

\\ 479 \\

**Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza  
nel quadro della riforma del Titolo V**

di

Paolo Bosi<sup>o</sup>  
Maria Cecilia Guerra<sup>o</sup>  
Paolo Silvestri<sup>o</sup>

Gennaio 2005



- <sup>o</sup> Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e  
CAPP, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche

Dipartimento di Economia Politica  
Via Berengario,51  
41100 Modena (Italia)  
e-mail: [bosi.paolo@unimore.it](mailto:bosi.paolo@unimore.it)  
e-mail: [guerra.mariacecilia@unimore.it](mailto:guerra.mariacecilia@unimore.it)  
e-mail: [silvestri.paolo@unimore.it](mailto:silvestri.paolo@unimore.it)

# **Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza nel quadro della riforma del Titolo V**

*di*

*Paolo Bosi, M.Cecilia Guerra, Paolo Silvestri*

## *Indice*

1. *Un modello “completo” di finanziamento della non autosufficienza*
2. *Problemi nella definizione dei livelli essenziali di assistenza per anziani non autosufficienti*
3. *Modelli di finanziamento della spesa per la non autosufficienza: aspetti generali*
4. *Il finanziamento di un programma per la non autosufficienza in un quadro di federalismo fiscale*

## **1. Un modello “completo” di finanziamento della non autosufficienza**

Le esperienze storiche di organizzazione di programmi per soggetti anziani non autosufficienti (PNA) (Pesaresi, 2004, in questo volume) hanno prodotto una gamma abbastanza ampia di modelli di finanziamento. Tale varietà, in termini molto generali, può essere ricondotta a due ordini di fattori: la presenza di vincoli di carattere istituzionale, in particolar modo di quelli previsti nella carta costituzionale attraverso l'attribuzione delle competenze ai diversi livelli di governo, sulle modalità di offerta dei servizi di tipo sanitario/assistenziale; le motivazioni che i legislatori hanno ritenuto di accettare sulla legittimità e sull'estensione dell'intervento pubblico in questo campo<sup>1</sup>.

In questo saggio intendiamo discutere i principali problemi che si pongono nel delineare il sistema di finanziamento di un PNA, restringendo la nostra attenzione ad un sottoinsieme di possibili soluzioni, quelle più praticabili all'interno del contesto istituzionale del nostro paese. Sotto questo profilo, con riguardo al primo dei fattori che condizionano il ragionamento, per il nostro paese assume una rilevanza decisiva la riforma della carta costituzionale attuata con la Legge costituzionale n.3 del 2001. Da un lato, la riforma del Titolo V, con la riscrittura

---

*Questo saggio, svolto nell'ambito di un progetto ex art. 12 legge 229/99: "Finanziare i costi per il long-term care: strumenti, previsioni, esperienze", coordinato dal prof. Cristiano Gori, promosso dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia, verrà pubblicato in un volume edito da Il Mulino nella collana della Fondazione Smith-Kline.*

<sup>1</sup> Il secondo fattore è in parte collegato al primo. Il disegno dell'intervento pubblico in un certo campo che emerge dai principi dell'ordinamento giuridico di un paese dovrebbe riflettere in modo sufficientemente chiaro le motivazioni a sostegno di tale intervento. Nella realtà ciò non avviene sempre in modo inequivocabile: vincoli istituzionali pensati per altri aspetti della vita sociale possono condizionare la materia che qui ci occupa.

dell'art.117, affida residualmente la spesa per assistenza alle regioni e introduce il concetto di livelli essenziali di prestazioni sociali (LEP) affidandone, in via esclusiva, la definizione allo Stato. Dall'altro, il rinnovato art. 119 definisce principi radicalmente nuovi relativamente alle modalità di finanziamento dei livelli di governo regionale e degli enti locali, prevedendo, per il finanziamento delle funzioni ordinarie delle regioni, il ricorso a due sole fonti, tributi ed entrate proprie e compartecipazioni al gettito dei tributi erariali, affiancate da un fondo perequativo fondato sul principio della capacità fiscale.

