,97%	65,39%	75,17%	70,35%
VII	75,59%	74,73%	83,29%	78,50%
VIII	83,83%	82,19%	89,55%	85,80%
IX	92,26%	91,04%	94,30%	92,84%
X	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: elaborazioni su dati Istat e BI

Tavola A9

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa

Analisi per decili di reddito familiare disponibile equivalente, età e rip. geografica

Decili di reddito	%				%			
	6-64 anni				65+ anni			
	Nord	Centro	Sud	Totale	Nord	Centro	Sud	Totale
I	6,74%	8,28%	13,44%	10,00%	16,61%	20,23%	23,99%	20,15%
II	7,00%	6,77%	12,23%	9,29%	15,19%	11,54%	15,01%	14,40%
III	9,74%	7,34%	11,59%	10,12%	13,81%	11,70%	11,56%	12,53%
IV	11,09%	6,91%	11,23%	10,39%	8,72%	7,96%	9,86%	9,00%
V	9,80%	13,18%	11,36%	11,11%	9,19%	8,65%	10,04%	9,41%
VI	10,08%	15,96%	7,69%	10,09%	9,05%	7,80%	8,12%	8,45%
VII	9,77%	9,82%	11,26%	10,44%	6,89%	9,17%	6,72%	7,27%
VIII	11,89%	9,05%	7,08%	9,23%	6,99%	6,90%	5,90%	6,56%
IX	15,74%	15,28%	8,09%	12,25%	5,93%	6,54%	3,24%	5,02%
X	8,15%	7,41%	6,03%	7,07%	7,61%	9,52%	5,56%	7,20%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Decili di reddito	% cumulata				% cumulata			
	Nord	Centro	Sud	Totale	Nord	Centro	Sud	Totale
I	6,74%	8,28%	13,44%	10,00%	16,61%	20,23%	23,99%	20,15%
II	13,74%	15,04%	25,66%	19,29%	31,80%	31,77%	39,01%	34,55%
III	23,48%	22,38%	37,25%	29,41%	45,61%	43,47%	50,56%	47,08%
IV	34,57%	29,29%	48,48%	39,80%	54,32%	51,42%	60,42%	56,09%
V	44,37%	42,47%	59,84%	50,91%	63,52%	60,07%	70,46%	65,50%
VI	54,45%	58,43%	67,54%	61,00%	72,57%	67,87%	78,58%	73,95%
VII	64,22%	68,26%	78,80%	71,45%	79,47%	77,04%	85,30%	81,22%
VIII	76,11%	77,31%	85,87%	80,68%	86,46%	83,94%	91,20%	87,78%
IX	91,85%	92,59%	93,97%	92,93%	92,39%	90,48%	94,44%	92,80%
X	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: elaborazioni su dati Istat e BI

Tavola A10

Popolazione per decili di reddito, età e ripartizione geografica

Analisi per decili di reddito familiare disponibile equivalente, età e rip. geografica

Decili di reddito	%				%			
	6-64 anni				65+ anni			
	Nord	Centro	Sud	Totale	Nord	Centro	Sud	Totale
I	5,11%	7,35%	13,60%	8,70%	15,46%	15,64%	18,72%	16,52%
II	5,81%	7,69%	13,62%	9,07%	13,46%	11,55%	14,59%	13,42%
III	6,93%	8,08%	12,49%	9,22%	11,48%	12,32%	12,38%	11,94%
IV	8,91%	8,30%	11,27%	9,67%	9,87%	8,97%	10,31%	9,82%
V	10,33%	9,25%	9,54%	9,83%	9,07%	8,48%	9,35%	9,03%
VI	11,36%	10,16%	8,79%	10,18%	8,19%	8,92%	9,00%	8,60%
VII	11,74%	11,32%	7,85%	10,21%	8,10%	9,59%	6,77%	7,99%
VIII	12,41%	12,39%	7,98%	10,76%	7,52%	6,85%	5,84%	6,85%
IX	13,76%	12,44%	7,41%	11,14%	7,29%	7,58%	4,85%	6,58%
X	13,63%	13,03%	7,44%	11,21%	9,56%	10,09%	8,20%	9,25%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	% cumulata				% cumulata			
I	5,11%	7,35%	13,60%	8,70%	15,46%	15,64%	18,72%	16,52%
II	10,92%	15,04%	27,22%	17,77%	28,92%	27,19%	33,31%	29,94%
III	17,86%	23,12%	39,71%	26,99%	40,40%	39,51%	45,69%	41,88%
IV	26,76%	31,42%	50,98%	36,66%	50,26%	48,48%	55,99%	51,69%
V	37,10%	40,67%	60,52%	46,50%	59,34%	56,96%	65,34%	60,73%
VI	48,46%	50,83%	69,31%	56,67%	67,53%	65,88%	74,34%	69,33%
VII	60,20%	62,14%	77,16%	66,89%	75,63%	75,47%	81,11%	77,32%
VIII	72,61%	74,53%	85,15%	77,64%	83,15%	82,32%	86,95%	84,17%
IX	86,37%	86,97%	92,56%	88,79%	90,44%	89,91%	91,80%	90,75%
X	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: elaborazioni su dati Istat e BI

Tavola A11**Persone non autosufficienti e residenti in casa: analisi per età***Previsioni al 2010 e 2020*

	Numero			Variazioni		Incidenza sulla popolazione		
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000	2000	2010	2020
Non anziani	667	688	701	3,16%	5,03%	1,52%	1,59%	1,68%
Anziani	1.956	2.691	3.221	37,59%	64,65%	19,37%	22,31%	23,47%
Totale	2.623	3.380	3.921	28,84%	49,49%	4,86%	6,11%	7,08%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tavola A12**Persone non autosufficienti e residenti in casa: analisi per grado di disabilità***Previsioni al 2010 e 2020*

	Numero			Variazioni		Incidenza sulla popolazione		
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000	2000	2010	2020
Immobilizzati letto o sedia	505	677	798	33,97%	57,91%	0,94%	1,22%	1,44%
1 ADL	1.206	1.472	1.666	22,03%	38,10%	2,23%	2,66%	3,01%
2 ADL	501	662	778	32,25%	55,49%	0,93%	1,20%	1,40%
3 + ADL	411	569	679	38,36%	65,23%	0,76%	1,03%	1,23%
TOTALE	2.623	3.380	3.921	28,84%	49,49%	4,86%	6,11%	7,08%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tavola A13**Persone non autosufficienti e residenti in casa***Previsioni al 2010 e 2020*

	Numero			Variazione		Incidenza		
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000	2000	2010	2020
Ipotesi a tasso costante	2.623	3.380	3.921	28,84%	49,49%	4,86%	6,11%	7,08%
Con variazione media incidenza	2.623	3.259	3.818	24,24%	45,54%	4,86%	5,88%	6,76%
Con 50% variazione media incidenza	2.623	3.309	3.864	26,16%	47,30%	4,86%	5,98%	6,87%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tavola A14**Persone non autosufficienti e residenti in casa: analisi per età***Previsioni al 2010 e 2020; ipotesi con variazione media incidenza*

	Numero			Variazioni		Incidenza sulla popolazione		
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000	2000	2010	2020
Non anziani	667	606	569	-9,21%	-14,69%	1,52%	1,40%	1,37%
Anziani	1.956	2.653	3.179	35,65%	62,50%	19,37%	21,99%	23,17%
Totale	2.623	3.259	3.748	24,24%	42,87%	4,86%	5,89%	6,76%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Tavola A15**Persone non autosufficienti e residenti in casa: analisi per grado di disabilità***Previsioni al 2010 e 2020; ipotesi con variazione media incidenza*

	Numero			Variazioni		Incidenza sulla popolazione		
	2000	2010	2020	2010/2000	2020/2000	2000	2010	2020
Immobilizzati letto o sedia	505	762	949	50,86%	87,87%	0,94%	1,38%	1,71%
1 ADL	1.206	1.274	1.358	5,64%	12,62%	2,23%	2,30%	2,45%
2 ADL	501	534	554	6,59%	10,76%	0,93%	0,96%	1,00%
3 + ADL	411	689	886	67,56%	115,41%	0,76%	1,25%	1,60%
TOTALE	2.623	3.259	3.748	24,24%	42,87%	4,86%	5,89%	6,76%

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Popolazione di età superiore ai 6 anni

Analisi per tipologia di comune di residenza e ampiezza del nucleo familiare

	Ampiezza del nucleo familiare						TOTALE
	1	2	3+	3	4	5	
Comuni centro di area metropolitana	1.121.688	1.966.779	5.501.415	2.221.195	2.326.634	953.586	8.589.882
Comuni periferia dell'area metropolitana	427.020	1.157.020	4.878.446	1.671.749	2.133.393	1.073.304	6.462.486
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	366.166	755.328	2.194.513	795.423	928.234	470.856	3.316.007
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	1.077.979	2.677.531	9.704.093	3.414.314	4.267.076	2.022.703	13.459.603
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	1.009.590	2.429.210	9.754.586	3.405.572	4.221.578	2.127.436	13.193.386
Comuni con oltre 50.000 abitanti	863.652	1.921.500	6.170.190	2.370.626	2.701.182	1.098.382	8.955.342
TOTALE	4.866.095	10.907.368	38.203.243	13.878.879	16.578.097	7.746.267	53.976.706
<i>% di riga</i>							
Comuni centro di area metropolitana	13,06%	22,90%	64,05%	25,86%	27,09%	11,10%	100,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	6,61%	17,90%	75,49%	25,87%	33,01%	16,61%	100,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	11,04%	22,78%	66,18%	23,99%	27,99%	14,20%	100,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	8,01%	19,89%	72,10%	25,37%	31,70%	15,03%	100,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	7,65%	18,41%	73,94%	25,81%	32,00%	16,13%	100,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	9,64%	21,46%	68,90%	26,47%	30,16%	12,27%	100,00%
TOTALE	9,02%	20,21%	70,78%	25,71%	30,71%	14,35%	100,00%
<i>Scostamenti</i>							
Comuni centro di area metropolitana	4,04%	2,69%	-6,73%	0,15%	-3,63%	-3,25%	
Comuni periferia dell'area metropolitana	-2,41%	-2,30%	4,71%	0,16%	2,30%	2,26%	
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	2,03%	2,57%	-4,60%	-1,73%	-2,72%	-0,15%	
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	-1,01%	-0,31%	1,32%	-0,35%	0,99%	0,68%	
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	-1,36%	-1,80%	3,16%	0,10%	1,28%	1,77%	
Comuni con oltre 50.000 abitanti	0,63%	1,25%	-1,88%	0,76%	-0,55%	-2,09%	
TOTALE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	