L'assunzione dei vincoli istituzionali appena ricordati lascia tuttavia aperta la possibilità di realizzare modelli organizzativi e di finanziamento molto diversi, a seconda delle opzioni che si fanno con riferimento al secondo ordine di fattori sopra ricordato. Le giustificazioni che possono essere portate a sostegno di un certo grado di intervento pubblico in questo campo non possono essere considerate definite e comunemente accettate, anche per chi si ponga all'interno del paradigma più condiviso, quello dell'economia del benessere, fondato sulla tradizionale attenzione e sul tentativo di separazione degli aspetti di efficienza e di equità.

I limiti che intendiamo imporre a questo saggio ci impediscono tuttavia di elaborare in dettaglio questo aspetto pur così importante.<sup>2</sup> In ogni caso è utile ricordare che siamo di fronte ad un servizio che non ha carattere di bene pubblico in senso stretto e la cui eventuale fornitura pubblica dipende comunque da una domanda del cittadino. In questo paragrafo introduttivo, di inquadramento generale di questo saggio, ci limiteremo ad enunciare alcuni principi di carattere generale, molti dei quali sicuramente riconducibili a giudizi di valore, che ci guideranno nell'affrontare il tema del finanziamento di un PNA.

### *1.1 Modelli completi e incompleti*

Il primo e fondamentale spartiacque è quello relativo al finanziamento assistito o meno da un intervento pubblico. Per rendere più circoscritta e rilevante per il nostro paese la discussione, in questa sede esploreremo solo opzioni organizzative in cui in qualche misura l'intervento del bilancio pubblico sia presente. Questa scelta, se lascia fuori dal nostro angolo visuale soluzioni di tipo assicurativo privato, non è comunque sufficiente per mettere a fuoco un unico modello di intervento pubblico. All'interno dei modelli organizzativi e finanziari assistiti dal bilancio pubblico ci sembra possa assumere una particolare rilevanza analitica la distinzione tra "modelli completi" e "modelli incompleti"<sup>3</sup>, che

---

<sup>2</sup> Un tentativo più articolato lo abbiamo compiuto in Capp, Cer, Servizi nuovi, 2003, cap.1, a cui rinviamo, ove si sottolinea la forte analogia tra i servizi per la NA e la spesa sanitaria e la spesa pensionistica, analogia che ci induce, in positivo, a conclusioni coerenti con l'opportunità di un rilevante intervento pubblico. Sempre in quel saggio, alle stesse conclusioni si giunge, in negativo, valutando l'efficacia di soluzioni privatistiche nella soddisfazione del bisogno in questione.

<sup>3</sup> Abbiamo già utilizzato in una precedente esplorazione del tema (Capp, Cer, Servizi nuovi, 2003) questo concetto, che qui riprendiamo, approfondendolo.

cercheremo di precisare dal punto di vista logico argomentando la superiorità dei primi rispetto ai secondi.

Il carattere essenziale di un modello di finanziamento completo è che in esso risultano pienamente precisati 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), e le fonti del finanziamento necessarie per sostenere l'intera gamma dei servizi previsti (copertura finanziaria). La copertura finanziaria può prevedere sia fonti di entrata pubblica (imposte, tasse, o fondi speciali alimentati da forme di entrate tributarie di varia natura), sia forme di compartecipazione al costo o alla produzione del servizio attraverso il lavoro di cura del cittadino. Ove previste le compartecipazioni devono però essere disciplinate, al limite prevedendone la natura obbligatoria, in modo da garantire, unitamente alle altre forme di entrata, il soddisfacimento del bisogno definito nei suoi termini "essenziali" previsto dai Lep. In altri termini un modello è completo quando ad una adeguata definizione dei livelli essenziali di prestazione, che devono essere uniformemente garantiti a tutti i cittadini sul territorio nazionale si accompagna un'altrettanto adeguata specificazione e individuazione delle modalità di finanziamento che ne rendano concretamente possibile la realizzazione, ovvero tale da consentire l'attivazione di un idoneo livello di offerta.

Perché il riferimento al modello completo ci appare importante? Tale convinzione affonda le sue radici nella valutazione che diamo dei PNA nel contesto del welfare state di un paese come il nostro e che si può sintetizzare in due convincimenti.