Tavola A21

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa
Analisi per tipologia di comune di residenza e ampiezza del nucleo familiare

	Ampiezza del nucleo familiare						TOTALE
	1	2	3+	3	4	5	
Comuni centro di area metropolitana	138.435	139.320	139.549	68.361	50.864	20.324	417.304
Comuni periferia dell'area metropolitana	59.826	85.833	102.631	48.546	25.623	28.462	248.290
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	59.576	79.860	60.707	26.345	18.193	16.169	200.143
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	198.206	236.730	257.845	108.664	87.159	62.022	692.781
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	155.291	213.058	252.030	122.647	74.992	54.391	620.379
Comuni con oltre 50.000 abitanti	131.975	156.635	155.719	82.955	43.463	29.301	444.329
TOTALE	743.309	911.436	968.481	457.518	300.294	210.669	2.623.226
<i>% di riga</i>							
Comuni centro di area metropolitana	33,17%	33,39%	33,44%	16,38%	12,19%	4,87%	100,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	24,10%	34,57%	41,34%	19,55%	10,32%	11,46%	100,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	29,77%	39,90%	30,33%	13,16%	9,09%	8,08%	100,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	28,61%	34,17%	37,22%	15,69%	12,58%	8,95%	100,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	25,03%	34,34%	40,63%	19,77%	12,09%	8,77%	100,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	29,70%	35,25%	35,05%	18,67%	9,78%	6,59%	100,00%
TOTALE	28,34%	34,74%	36,92%	17,44%	11,45%	8,03%	100,00%
<i>Scostamenti</i>							
Comuni centro di area metropolitana	4,84%	-1,36%	-3,48%	-1,06%	0,74%	-3,16%	0,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	-4,24%	-0,18%	4,42%	2,11%	-1,13%	3,43%	0,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	1,43%	5,16%	-6,59%	-4,28%	-2,36%	0,05%	0,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	0,27%	-0,57%	0,30%	-1,76%	1,13%	0,92%	0,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	-3,30%	-0,40%	3,71%	2,33%	0,64%	0,74%	0,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	1,37%	0,51%	-1,87%	1,23%	-1,67%	-1,44%	0,00%
TOTALE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tavola A22

Popolazione di età superiore ai 6 anni*Analisi per tipologia di comune di residenza e struttura lavorativa della famiglia*

	TASSO DI ATTIVITA' NELLA FAMIGLIA				TOTALE
	sino a 25%	25-50%	50-75%	75-100%	
Comuni centro di area metropolitana	2.995.483	3.043.375	1.458.806	1.092.217	8.589.881
Comuni periferia dell'area metropolitana	2.185.646	2.399.011	1.176.174	701.656	6.462.487
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	1.142.261	1.178.815	608.312	386.620	3.316.008
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	4.270.852	4.995.454	2.596.641	1.596.655	13.459.602
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	4.292.270	4.882.538	2.538.724	1.479.854	13.193.386
Comuni con oltre 50.000 abitanti	3.120.222	3.256.789	1.591.644	986.687	8.955.342
TOTALE	18.006.734	19.755.982	9.970.301	6.243.689	53.976.706
<i>% di riga</i>					
Comuni centro di area metropolitana	34,87%	35,43%	16,98%	12,72%	100,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	33,82%	37,12%	18,20%	10,86%	100,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	34,45%	35,55%	18,34%	11,66%	100,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	31,73%	37,11%	19,29%	11,86%	100,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	32,53%	37,01%	19,24%	11,22%	100,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	34,84%	36,37%	17,77%	11,02%	100,00%
TOTALE	33,36%	36,60%	18,47%	11,57%	100,00%
<i>Scostamenti</i>					
Comuni centro di area metropolitana	1,51%	-1,17%	-1,49%	1,15%	0,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	0,46%	0,52%	-0,27%	-0,71%	0,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	1,09%	-1,05%	-0,13%	0,09%	0,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	-1,63%	0,51%	0,82%	0,30%	0,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	-0,83%	0,41%	0,77%	-0,35%	0,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	1,48%	-0,23%	-0,70%	-0,55%	0,00%
TOTALE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tavola A23

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa*Analisi per tipologia di comune di residenza e struttura lavorativa della famiglia*

	TASSO DI ATTIVITA' NELLA FAMIGLIA				TOTALE
	sino a 25%	25-50%	50-75%	75-100%	
Comuni centro di area metropolitana	293.718	96.733	21.098	5.755	417.304
Comuni periferia dell'area metropolitana	183.037	45.775	16.617	2.861	248.290
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	145.648	41.527	9.525	3.443	200.143
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	494.486	155.440	31.174	11.682	692.782
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	423.374	144.552	38.773	13.680	620.379
Comuni con oltre 50.000 abitanti	322.311	89.936	21.966	10.115	444.328
TOTALE	1.862.574	573.963	139.153	47.536	2.623.226
<i>% di riga</i>					
Comuni centro di area metropolitana	70,38%	23,18%	5,06%	1,38%	100,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	73,72%	18,44%	6,69%	1,15%	100,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	72,77%	20,75%	4,76%	1,72%	100,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	71,38%	22,44%	4,50%	1,69%	100,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	68,24%	23,30%	6,25%	2,21%	100,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	72,54%	20,24%	4,94%	2,28%	100,00%
TOTALE	71,00%	21,88%	5,30%	1,81%	100,00%
<i>Scostamenti</i>					
Comuni centro di area metropolitana	-0,62%	1,30%	-0,25%	-0,43%	0,00%
Comuni periferia dell'area metropolitana	2,72%	-3,44%	1,39%	-0,66%	0,00%
Comuni aventi fino a 2.000 abitanti	1,77%	-1,13%	-0,55%	-0,09%	0,00%
Comuni con 2.001 - 10.000 abitanti	0,37%	0,56%	-0,80%	-0,13%	0,00%
Comuni con 10.001 - 50.000 abitanti	-2,76%	1,42%	0,95%	0,39%	0,00%
Comuni con oltre 50.000 abitanti	1,54%	-1,64%	-0,36%	0,46%	0,00%
TOTALE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tavola B1- Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali, per tipologia e regione geografica (1999)