Il primo riguarda l'opportunità di una *forte* responsabilità pubblica nei confronti dei soggetti NA, in relazione al carattere aleatorio dell'insorgere della NA e alla radicale modificazione che essa apporta nei piani di vita non solo del soggetto che ne è colpito, ma anche dei suoi familiari e che lo collocano all'interno della categoria dei c.d. rischi sociali del tipo "life-course"<sup>4</sup>. Ciò implica non solo e non tanto un intervento attraverso la spesa pubblica, ma soprattutto la garanzia che, nell'evenienza sfavorevole di insorgenza di NA, il soggetto e la famiglia abbiano certezza del potere contare su di una rete di strumenti che siano ragionevolmente in grado di dare soluzione al problema sotto tutti i profili rilevanti.

Il secondo convincimento è che una adeguata risposta ai bisogni derivanti da una situazione di NA sia ascrivibile fra i diritti di cittadinanza, non suscettibili di attenuazioni e deroghe da parte dei governi sub-centrali. Non appare infatti plausibile l'esistenza di differenze territoriali nella percezione e valutazione, da parte dei cittadini, dei bisogni che nascono da un deficit di autosufficienza. Ciò può creare tensioni con l'affidamento della responsabilità esclusiva della materia al livello regionale, prevista dal nostro ordinamento. Una volta che sia definito un complesso di strumenti di intervento che posseggano le caratteristiche di completezza sopra indicate, l'esistenza di eventuali differenziazioni delle preferenze con riguardo al modello organizzativo potrebbero però giustificare, in un contesto

---

<sup>4</sup> Nel senso proposto da Esping Andersen, 1999, p. 40 e ss.

di responsabilità regionale, soluzioni operative differenziate o portare all'ampliamento dell'intervento pubblico rispetto al suo livello essenziale, se questo risponde ai valori della comunità rappresentata.

### *1.2. Modelli universali e compartecipazione*

La scelta di un modello completo, nel senso indicato, è senza dubbio esigente sotto il profilo delle responsabilità pubbliche e quindi anche del finanziamento.

Idealmente, un modello completo dovrebbe essere anche universale nella duplice accezione per cui l'accesso al servizio dovrebbe essere subordinato esclusivamente all'accertamento dello stato di bisogno, definito esclusivamente sulla base del grado di non autosufficienza, e il finanziamento dovrebbe avvenire integralmente attraverso la cosiddetta fiscalità generale. E' ai criteri che informano tale fiscalità che dovrebbe essere affidato il ruolo di discriminare i soggetti in relazione alla loro condizione economica, facendo pagare di più a chi ha più capacità contributiva. La richiesta di una compartecipazione invece, anche quando commisurata alla posizione economica del soggetto, discrimina in relazione al bisogno. Il soggetto con più mezzi, paga di più ma solo in quanto "bisogno": esclusivamente in quanto tale è chiamato ad una contribuzione ulteriore rispetto a quella che già sostiene come contribuente.

Come vedremo, una visione realistica dal punto di vista della realizzazione di policy suggerirà l'introduzione di temperamenti rispetto a questo modello ideale, che potranno in particolare consistere nell'accettazione di un certo grado di compartecipazione al finanziamento del servizio del beneficiario e dei suoi familiari. Questa compartecipazione potrà assumere anche la forma di servizi in natura, prestati dai famigliari. Se si tiene conto che, attualmente, il NA e la sua famiglia sopportano una quota certamente non inferiore al 50% dei costi per i servizi di cura necessari, la previsione di una compartecipazione al costo di tali servizi potrebbe facilmente essere disegnata in modo da costituire un miglioramento molto significativo rispetto alla status quo e alleggerire, ad un tempo, il costo potenziale del PNA che resta a carico del bilancio dello stato. Sarà comunque essenziale che la compartecipazione richiesta sia graduata sulla base di appropriati criteri di selettività volti a garantire che gli anziani e i famigliari degli stessi in condizione economiche disagiate possano essere adeguatamente tutelati. Andranno allora specificati indicatori della condizione economica, come ad esempio l'Ise, rispetto al quale sarebbe necessario individuare più appropriati criteri per definire un corretto coinvolgimento delle risorse non solo dell'anziano, ma anche dei famigliari. Bisognerà inoltre decidere come valutare, fra i mezzi a disposizione del NA, il lavoro di cura potenzialmente erogabile dai suoi famigliari.