	Numero dei posti letto						Composizione % sul totale nazionale						Composizione % sul totale regionale					
	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale
Piemonte	965	2.738	33.897	2.632	2.882	43.114	5,1	17,5	28,6	2,2	5,0	13,1	2,2	6,4	78,6	6,1	6,7	100,0
Valle D'Aosta	36	0	820	130	35	1.021	0,2	0,0	0,7	0,1	0,1	0,3	3,5	0,0	80,3	12,7	3,4	100,0
Lombardia	3.694	3.323	7.462	40.033	4.432	58.944	19,4	21,3	6,3	33,8	7,6	17,9	6,3	5,6	12,7	67,9	7,5	100,0
Trentino-Alto Adige	1.144	1.034	1.401	6.346	2.161	12.086	6,0	6,6	1,2	5,4	3,7	3,7	9,5	8,6	11,6	52,5	17,9	100,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	508	459	622	2.818	960	5.367	2,7	2,9	0,5	2,4	1,7	1,6	9,5	8,6	11,6	52,5	17,9	100,0
<i>Trento</i>	636	575	779	3.528	1.201	6.719	3,3	3,7	0,7	3,0	2,1	2,0	9,5	8,6	11,6	52,5	17,9	100,0
Veneto	299	659	8.821	21.492	6.228	37.499	1,6	4,2	7,4	18,1	10,7	11,4	0,8	1,8	23,5	57,3	16,6	100,0
Friuli-Venezia Giulia	498	725	4.479	5.660	1.789	13.151	2,6	4,6	3,8	4,8	3,1	4,0	3,8	5,5	34,1	43,0	13,6	100,0
Liguria	456	980	4.157	4.557	3.437	13.587	2,4	6,3	3,5	3,8	5,9	4,1	3,4	7,2	30,6	33,5	25,3	100,0
Emilia-Romagna	592	1.311	8.243	17.260	4.884	32.290	3,1	8,4	7,0	14,6	8,4	9,8	1,8	4,1	25,5	53,5	15,1	100,0
Toscana	1.159	151	7.014	10.695	1.959	20.978	6,1	1,0	5,9	9,0	3,4	6,4	5,5	0,7	33,4	51,0	9,3	100,0
Umbria	469	169	1.657	678	975	3.948	2,5	1,1	1,4	0,6	1,7	1,2	11,9	4,3	42,0	17,2	24,7	100,0
Marche	378	154	4.562	1.362	765	7.221	2,0	1,0	3,9	1,1	1,3	2,2	5,2	2,1	63,2	18,9	10,6	100,0
Lazio	2.641	766	10.476	1.217	4.445	19.545	13,9	4,9	8,8	1,0	7,7	5,9	13,5	3,9	53,6	6,2	22,7	100,0
Abruzzo	834	28	2.516	2.035	1.250	6.663	4,4	0,2	2,1	1,7	2,2	2,0	12,5	0,4	37,8	30,5	18,8	100,0
Molise	221	27	764	63	221	1.296	1,2	0,2	0,6	0,1	0,4	0,4	17,1	2,1	59,0	4,9	17,1	100,0
Campania	2.690	207	4.414	765	5.191	13.267	14,1	1,3	3,7	0,6	8,9	4,0	20,3	1,6	33,3	5,8	39,1	100,0
Puglia	984	360	5.370	1.512	2.631	10.857	5,2	2,3	4,5	1,3	4,5	3,3	9,1	3,3	49,5	13,9	24,2	100,0
Basilicata	174	0	929	186	603	1.892	0,9	0,0	0,8	0,2	1,0	0,6	9,2	0,0	49,1	9,8	31,9	100,0
Calabria	510	175	1.011	1.058	2.818	5.572	2,7	1,1	0,9	0,9	4,9	1,7	9,2	3,1	18,1	19,0	50,6	100,0
Sicilia	1.292	1.408	7.605	883	9.815	21.003	6,8	9,0	6,4	0,7	16,9	6,4	6,2	6,7	36,2	4,2	46,7	100,0
Sardegna	8	1.389	2.824	27	1.504	5.752	0,0	8,9	2,4	0,0	2,6	1,7	0,1	24,1	49,1	0,5	26,1	100,0
Nord	7.684	10.770	69.280	98.110	25.848	211.692	40,3	69,0	58,5	82,7	44,5	64,2	3,6	5,1	32,7	46,3	12,2	100,0
Centro	4.647	1.240	23.709	13.952	8.144	51.692	24,4	7,9	20,0	11,8	14,0	15,7	9,0	2,4	45,9	27,0	15,8	100,0
Sud e Isole	6.713	3.594	25.433	6.529	24.033	66.302	35,2	23,0	21,5	5,5	41,4	20,1	10,1	5,4	38,4	9,8	36,2	100,0
TOTALE	19.044	15.604	118.422	118.591	58.025	329.686	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5,8	4,7	35,9	36,0	17,6	100,0

Fonte: Istat

Tavola B2 - Disabili adulti (18-64 anni) ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per tipologia di presidio e regione (1999)

	Numero dei disabili adulti						Composizione % sul totale nazionale						Composizione % sul totale regionale					
	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale
Piemonte	393	328	2.455	176	201	3.553	4,4	10,0	59,7	4,8	8,1	15,8	11,1	9,2	69,1	5,0	5,7	100
Valle D'Aosta	1	0	18	7	24	50	0,0	0,0	0,4	0,2	1,0	0,2	2,0	0,0	36,0	14,0	48,0	100
Lombardia	1.375	1.615	300	705	134	4.129	15,5	49,4	7,3	19,2	5,4	18,4	33,3	39,1	7,3	17,1	3,2	100
Trentino-Alto Adige	556	86	44	252	32	970	6,3	2,6	1,1	6,8	1,3	4,3	57,3	8,9	4,5	26,0	3,3	100
<i>Bolzano-Bozen</i>	245	39	20	114	15	433	2,8	1,2	0,5	3,1	0,6	1,9	56,6	9,0	4,6	26,3	3,5	100
<i>Trento</i>	297	47	24	138	17	523	3,3	1,4	0,6	3,8	0,7	2,3	56,8	9,0	4,6	26,4	3,3	100
Veneto	122	140	278	563	1.027	2.130	1,4	4,3	6,8	15,3	41,3	9,5	5,7	6,6	13,1	26,4	48,2	100
Friuli-Venezia Giulia	410	15	100	221	62	808	4,6	0,5	2,4	6,0	2,5	3,6	50,7	1,9	12,4	27,4	7,7	100
Liguria	285	25	54	507	109	980	3,2	0,8	1,3	13,8	4,4	4,4	29,1	2,6	5,5	51,7	11,1	100
Emilia-Romagna	470	194	0	0	115	779	5,3	5,9	0,0	0,0	4,6	3,5	60,3	24,9	0,0	0,0	14,8	100
Toscana	649	2	140	654	106	1.551	7,3	0,1	3,4	17,8	4,3	6,9	41,8	0,1	9,0	42,2	6,8	100
Umbria	217	4	21	32	81	355	2,4	0,1	0,5	0,9	3,3	1,6	61,1	1,1	5,9	9,0	22,8	100
Marche	179	27	106	81	14	407	2,0	0,8	2,6	2,2	0,6	1,8	44,0	6,6	26,0	19,9	3,4	100
Lazio	1.411	73	36	144	41	1.705	15,9	2,2	0,9	3,9	1,6	7,6	82,8	4,3	2,1	8,4	2,4	100
Abruzzo	280	0	53	174	25	532	3,2	0,0	1,3	4,7	1,0	2,4	52,6	0,0	10,0	32,7	4,7	100
Molise	102	0	34	0	10	146	1,1	0,0	0,8	0,0	0,4	0,7	69,9	0,0	23,3	0,0	6,8	100
Campania	1.575	0	84	18	11	1.688	17,7	0,0	2,0	0,5	0,4	7,5	93,3	0,0	5,0	1,1	0,7	100
Puglia	108	22	102	62	114	408	1,2	0,7	2,5	1,7	4,6	1,8	26,5	5,4	25,0	15,2	27,9	100
Basilicata	49	0	25	8	2	84	0,6	0,0	0,6	0,2	0,1	0,4	58,3	0,0	29,8	9,5	2,4	100
Calabria	285	14	5	18	204	526	3,2	0,4	0,1	0,5	8,2	2,3	54,2	2,7	1,0	3,4	38,8	100
Sicilia	413	279	194	56	92	1.034	4,6	8,5	4,7	1,5	3,7	4,6	39,9	27,0	18,8	5,4	8,9	100
Sardegna	5	446	65	2	83	601	0,1	13,6	1,6	0,1	3,3	2,7	0,8	74,2	10,8	0,3	13,8	100
Nord	3.612	2.403	3.249	2.431	1.704	13.399	40,7	73,5	79,0	66,1	68,5	59,7	27,0	17,9	24,2	18,1	12,7	100
Centro	2.456	106	303	911	242	4.018	27,6	3,2	7,4	24,8	9,7	17,9	61,1	2,6	7,5	22,7	6,0	100
Sud e Isole	2.817	761	562	338	541	5.019	31,7	23,3	13,7	9,2	21,8	22,4	56,1	15,2	11,2	6,7	10,8	100
TOTALE	8.885	3.270	4.114	3.680	2.487	22.436	100	100	100	100	100	100	39,6	14,6	18,3	16,4	11,1	100

Fonte: Istat

Tavola B3 - Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per tipologia di presidio e regione geografica (1999)

	Numero di anziani						Composizione % sul totale nazionale					Composizione % sul totale regionale						
	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale	Comunità socio-riabilitativa	Comunità alloggio	Residenza assistenziale per anziani	Residenza socio-sanitaria per anziani	Altro	Totale
Piemonte	212	1.488	27.794	2.549	241	32.284	5,6	23,2	28,3	2,4	3,4	14,5	0,7	4,6	86,1	7,9	0,7	100
Valle D'Aosta	21	0	765	117	0	903	0,6	0,0	0,8	0,1	0,0	0,4	2,3	0,0	84,7	13,0	0,0	100
Lombardia	1.611	388	6.697	37.203	735	46.634	42,6	6,1	6,8	34,7	10,3	21,0	3,5	0,8	14,4	79,8	1,6	100
Trentino-Alto Adige	31	188	1.301	5.706	248	7.474	0,8	2,9	1,3	5,3	3,5	3,4	0,4	2,5	17,4	76,3	3,3	100
<i>Bolzano-Bozen</i>	14	85	588	2.578	112	3.377	0,4	1,3	0,6	2,4	1,6	1,5	0,4	2,5	17,4	76,3	3,3	100
<i>Trento</i>	17	103	713	3.128	136	4.097	0,4	1,6	0,7	2,9	1,9	1,8	0,4	2,5	17,4	76,3	3,3	100
Veneto	1	260	7.923	18.953	2938	30.075	0,0	4,1	8,1	17,7	41,2	13,5	0,0	0,9	26,3	63,0	9,8	100
Friuli-Venezia Giulia	43	397	3.623	5.056	507	9.626	1,1	6,2	3,7	4,7	7,1	4,3	0,4	4,1	37,6	52,5	5,3	100
Liguria	5	741	3.624	3.767	1011	9.148	0,1	11,6	3,7	3,5	14,2	4,1	0,1	8,1	39,6	41,2	11,1	100
Emilia-Romagna	4	915	7.378	16.485	57	24.839	0,1	14,3	7,5	15,4	0,8	11,2	0,0	3,7	29,7	66,4	0,2	100
Toscana	353	57	6.277	9.305	174	16.166	9,3	0,9	6,4	8,7	2,4	7,3	2,2	0,4	38,8	57,6	1,1	100
Umbria	65	149	1.355	583	9	2.161	1,7	2,3	1,4	0,5	0,1	1,0	3,0	6,9	62,7	27,0	0,4	100
Marche	35	30	3.84	1.128	3	5.036	0,9	0,5	3,9	1,1	0,0	2,3	0,7	0,6	76,3	22,4	0,1	100
Lazio	380	525	7.931	761	86	9.683	10,1	8,2	8,1	0,7	1,2	4,4	3,9	5,4	81,9	7,9	0,9	100
Abruzzo	138	0	2.149	1.633	128	4.048	3,7	0,0	2,2	1,5	1,8	1,8	3,4	0,0	53,1	40,3	3,2	100
Molise	33	4	667	59	37	800	0,9	0,1	0,7	0,1	0,5	0,4	4,1	0,5	83,4	7,4	4,6	100
Campania	211	0	3.223	646	194	4.273	5,6	0,0	3,3	0,6	2,7	1,9	4,9	0,0	75,4	15,1	4,5	100
Puglia	434	183	4.076	1.263	43	5.999	11,5	2,9	4,2	1,2	0,6	2,7	7,2	3,1	67,9	21,0	0,7	100
Basilicata	83	0	762	154	3	1.002	2,2	0,0	0,8	0,1	0,0	0,5	8,3	0,0	76,0	15,4	0,3	100
Calabria	67	99	830	940	61	1.997	1,8	1,5	0,8	0,9	0,9	0,9	3,4	5,0	41,6	47,1	3,1	100
Sicilia	53	348	5.68	743	246	7.069	1,4	5,4	5,8	0,7	3,4	3,2	0,7	4,9	80,3	10,5	3,5	100
Sardegna	0	641	2.25	26	414	3.331	0,0	10,0	2,3	0,0	5,8	1,5	0,0	19,2	67,5	0,8	12,4	100
Nord	1.928	4.378	59.105	89.835	5737	160.983	51,0	68,3	60,2	83,9	80,4	72,3	1,2	2,7	36,7	55,8	3,6	100
Centro	833	761	19.403	11.777	272	33.046	22,0	11,9	19,8	11,0	3,8	14,8	2,5	2,3	58,7	35,6	0,8	100
Sud e Isole	1.018	1.275	19.637	5.464	1126	28.519	26,9	19,9	20,0	5,1	15,8	12,8	3,6	4,5	68,9	19,2	3,9	100
TOTALE	3.779	6.414	98.146	107.075	7134	222.548	100	100	100	100	100	100	1,7	2,9	44,1	48,1	3,2	100

Tavola B4 - Anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per condizioni di salute, ripartizione geografica e genere (1999)

CONDIZIONI DI SALUTE	Anziani (65 anni e oltre)											
	Nord			Centro			Sud e isole			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Valori assoluti											
Autosufficienti	12.359	36.473	48.831	3.793	13.183	16.976	4.963	10.888	15.851	21.115	60.544	81.659
Non autosufficienti	25.077	87.075	112.152	3.525	12.545	16.070	3.480	9.188	12.668	32.082	108.807	140.889
TOTALE ANZIANI	37.435	123.548	160.983	7.318	25.728	33.046	8.443	20.076	28.519	53.197	169.351	222.548
	Valori percentuali											
Autosufficienti	33,0	29,5	30,3	51,8	51,2	51,4	58,8	54,2	55,6	39,7	35,8	36,7
Non autosufficienti	67,0	70,5	69,7	48,2	48,8	48,6	41,2	45,8	44,4	60,3	64,2	63,3
TOTALE ANZIANI	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Istat

Tavola B5 - Anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per classe d'età e ripartizione geografica (1999)

CLASSI DI ETA'	Nord			Centro			Sud e isole			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Valori assoluti												
65-74	10.369	15.823	26.192	2.250	3.885	6.141	3.387	5.749	9.136	16.006	25.457	41.463
75 e oltre	27.066	107.725	134.791	5.068	21.843	26.905	5.057	14.327	19.383	37.191	143.894	181.085
TOTALE ASSISTITI	37.435	123.548	160.983	7.318	25.728	33.046	8.443	20.076	28.519	53.197	169.351	222.548
Valori percentuali												
65-74	27,7	12,8	16,3	30,8	15,1	18,6	40,1	28,6	32,0	30,1	15,0	18,6
75 e oltre	72,3	87,2	83,7	69,2	84,9	81,4	59,9	71,4	68,0	69,9	85,0	81,4
TOTALE ASSISTITI	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Istat

Tavola B6 - Anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per tipologia di presidio, genere e condizioni di salute (1999)

	Autosufficienti			Non autosufficienti			Totale		
	m	f	t	m	f	t	m	f	t
	Valori assoluti								
Comunità socio-riabilitativa	292	451	744	785	2.250	3.035	1.078	2.701	3.779
Comunità alloggio	1.063	2.895	3.958	706	1.750	2.456	1.769	4.645	6.413
Residenza assistenziale per anziani	13.571	41.579	55.150	9.312	33.682	42.994	22.883	75.261	98.144
Residenza socio-sanitaria per anziani	5.348	13.372	18.720	20.260	68.095	88.355	25.608	81.467	107.075
Altro	842	2.247	3.089	1.018	3.030	4.048	1.859	5.277	7.136
TOTALE	21.115	60.544	81.659	32.082	108.807	140.889	53.197	169.351	222.548
	Valori percentuali								
Comunità socio-riabilitativa	1,4	0,7	0,9	2,4	2,1	2,2	2,0	1,6	1,7
Comunità alloggio	5,0	4,8	4,8	2,2	1,6	1,7	3,3	2,7	2,9
Residenza assistenziale per anziani	64,3	68,7	67,5	29,0	31,0	30,5	43,0	44,4	44,1
Residenza socio-sanitaria per anziani	25,3	22,1	22,9	63,2	62,6	62,7	48,1	48,1	48,1
Altro	4,0	3,7	3,8	3,2	2,8	2,9	3,5	3,1	3,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat

Tavola B7a)- Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per tipologia di presidio, modalità di pagamento e regione (1999)

Numero di anziani

	Residenza assistenziale per anziani				Residenza socio-sanitaria per anziani				Totale presidi residenziali per anziani			
	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale
Piemonte	19.790	5.905	2.099	27.794	1.238	1.155	155	2.549	21.029	7.060	2.254	30.343
Valle D'Aosta	371	391	3	765	54	62	1	117	425	453	4	882
Lombardia	4.947	1.615	136	6.697	27.186	8.769	1.247	37.203	32.133	10.384	1.383	43.900
Trentino-Alto Adige	373	924	5	1.301	1.713	3.542	451	5.706	2.086	4.466	455	7.007
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>168</i>	<i>418</i>	<i>2</i>	<i>588</i>	<i>774</i>	<i>1.600</i>	<i>204</i>	<i>2.578</i>	<i>942</i>	<i>2.018</i>	<i>206</i>	<i>3.166</i>
<i>Trento</i>	<i>204</i>	<i>506</i>	<i>3</i>	<i>713</i>	<i>939</i>	<i>1.942</i>	<i>247</i>	<i>3.128</i>	<i>1.144</i>	<i>2.448</i>	<i>250</i>	<i>3.841</i>
Veneto	4.407	2.834	682	7.923	11.701	6.672	579	18.953	16.108	9.506	1.261	26.876
Friuli-Venezia Giulia	2.562	898	164	3.623	2.368	2.656	32	5.056	4.929	3.554	196	8.679
Liguria	2.546	914	164	3.624	1.581	1.723	462	3.767	4.127	2.638	626	7.391
Emilia-Romagna	5.874	1.402	102	7.378	8.508	7.595	382	16.485	14.383	8.996	484	23.863
Toscana	3.888	2.238	151	6.277	3.317	5.754	234	9.305	7.205	7.992	385	15.582
Umbria	614	739	2	1.355	197	383	4	583	810	1.122	6	1.938
Marche	2.663	880	298	3.840	778	341	9	1.128	3.441	1.221	306	4.968
Lazio	5.357	2.364	211	7.931	276	211	273	761	5.633	2.574	484	8.692
Abruzzo	1.644	456	49	2.149	853	631	149	1.633	2.498	1.087	198	3.782
Molise	562	97	8	667	52	7	0	59	614	103	8	726
Campania	2.317	683	224	3.223	432	76	138	646	2.749	759	361	3.869
Puglia	2.829	1.016	231	4.076	565	442	256	1.263	3.394	1.458	487	5.338
Basilicata	411	349	2	762	13	141	0	154	424	490	2	916
Calabria	262	543	24	830	152	779	9	940	415	1.322	33	1.770
Sicilia	3.144	2.095	442	5.680	405	333	5	743	3.549	2.428	446	6.423
Sardegna	1.575	635	40	2.250	13	13	0	26	1.588	648	40	2.276
Nord	40.871	14.882	3.353	59.105	54.350	32.175	3.310	89.835	95.220	47.057	6.663	148.940
Centro	12.522	6.221	661	19.403	4.568	6.688	520	11.777	17.090	12.909	1.181	31.180
Sud e Isole	12.744	5.873	1.019	19.637	2.487	2.421	556	5.464	15.231	8.295	1.575	25.101
TOTALE	66.137	26.976	5.033	98.146	61.404	41.285	4.386	107.075	127.541	68.261	9.419	205.221

Tavola B7b)- Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali Per tipologia di presidio, modalità di pagamento e regione (1999)