Va sottolineato che la graduazione della compartecipazione, oltre a rispondere a criteri di equità, è condizione di sostenibilità da parte delle famiglie; indipendentemente dalla forma utilizzata (finanziaria o in natura) è indispensabile che la compartecipazione non sia lesiva del principio di completezza. Il modello

completo, seppur meno soddisfacente di quello universale, dovrebbe comunque restare il punto di riferimento ideale.

### *1.3. Il ruolo della famiglie e del lavoro non pagato.*

La non autosufficienza delle persone anziane ha riflessi quasi sempre pesanti sulle condizioni di benessere delle famiglie. La relativa novità del fenomeno, connesso al fortissimo innalzamento della durata della vita media avvenuto nell'ultimo ventennio e alla evoluzione delle patologie mentali legate all'età trovano impreparate le famiglie e le istituzioni pubbliche. La situazione risulta ancor più problematica, nell'attuale fase dell'era post-fordista. Fa parte della vulgata delle prescrizioni politiche europee di welfare, soprattutto dopo Lisbona, il supporto all'obiettivo del raggiungimento di un elevato tasso di partecipazione della forza lavoro. Un obiettivo che spesso viene proposto in un'ottica meramente "produttivistica", come premessa alla realizzazione di più flessibili condizioni del mercato del lavoro<sup>5</sup>. Queste visioni del welfare quasi sempre trascurano di considerare gli effetti che il raggiungimento di tali obiettivi pone a carico delle famiglie e in particolare della componente femminile, sollecitata sia ad una maggiore partecipazione ad attività di mercato, sia all'assolvimento di lavori di cura, all'interno della famiglie o attraverso forme di mercato che generalmente coinvolgono forza lavoro immigrata. E' chiaro che tanto più viene sottolineata la rilevanza dell'obiettivo dell'allargamento del tasso di partecipazione, tanto più risulta rafforzata la natura di "rischio sociale" della NA.

In questa nostra analisi si cercherà di evitare questa omissione, mantenendo al centro della nostra attenzione il ruolo del lavoro non pagato. La letteratura sul lavoro di cura ha messo in luce che - pur nel mondo minoritario di chi sostiene l'idea che il lavoro non pagato debba essere valutato nel calcolo del benessere, in particolare nell'analisi dei costi e benefici delle politiche pubbliche (cfr. Picchio, 2003) - esistono diversi gradi di interazione tra lavoro e relazioni affettive, che rendono possibili, sotto il profilo dell'equità e dell'efficienza, diversi percorsi, che vanno selezionati insieme alla ricerca di soddisfacenti soluzioni al problema della crescente partecipazione al lavoro di mercato delle donne e quindi all'esigenza di conciliazione tra lavoro di mercato e lavoro non pagato.

Nel lavoro non pagato sono infatti presenti almeno tre componenti: 1) la procreazione e la cura dei figli, in cui la sostituibilità tra servizi offerti all'interno della famiglia e mercato è limitata e presenta nel massimo grado la componente affettiva<sup>6</sup>; 2) le attività domestiche che presentano in misura limitata aspetti affettivi

---

<sup>5</sup> Sulla contrapposizione tra visioni del welfare produttivistiche e dello sviluppo umano si rinvia a Bosi, 2002.

<sup>6</sup> Per questo tipo di attività la soluzione esterna più spesso invocata è l'offerta di servizi educativi/custodia dei minori in asili nido pubblici o privati: una soluzione importante, ma non sempre risolutiva. In questo terreno la letteratura sottolinea semmai l'importanza di una rapida modificazione delle abitudini sociali nella condivisione dei lavori domestici che può essere accelerata con l'estensione di normative che incoraggino e al limite impongano congedi parentali anche alla componente maschile della coppia.

e in cui il lavoro all'interno della casa può essere facilmente sostituito da servizi commodificati acquistati sul mercato; 3) il lavoro di cura di persone anziane o portatrici di handicap, in cui gli aspetti di gratificazione affettiva sono sensibilmente minori rispetto alla cura dei figli e che, soprattutto per desiderio del soggetto non autosufficiente, vede spesso, pur in presenza di soluzioni di mercato, come soluzione preferibile l'impegno almeno parziale dei familiari.