	Composizione % sul totale regionale											
	Residenza assistenziale per anziani				Residenza socio-sanitaria per anziani				Totale presidi residenziali per anziani			
	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale	Con retta integrale	Con retta parziale	A titolo gratuito	Totale
Piemonte	71,2	21,2	7,6	100	48,6	45,3	6,1	100	69,3	23,3	7,4	100
Valle D'Aosta	48,6	51,1	0,4	100	46,0	53,0	1,0	100	48,2	51,3	0,5	100
Lombardia	73,9	24,1	2,0	100	73,1	23,6	3,4	100	73,2	23,7	3,1	100
Trentino-Alto Adige	28,6	71,0	0,4	100	30,0	62,1	7,9	100	29,8	63,7	6,5	100
<i>Bolzano-Bozen</i>	28,6	71,1	0,3	100	30,0	62,1	7,9	100	29,8	63,7	6,5	100
<i>Trento</i>	28,6	71,0	0,4	100	30,0	62,1	7,9	100	29,8	63,7	6,5	100
Veneto	55,6	35,8	8,6	100	61,7	35,2	3,1	100	59,9	35,4	4,7	100
Friuli-Venezia Giulia	70,7	24,8	4,5	100	46,8	52,5	0,6	100	56,8	40,9	2,3	100
Liguria	70,3	25,2	4,5	100	42,0	45,8	12,3	100	55,8	35,7	8,5	100
Emilia-Romagna	79,6	19,0	1,4	100	51,6	46,1	2,3	100	60,3	37,7	2,0	100
Toscana	61,9	35,7	2,4	100	35,6	61,8	2,5	100	46,2	51,3	2,5	100
Umbria	45,3	54,6	0,1	100	33,8	65,6	0,6	100	41,8	57,9	0,3	100
Marche	69,3	22,9	7,8	100	69,0	30,3	0,8	100	69,3	24,6	6,2	100
Lazio	67,5	29,8	2,7	100	36,3	27,7	36,0	100	64,8	29,6	5,6	100
Abruzzo	76,5	21,2	2,3	100	52,3	38,6	9,1	100	66,0	28,7	5,2	100
Molise	84,3	14,5	1,3	100	88,9	11,1	0,0	100	84,6	14,2	1,2	100
Campania	71,9	21,2	6,9	100	66,9	11,8	21,3	100	71,0	19,6	9,3	100
Puglia	69,4	24,9	5,7	100	44,7	35,0	20,3	100	63,6	27,3	9,1	100
Basilicata	53,9	45,9	0,2	100	8,6	91,4	0,0	100	46,3	53,5	0,2	100
Calabria	31,6	65,4	2,9	100	16,2	82,8	0,9	100	23,4	74,7	1,9	100
Sicilia	55,3	36,9	7,8	100	54,5	44,8	0,6	100	55,3	37,8	6,9	100
Sardegna	70,0	28,2	1,8	100	48,4	51,6	0,0	100	69,8	28,5	1,7	100
Nord	69,1	25,2	5,7	100	60,5	35,8	3,7	100	63,9	31,6	4,5	100
Centro	64,5	32,1	3,4	100	38,8	56,8	4,4	100	54,8	41,4	3,8	100
Sud e Isole	64,9	29,9	5,2	100	45,5	44,3	10,2	100	60,7	33,0	6,3	100
TOTALE	67,4	27,5	5,1	100	57,3	38,6	4,1	100	62,1	33,3	4,6	100

Tavola B8 Assistenza domiciliare integrata (1999)

	Casi trattati		Ore di assistenza erogata per caso trattato			Totale
	Totale	Di cui anziani (%)	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori	
Piemonte	15.260	71,3	9	39	15	63
Valle d'Aosta	9.332	80,6	0	1	0	2
Lombardia	42.638	56,3	5	19	2	26
Bolzano	84	82,1	0	0	0	0
Trento	7.481	25,8	0	6	1	7
Veneto	15.994	88,7	2	16	3	21
Friuli V G	22.242	86,2	2	10	3	15
Liguria	8.785	94,2	6	15	0	21
Emilia R	19.311	77,3	1	10	2	13
Toscana	12.953	88,1	2	18	6	26
Umbria	16.623	88,5	0	16	8	24
Marche	15.879	87,2	6	18	2	26
Lazio	24.715	89,0	4	11	2	17
Abruzzo	143	96,5	0	0	0	0
Molise	2.503	96,2	4	14	1	20
Campania	6.589	97,8	7	20	5	32
Puglia	6.245	90,2	20	31	9	60
Basilicata	1.868	86,8	21	22	3	46
Calabria	2.548	86,1	6	19	5	30
Sicilia	1.871	95,6	12	14	6	32
Sardegna	3.258	94,1	12	30	3	45
Nord	141.127	71,6	3	16	3	23
Centro	70.170	88,3	3	11	4	16
Sud e Isole	25.025	93,1	12	23	5	40
Italia	236.322	78,8	4	16	4	25

Fonte: elaborazioni Cer su dati Ministero della Salute

Percentuale di rilevazione: 100% sul totale delle USL che hanno dichiarato di avere il servizio attivo

Tavola 1- A: Servizi di assistenza domiciliare

	Prestazioni							costi unitari (in euro)	
	1 adl	2 adl	3adl	1 adl- confinati	2 adl- confinati	3adl- confinati	immobilizzati		
Servizio domestico (*)	7,0	14,0	21,0	14,0	21,0	52	62	8	x ora
Accompagnamento e trasporti protetti (*)	3,0	6,0	9,0	6,0	9,0	21	3	9	x ora
Servizio tutelare (*)	5,0	10,0	15,0	10,0	15,0	31	39	13	x ora
Totale	15,0	30,0	45,0	30,0	45,0	104	104		
Interventi MMG (**)	0,0	0,0	30,0	0,0	0,0	40,0	52,0	30	x accesso
Interventi infermieristici (*)	0,0	5,0	10,0	0,0	5,0	10,0	15,0	25	x ora
Interventi di riabilitazione (*)	0,0	2,0	5,0	0,0	2,0	5,0	10,0	25	x ora
Interventi specialistici (**)	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	6,0	6,0	35	x accesso
Servizio telesoccorso e telecontrollo								20	x mese
Adattamenti alloggio								2556,5	importo massimo per adattamento
Presidi e strumenti								42	x mese
Servizi semi-residenziali (***)	0	0	7	0	7	0	0	50,8	x giornata
Servizi residenziali (***)	0	0	0	0	0	21	21	85,9	x giornata
Totale residenziale (***)	0	0	7	0	7	21	21		

Nota: I confinati in casa senza Adl mancanti non sono considerati in questa elaborazione

(*) Minuti per giorno

(**) Accessi per anno

(***) Giornate per anno

Tavola 1- B: Costi annui unitari dell'assistenza domiciliare

	Costi annui per persona						
	1 adl	2 adl	3 adl	1 adl- confinati	2 adl- confinati	3adl- confinati	immobilizzati
Servizio domestico	340,7	681,3	1.022,0	681,3	1.022,0	2.530,7	3.017,3
Accompagnamento e trasporti protetti	164,3	328,5	492,8	328,5	492,8	1.149,8	164,3
Servizio tutelare	395,4	790,8	1.186,3	790,8	1.186,3	2.451,6	3.084,3
Totale	900,3	1.800,7	2.701,0	1.800,7	2.701,0	6.132,0	6.265,8
Interventi MMG	0,0	0,0	900,0	0,0	0,0	1.200,0	1.560,0
Interventi infermieristici	0,0	760,4	1.520,8	0,0	760,4	1.520,8	2.281,3
Interventi di riabilitazione	0,0	304,2	760,4	0,0	304,2	760,4	1.520,8
Interventi specialistici	0,0	0,0	210,0	0,0	0,0	210,0	210,0
Servizio telesoccorso e telecontrollo	48,7	97,3	194,7	48,7	97,3	194,7	243,3
Adattamenti alloggio	0,0	102,3	255,7	0,0	102,3	255,7	0,0
Presidi e strumenti	102,2	204,4	408,8	102,2	204,4	408,8	511,0
Servizi semi-residenziali	0,0	0,0	355,6	0,0	355,6	0,0	0,0
Servizi residenziali	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.804,6	1.804,6
Totale residenziale	0,0	0,0	355,6	0,0	355,6	1.804,6	1.804,6
Totale assistenza	1.051,2	3.269,2	7.307,0	1.951,6	4.525,1	12.487,0	14.396,9

Tavola 1 - C: Costo complessivo dell'assistenza domiciliare

2003							
Numero disabili							Totale
non confinati			confinati			immobilizzati	
1 adl	2 adl	3 adl	1 adl	2 adl	3 adl		
731.805	278.020	47.568	113.183	240.297	68.676	388.987	
Costi complessivi (milioni di euro)							
769,3	908,9	347,6	220,9	1087,4	857,6	5600,2	9791,8

2010							
Numero disabili							Totale
non confinati			confinati			immobilizzati	
1 adl	2 adl	3 adl	1 adl	2 adl	3 adl		
959.445	388.884	68.383	148.388	336.117	98.722	557.468	
Costi complessivi (milioni di euro)							
1008,6	1271,3	499,7	289,6	1521,0	1232,8	8025,8	13848,7

2020							
Numero disabili							Totale
non confinati			confinati			immobilizzati	
1 adl	2 adl	3 adl	1 adl	2 adl	3 adl		
1.127.123	468.688	82.939	174.321	405.093	119.738	677.581	
Costi complessivi (milioni di euro)							
1184,9	1532,2	606,0	340,2	1833,1	1495,2	9755,0	16746,7

Tavola 2 - Costo degli Uffici di Cittadinanza

	Primo livello					Secondo livello						
	Numero uffici	Numero complessivo operatori				Costo totale Uffici (mln euro)	Numero uffici	Numero operatori	Costo (mln euro)	Totale costi (mln euro)	Costo UdV (mln euro)	Totale costi (mln euro)
		Totale primo profilo professionale	Di cui a metà tempo	Totale secondo profilo professionale	Di cui a metà tempo							
Piemonte	467	538	348	525	397	16,9	81	260	6,8	23,7	15,3	39,0
Valle d'Aosta	18	19	17	19	17	0,5	2	7	0,2	0,7	0,4	1,1
Lombardia	1.044	1.179	766	1.152	909	36,5	173	557	14,6	51,1	24,9	76,0
Trentino-Alto Adige	133	142	113	142	124	4,0	18	58	1,5	5,5	2,3	7,8
Veneto	535	596	372	578	475	18,3	87	278	7,3	25,6	12,5	38,1
Friuli-Venezia Giulia	146	160	110	159	132	4,9	23	73	1,9	6,8	4,0	10,8
Liguria	137	172	85	165	102	5,9	29	99	2,6	8,5	6,2	14,7
Emilia-Romagna	370	448	226	433	292	15,2	75	249	6,5	21,7	15,2	37,0
Toscana	300	373	163	358	227	13,1	66	218	5,7	18,8	14,8	33,6
Umbria	72	89	40	86	55	3,1	16	51	1,3	4,4	3,5	7,9
Marche	162	186	116	181	138	5,9	29	90	2,3	8,2	6,1	14,3
Lazio	345	478	170	463	212	18,3	93	325	8,5	26,9	14,0	40,8
Abruzzo	147	167	111	162	127	5,1	25	77	2,0	7,1	5,1	12,3
Molise	46	50	41	49	43	1,4	6	19	0,5	1,9	1,4	3,3
Campania	480	606	273	581	355	21,3	109	353	9,3	30,6	16,3	46,9
Puglia	309	401	132	376	217	14,7	77	248	6,5	21,2	14,4	35,6
Basilicata	85	89	67	89	81	2,5	12	36	1,0	3,5	2,5	6,0
Calabria	258	281	201	279	235	8,4	39	123	3,2	11,6	8,8	20,3
Sicilia	401	518	217	488	284	18,5	94	309	8,1	26,6	22,4	49,0
Sardegna	198	223	156	216	173	6,7	31	100	2,6	9,3	5,7	15,1
Nord	2.851	3.254	2.038	3.173	2.447	102,2	488	1.581	41,4	143,7	80,8	224,5
Centro	880	1.126	489	1.088	633	40,4	203	684	17,9	58,3	38,3	96,6
Sud e Isole	1.925	2.336	1.199	2.240	1.513	78,6	392	1.267	33,2	111,8	76,5	188,4
Italia	5.655	6.717	3.726	6.501	4.593	221,3	1.084	3.531	92,6	313,9	195,6	509,5

Tavola 3 - Costi di adeguamento delle strutture socio-sanitarie

	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Posti letto ogni mille anziani	19,8	6,4	2,0	11,4
<i>Adeguamento alla dotazione del Nord</i>				
Letti aggiuntivi		28914,4	57547,8	86462,1
<i>Costi adeguamento (valori in mln. di euro)</i>				
Costi di gestione (*)		662,6	1318,7	1981,2
Ammortamento		70,8	140,9	211,8
Costo totale		733,4	1459,6	2193,0

(*) *Al netto dei costi alberghieri che sono a carico dell'utente*

Tavola 4 - Entrate da maggiori contributi sociali al 2003

	1 adl	2 adl	3adl	1 adl- confinati	2 adl- confinati	3adl- confinati	Immobilizzati	Totale
<i>Contributi unitari</i>								
Servizio domestico	63,4	126,8	190,2	126,8	190,2	470,9	561,5	
Accompagnamento e trasporti protetti	30,6	61,1	91,7	61,1	91,7	213,9	30,6	
Servizio tutelare	145,9	291,8	437,7	291,8	437,7	904,6	1138,1	
Totale assistenza	239,9	479,7	719,6	479,7	719,6	1589,5	1730,1	
disabili anziani	731.805	278.020	47.568	113.183	240.297	68.676	388.987	
<i>Contributi (mln di Euro)</i>								
Servizio domestico	46	35	9	14	46	32,3	218	
Accompagnamento e trasporti protetti	22	17	4	7	22	15	12	
Servizio tutelare	107	81	21	33	105	62	443	
Totale assistenza	176	133	34	54	173	109	673	1.232,0

Tavola 5 - Entrate da maggiori contributi sociali al 2010

	1 adl	2 adl	3adl	1 adl- confinati	2 adl- confinati	3adl- confinati	Immobilizzati	Totale
<i>Contributi unitari</i>								
Servizio domestico	63,4	126,8	190,2	126,8	190,2	470,9	561,5	
Accompagnamento e trasporti protetti	30,6	61,1	91,7	61,1	91,7	213,9	30,6	
Servizio tutelare	145,9	291,8	437,7	291,8	437,7	904,6	1138,1	
Totale assistenza	239,9	479,7	719,6	479,7	719,6	1589,5	1730,1	
disabili anziani	959.445	388.884	68.383	148.388	336.117	98.722	557.468	
<i>Contributi (mln di Euro)</i>								
Servizio domestico	61	49	13	19	64	46,5	313	
Accompagnamento e trasporti protetti	29	24	6	9	31	21	17	
Servizio tutelare	140	113	30	43	147	89	634	
Totale assistenza	230	187	49	71	242	157	964	1.900,4

Tavola 6 - Entrate da maggiori contributi sociali al 2020

	1 adl	2 adl	3adl	1 adl- confinati	2 adl- confinati	3adl- confinati	Immobilizzati	Totale
<i>Contributi unitari</i>								
Servizio domestico	63,4	126,8	190,2	126,8	190,2	470,9	561,5	
Accompagnamento e trasporti protetti	30,6	61,1	91,7	61,1	91,7	213,9	30,6	
Servizio tutelare	145,9	291,8	437,7	291,8	437,7	904,6	1138,1	
Totale assistenza	239,9	479,7	719,6	479,7	719,6	1589,5	1730,1	
disabili anziani	1.127.123	468.688	82.939	174.321	405.093	119.738	677.581	
<i>Contributi (mln di Euro)</i>								
Servizio domestico	71	59	16	22	77	56,4	380	
Accompagnamento e trasporti protetti	34	29	8	11	37	26	21	
Servizio tutelare	164	137	36	51	177	108	771	
Totale assistenza	270	225	60	84	292	190	1.172	2.292,6

Tavola 7 - Quadro riassuntivo delle risorse aggiuntive nette per il FNA

Risorse complessive da attivare	2003	2010	2020
Adi	9.791,8	13.848,7	16.746,7
Adeguamento strutture socio-sanitarie	2.193,0	2.193,0	2.193,0
Uffici di cittadinanza	509,5	509,5	509,5
Totale	12.494,3	16.551,2	19.449,1
Risparmi di risorse			
Indennità di accompagnamento	2.368,1	4.525,3	6.289,8
Spese alberghiere servizi residenziali	177,6	254,1	308,5
Contributi sociali servizi socio-assistenziali	1.232,0	1.900,4	2.292,6
Contributi Uffici cittadinanza	102,6	102,6	102,6
Risorse già stanziare			
Adi (2001)	2.389,3	3.270,2	3.907,0
Totale	6.269,6	10.052,6	12.900,7
Onere aggiuntivo netto	6.224,7	6.498,6	6.548,5

Tavola 8- Effetti sul mercato del lavoro

Assistenza Adi	
Numero ore annue	506.522.922
Numero lavoratori	365.457

Tutela anziani: lavoro emerso e sommerso attuale	
Numero ore annue	299.678.236
Numero lavoratori	216.218

Incremento	
Numero ore annue	206.844.686
Numero lavoratori	149.239

Tavola A16

Popolazione di età superiore ai 6 anni +

Analisi per regione e ampiezza del nucleo familiare

	Ampiezza del nucleo familiare						TOTALE	
	1	2	3+	300,0%	4	5		
Piemonte	475.028	1.067.356	2.486.439	117211200,0%	1.072.474	241.853	4.028.823	
Valle Aosta	18.833	27.562	66.126	2858900,0%	30.370	7.167	112.521	
Lombardia	882.213	1.878.480	5.737.026	241815400,0%	2.558.843	760.029	8.497.719	
Trentino Alto-Adige	97.126	163.713	599.562	20850100,0%	246.730	144.331	860.401	
Veneto	350.728	850.435	3.010.026	118729700,0%	1.225.208	597.521	4.211.189	
Friuli Venezia Giulia	129.783	284.450	703.833	33732600,0%	271.963	94.544	1.118.066	
Liguria	214.706	420.758	906.718	45099700,0%	372.272	83.449	1.542.182	
Emilia Romagna	380.838	930.165	2.448.549	116015900,0%	897.670	390.720	3.759.552	
Toscana	312.050	810.836	2.217.374	101730800,0%	852.372	347.694	3.340.260	
Umbria	64.823	185.570	538.433	21686500,0%	237.441	84.127	788.826	
Marche	109.945	262.940	1.003.415	36993800,0%	421.688	211.789	1.376.300	
Lazio	520.865	973.380	3.427.423	133628100,0%	1.623.781	467.361	4.921.668	
Abruzzo	87.250	234.288	881.993	26949200,0%	397.868	214.633	1.203.531	
Molise	27.361	61.180	219.600	6255300,0%	101.938	55.109	308.141	
Campania	313.465	692.278	4.334.358	92226000,0%	1.895.012	1.517.086	5.340.101	
Puglia	232.862	614.577	2.957.790	82598400,0%	1.345.956	785.850	3.805.229	
Basilicata	38.044	104.928	424.912	11979400,0%	191.210	113.908	567.884	
Calabria	134.272	327.928	1.453.935	36954300,0%	645.129	439.263	1.916.135	
Sicilia	376.746	788.345	3.558.869	104679600,0%	1.672.277	839.796	4.723.960	
Sardegna	99.156	228.196	1.226.866	35893400,0%	517.894	350.038	1.554.218	
TOTALE	4.866.094	10.907.365	38.203.247	1387888300,0%	16.578.096	7.746.268	53.976.706	
			% di riga					
Piemonte	11,79%	26,49%	61,72%	29,1%	26,62%	6,00%	100,00%	
Valle Aosta	16,74%	24,49%	58,77%	25,4%	26,99%	6,37%	100,00%	
Lombardia	10,38%	22,11%	67,51%	28,5%	30,11%	8,94%	100,00%	
Trentino Alto-Adige	11,29%	19,03%	69,68%	24,2%	28,68%	16,77%	100,00%	
Veneto	8,33%	20,19%	71,48%	28,2%	29,09%	14,19%	100,00%	
Friuli Venezia Giulia	11,61%	25,44%	62,95%	30,2%	24,32%	8,46%	100,00%	
Liguria	13,92%	27,28%	58,79%	29,2%	24,14%	5,41%	100,00%	
Emilia Romagna	10,13%	24,74%	65,13%	30,9%	23,88%	10,39%	100,00%	
Toscana	9,34%	24,27%	66,38%	30,5%	25,52%	10,41%	100,00%	
Umbria	8,22%	23,52%	68,26%	27,5%	30,10%	10,66%	100,00%	
Marche	7,99%	19,10%	72,91%	26,9%	30,64%	15,39%	100,00%	
Lazio	10,58%	19,78%	69,64%	27,2%	32,99%	9,50%	100,00%	
Abruzzo	7,25%	19,47%	73,28%	22,4%	33,06%	17,83%	100,00%	
Molise	8,88%	19,85%	71,27%	20,3%	33,08%	17,88%	100,00%	
Campania	5,87%	12,96%	81,17%	17,3%	35,49%	28,41%	100,00%	
Puglia	6,12%	16,15%	77,73%	21,7%	35,37%	20,65%	100,00%	
Basilicata	6,70%	18,48%	74,82%	21,1%	33,67%	20,06%	100,00%	
Calabria	7,01%	17,11%	75,88%	19,3%	33,67%	22,92%	100,00%	
Sicilia	7,98%	16,69%	75,34%	22,2%	35,40%	17,78%	100,00%	
Sardegna	6,38%	14,68%	78,94%	23,1%	33,32%	22,52%	100,00%	
TOTALE	9,02%	20,21%	70,78%	25,7%	30,71%	14,35%	100,00%	

Tavola A17 **Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa**

Analisi per regione e ampiezza del nucleo familiare

	Ampiezza del nucleo familiare						TOTALE
	1	2	3+	3	4	5	
Piemonte	62.191	72.696	60.809	31.658	15.692	13.459	195.696
Valle Aosta	2.022	1.377	1.037	639	327	71	4.436
Lombardia	99.668	110.930	133.059	71.661	42.665	18.733	343.657
Trentino Alto-Adige	10.300	8.672	11.157	5.270	3.541	2.346	30.129
Veneto	42.490	49.979	75.147	37.819	19.007	18.321	167.616
Friuli Venezia Giulia	16.187	17.508	13.597	6.384	3.721	3.492	47.292
Liguria	25.886	29.113	18.298	10.492	6.566	1.240	73.297
Emilia Romagna	45.472	73.435	72.386	34.765	20.318	17.303	191.293
Toscana	40.723	77.266	65.888	36.680	18.879	10.329	183.877
Umbria	10.102	17.988	12.116	5.587	3.279	3.250	40.206
Marche	15.022	24.064	38.340	16.641	11.546	10.153	77.426
Lazio	64.507	69.815	70.399	37.246	26.791	6.362	204.721
Abruzzo	16.818	22.268	26.056	10.177	8.036	7.843	65.142
Molise	6.229	5.912	4.826	1.911	867	2.048	16.967
Campania	67.563	75.795	102.409	29.241	31.783	41.385	245.767
Puglia	57.093	67.754	80.717	36.509	27.441	16.767	205.564
Basilicata	8.810	13.522	8.765	4.106	2.804	1.855	31.097
Calabria	34.184	47.174	39.156	16.998	12.223	9.935	120.514
Sicilia	99.443	101.250	96.956	46.496	34.375	16.085	297.649
Sardegna	18.597	24.918	37.364	17.238	10.432	9.694	80.879
TOTALE	743.307	911.436	968.482	457.518	300.293	210.671	2.623.225
<i>% di riga</i>							
Piemonte	31,78%	37,15%	31,07%	16,18%	8,02%	6,88%	100,00%
Valle Aosta	45,58%	31,04%	23,38%	14,40%	7,37%	1,60%	100,00%
Lombardia	29,00%	32,28%	38,72%	20,85%	12,41%	5,45%	100,00%
Trentino Alto-Adige	34,19%	28,78%	37,03%	17,49%	11,75%	7,79%	100,00%
Veneto	25,35%	29,82%	44,83%	22,56%	11,34%	10,93%	100,00%
Friuli Venezia Giulia	34,23%	37,02%	28,75%	13,50%	7,87%	7,38%	100,00%
Liguria	35,32%	39,72%	24,96%	14,31%	8,96%	1,69%	100,00%
Emilia Romagna	23,77%	38,39%	37,84%	18,17%	10,62%	9,05%	100,00%
Toscana	22,15%	42,02%	35,83%	19,95%	10,27%	5,62%	100,00%
Umbria	25,13%	44,74%	30,13%	13,90%	8,16%	8,08%	100,00%
Marche	19,40%	31,08%	49,52%	21,49%	14,91%	13,11%	100,00%
Lazio	31,51%	34,10%	34,39%	18,19%	13,09%	3,11%	100,00%
Abruzzo	25,82%	34,18%	40,00%	15,62%	12,34%	12,04%	100,00%
Molise	36,71%	34,84%	28,44%	11,26%	5,11%	12,07%	100,00%
Campania	27,49%	30,84%	41,67%	11,90%	12,93%	16,84%	100,00%
Puglia	27,77%	32,96%	39,27%	17,76%	13,35%	8,16%	100,00%
Basilicata	28,33%	43,48%	28,19%	13,20%	9,02%	5,97%	100,00%
Calabria	28,37%	39,14%	32,49%	14,10%	10,14%	8,24%	100,00%
Sicilia	33,41%	34,02%	32,57%	15,62%	11,55%	5,40%	100,00%
Sardegna	22,99%	30,81%	46,20%	21,31%	12,90%	11,99%	100,00%
TOTALE	28,34%	34,74%	36,92%	17,44%	11,45%	8,03%	100,00%

Tavola A18

Popolazione di età superiore ai 6 anni

Analisi per regione e struttura lavorativa della famiglia

	TASSO DI ATTIVITA' NELLA FAMIGLIA				TOTALE
	sino a 25%	25-50%	50-75%	75-100%	
Piemonte	1.293.184	1.359.352	780.491	595.795	4.028.822
Valle Aosta	33.092	38.199	20.322	20.908	112.521
Lombardia	2.359.296	3.051.523	1.892.005	1.194.896	8.497.720
Trentino Alto-Adige	241.202	324.983	165.996	128.220	860.401
Veneto	1.083.973	1.741.453	862.184	523.579	4.211.189
Friuli Venezia Giulia	347.520	400.551	214.108	155.887	1.118.066
Liguria	550.131	513.923	238.591	239.536	1.542.181
Emilia Romagna	1.017.023	1.279.580	831.080	631.870	3.759.553
Toscana	1.004.142	1.156.724	693.181	486.213	3.340.260
Umbria	252.305	313.893	146.934	75.694	788.826
Marche	399.765	568.368	259.339	148.828	1.376.300
Lazio	1.597.376	1.801.444	953.242	569.606	4.921.668
Abruzzo	421.660	479.507	201.541	100.823	1.203.531
Molise	116.518	115.983	47.797	27.843	308.141
Campania	2.283.877	1.970.433	746.084	339.707	5.340.101
Puglia	1.479.573	1.425.371	604.746	295.538	3.805.228
Basilicata	215.043	222.771	80.416	49.654	567.884
Calabria	731.422	741.648	275.497	167.568	1.916.135
Sicilia	2.071.703	1.661.493	664.032	326.731	4.723.959
Sardegna	507.929	588.782	292.716	164.791	1.554.218
TOTALE	18.006.734	19.755.981	9.970.302	6.243.687	53.976.704
<i>% di riga</i>					
Piemonte	32,10%	33,74%	19,37%	14,79%	100,00%
Valle Aosta	29,41%	33,95%	18,06%	18,58%	100,00%
Lombardia	27,76%	35,91%	22,26%	14,06%	100,00%
Trentino Alto-Adige	28,03%	37,77%	19,29%	14,90%	100,00%
Veneto	25,74%	41,35%	20,47%	12,43%	100,00%
Friuli Venezia Giulia	31,08%	35,83%	19,15%	13,94%	100,00%
Liguria	35,67%	33,32%	15,47%	15,53%	100,00%
Emilia Romagna	27,05%	34,04%	22,11%	16,81%	100,00%
Toscana	30,06%	34,63%	20,75%	14,56%	100,00%
Umbria	31,98%	39,79%	18,63%	9,60%	100,00%
Marche	29,05%	41,30%	18,84%	10,81%	100,00%
Lazio	32,46%	36,60%	19,37%	11,57%	100,00%
Abruzzo	35,04%	39,84%	16,75%	8,38%	100,00%
Molise	37,81%	37,64%	15,51%	9,04%	100,00%
Campania	42,77%	36,90%	13,97%	6,36%	100,00%
Puglia	38,88%	37,46%	15,89%	7,77%	100,00%
Basilicata	37,87%	39,23%	14,16%	8,74%	100,00%
Calabria	38,17%	38,71%	14,38%	8,75%	100,00%
Sicilia	43,86%	35,17%	14,06%	6,92%	100,00%
Sardegna	32,68%	37,88%	18,83%	10,60%	100,00%
TOTALE	33,36%	36,60%	18,47%	11,57%	100,00%

Tavola A19

Persone non autosufficienti dai 6 anni in su residenti in casa

Analisi per regione e struttura lavorativa della famiglia

	TASSO DI ATTIVITA' NELLA FAMIGLIA				TOTALE
	sino a 25%	25-50%	50-75%	75-100%	
Piemonte	143.510	36.711	14.280	1.194	195.695
Valle Aosta	3.553	809	75		4.437
Lombardia	246.930	75.810	14.388	6.531	343.659
Trentino Alto-Adige	20.488	7.517	1.642	483	30.130
Veneto	102.254	50.596	9.590	5.177	167.617
Friuli Venezia Giulia	33.714	11.290	1.546	742	47.292
Liguria	57.238	11.863	2.887	1.308	73.296
Emilia Romagna	131.157	41.884	14.981	3.272	191.294
Toscana	128.539	41.120	10.371	3.846	183.876
Umbria	30.240	8.254	1.453	260	40.207
Marche	46.499	24.712	4.638	1.576	77.425
Lazio	128.601	57.855	11.108	7.157	204.721
Abruzzo	45.615	14.432	3.922	1.173	65.142
Molise	13.108	2.910	583	365	16.966
Campania	178.737	47.928	14.707	4.395	245.767
Puglia	154.160	38.537	9.407	3.460	205.564
Basilicata	23.969	5.565	1.261	302	31.097
Calabria	89.213	24.041	6.042	1.217	120.513
Sicilia	233.822	52.229	8.633	2.964	297.648
Sardegna	51.226	19.903	7.635	2.114	80.878
TOTALE	1.862.573	573.966	139.149	47.536	2.623.224
<i>% di riga</i>					
Piemonte	73,33%	18,76%	7,30%	0,61%	100,00%
Valle Aosta	80,08%	18,23%	1,69%	0,00%	100,00%
Lombardia	71,85%	22,06%	4,19%	1,90%	100,00%
Trentino Alto-Adige	68,00%	24,95%	5,45%	1,60%	100,00%
Veneto	61,00%	30,19%	5,72%	3,09%	100,00%
Friuli Venezia Giulia	71,29%	23,87%	3,27%	1,57%	100,00%
Liguria	78,09%	16,19%	3,94%	1,78%	100,00%
Emilia Romagna	68,56%	21,90%	7,83%	1,71%	100,00%
Toscana	69,91%	22,36%	5,64%	2,09%	100,00%
Umbria	75,21%	20,53%	3,61%	0,65%	100,00%
Marche	60,06%	31,92%	5,99%	2,04%	100,00%
Lazio	62,82%	28,26%	5,43%	3,50%	100,00%
Abruzzo	70,02%	22,15%	6,02%	1,80%	100,00%
Molise	77,26%	17,15%	3,44%	2,15%	100,00%
Campania	72,73%	19,50%	5,98%	1,79%	100,00%
Puglia	74,99%	18,75%	4,58%	1,68%	100,00%
Basilicata	77,08%	17,90%	4,06%	0,97%	100,00%
Calabria	74,03%	19,95%	5,01%	1,01%	100,00%
Sicilia	78,56%	17,55%	2,90%	1,00%	100,00%
Sardegna	63,34%	24,61%	9,44%	2,61%	100,00%
TOTALE	71,00%	21,88%	5,30%	1,81%	100,00%

Bibliografia

- Beltrametti, L., 1998, *L'assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito*, Politica Economica, n.1.
- Beltrametti, L., 2000, *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, Ricerca per la CTSP, Ministero dell'Economia, Roma.
- Beltrametti, L., 2001, *Il finanziamento dei servizi per anziani non autosufficienti*, Rapporto di ricerca, Milano.
- Beltrametti, L., 2002, *Sull'attivazione di un Fondo provinciale per la non autosufficienza nella Provincia autonoma di Trento*, Rapporto di ricerca, Trento.
- Beltrametti, L., Bosi, P., 1999, *La copertura del rischio di non autosufficienza in Italia ed alcune valutazioni in merito a recenti proposte di istituzione di un Fondo previdenziale nella Provincia Autonoma di Bolzano*, Relazione al seminario "Copertura previdenziale per i non autosufficienti", 9 Novembre, Bolzano.
- Beltrametti, L., Weber. P., 2002, *La sostenibilità finanziaria e l'andamento del fondo di garanzia in Provincia Autonoma di Trento*, Infosociale n. 4.
- Bimbi, F. Bosi, P., Ferrera, M., Saraceno, C., 1997, *La spesa per assistenza. Documento di base della Commissione per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale*, Presidenza del Consiglio, Roma. ,
- Bosi, P., 1997, *Osservazioni sulle modalità di finanziamento del Fondo per l'Assistenza a Non Autosufficienti*, Rapporto di ricerca per la Provincia Autonoma di Bolzano, Bolzano.
- Bosi. P., 2001, *Il finanziamento del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali*, Nota n.7, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ministero dell'Economia, Roma, luglio.
- Bosi, P., Caruso, E., 2003, *La spesa per assistenza*, in Rapporto sul federalismo fiscale, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, febbraio, Ministero dell'Economia e delle finanze, Roma.
- Cafaggi, F., 2002, *Modelli di governo e riforma dello stato sociale*, in Cafaggi, F. (a cura), *Modelli di governo, riforma dello stato sociale e ruolo del terzo settore*, Il Mulino, Bologna.

- Cambois, E., Robine, J.M., 1996, *An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy*, xxx
- Campbell, J., Ikegami, N., 2003, *Japan's Radical reform of Long-Term Care*, Social policy and Administration, February.
- CTSP, 2003, *Quarto Rapporto sulla stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'Indicatore della situazione economica*, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Roma, marzo.
- Evers, A., 1998, *La nuova assicurazione sociale tedesca per l'assistenza continuativa ai non autosufficienti*, Prospettive sociali e sanitarie, n.21.
- Glennerster, H., 1998, *L'assistenza ai grandi anziani: soluzioni pubbliche e soluzioni private*, in Prospettive sociali e sanitarie, n.5.
- Gori, C. (a cura di), 2001, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Milano, Franco Angeli.
- Gori, C., 2003a, *Il finanziamento dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti: strategie a confronto*, Relazione al Convegno Smith-Kline, Bologna.
- Gori, C., 2003b, *Applicare i livelli essenziali nel sociale*, In Prospettive sociali e sanitarie n.15-17, settembre-ottobre.
- ISVAP, 1998, *Long term Care. Le prospettive per il mercato assicurativo italiano : Due modelli a confronto Germania e Stati Uniti*, Quaderno n.3 , www.isvap.it/isvsl001.htm
- ISVAP, 2001, *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Quaderno, n.11, www.isvap.it/isvsl001.htm
- Ihara, K., 2000, *Japan's policies on Long Term Care for the aged: The Gold Plan and the Long Term Care Insurance*, International Longevity Centre, New York.
- S. Jacobzone, E. Cambois, E. Chaplain, J. M. Robine, 1998, *The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?*, OECD Labor Market and Social Policy Occasional Papers n. 37.
- Mastrobuono, I., 2002, *Il finanziamento dei sistemi di Long term care*, in Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura), *Residenze sanitarie per anziani*, Smith Kilne, Il Mulino, Bologna.
- Ministry of Health, Labour and Welfare, 2002, *Long Term Care Insurance in Japan*, www.mhlw.go.jp, Tokio.
- Oesterle, A., 2001, *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe*, Ashgate, Burlington (USA).
- Ranci Ortigosa, E., 2003, *Libro bianco e scelte d'annata*, in Prospettive Sociali e sanitarie, n.4.

- Rebba, V., 2001, *La sanità territoriale: i servizi di assistenza domiciliare integrata*, in Fiorentini, L. (a cura di) , 2001, *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Rebba, V., 2002, *Concorrenza amministrata nei servizi socio-sanitari: il caso della Long Term Care*, Fiorentini, L. (a cura di) , 2002, *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Royal Commission on Long Term Care, 1999, *With Respect to Olds Age, A Report*, The Stationery Office, London.
- Servizi Nuovi, 2003, *Il welfare che vogliamo*, Rapporto di ricerca per Spi-Cgil, Cgil e Auser Liguria, settembre
- Walker, A., Bradley, E.H., Wetle, T, eds, 1998, *Public and Private Responsibilities in Long Term Care . Finding the Balance*, The Johns Hopkins Univ.Press, Baltimore.