Il nostro punto di vista è che, di queste tre categorie di lavoro non pagato la terza, la cura di persone non autosufficienti, sia quella che più delle altre merita una riflessione e uno sforzo analitico finalizzato a fare emergere queste forme di attività nella definizione del benessere sociale. Alcuni autori, come Esping Andersen (1999), vedono, come componente importante della soluzione del problema della conciliazione dei tempi, l'accentuazione dei processi di commodificazione del secondo tipo di attività, quelle più facilmente sostituibili con servizi di mercato. Anche se non vi è dubbio che queste tendenze meritino di essere incoraggiate, noi riteniamo che i processi di invecchiamento della popolazione pongano con molta maggiore forza e urgenza i problemi di compatibilità tra il terzo tipo di attività e la partecipazione al mercato del lavoro delle donne.

In questo più complesso contesto non è possibile scartare dal novero delle soluzioni possibili forme di articolazione dei servizi per la NA che comportino la partecipazione dei familiari, anche se ciò crea una tensione con l'obiettivo di emancipazione delle donne attraverso il lavoro e, sotto il profilo meramente produttivistico, una sottrazione di risorse all'offerta di lavoro di mercato. Il nostro punto di vista è che sul piano etico lavoro di mercato e *home production* abbiamo la medesima dignità e quindi anche il disegno dei meccanismi di incentivo e di finanziamento dei programmi per NA debba essere il più possibile rispettoso della libera scelta del campo (mercato o famiglia) in cui esercitare la propria attività e debba prevedere forme di compensazione economica non discriminanti nei confronti di chi scelga il lavoro di cura.

La ricerca di meccanismi neutrali e rispettosi della dignità del lavoro non pagato e delle scelte di partecipazione al lavoro di mercato introduce così come variabile rilevante, nel calcolo delle convenienze economiche da parte degli attori, il costo opportunità del lavoro di cura per i familiari del soggetto NA, che è influenzato in misura sensibile dalle condizioni del mercato del lavoro.

Un modello di finanziamento di programmi per NA, all'interno di un quadro in cui la definizione dei LEP è affidata allo stato centrale e l'organizzazione dei servizi a livello regionale, dovrebbe a nostra avviso mostrare consapevolezza dei *trade-off* che la conciliazione tra lavoro di cura non pagato e lavoro di mercato produce anche sotto questi profili. Il grado di autonomia delle regioni nella scelta delle forme organizzative e di finanziamento potrebbe appunto essere giustificato in relazione alle diverse caratteristiche strutturali del mercato del lavoro.

#### *1.4. Uno schema delle modalità organizzative e di finanziamento di un PNA*

Alla luce dei vincoli istituzionali posti dalla riforma del titolo V, delle scelte di campo compiute con la definizione di modello completo e della rilevanza che in

tale contesto va assegnata alle attività di mercato e al lavoro di cura, può essere utile iniziare la nostra analisi dei modelli di finanziamento facendo riferimento allo schema, qui riportato, in cui abbiamo cercato di delineare le principali modalità organizzative e di finanziamento possibili.

Il punto di partenza dello schema è costituito (a sinistra) dalla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni per soggetti non autosufficienti. L'individuazione dei bisogni dei NA, mediante criteri "oggettivi" specifici del settore (ADL ecc.), e la loro traduzione in un adeguato pacchetto di servizi (Lep), costituisce il primo passo di un PNA che conduce alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari (valutazione del bisogno), la cui esigibilità è garantita solamente da un altrettanto adeguato sistema di offerta e di finanziamento (risposta al bisogno).

In questa prospettiva la valutazione del bisogno è esclusivamente condotta su base individuale, ossia prendendo a riferimento il grado di NA dell'anziano, a prescindere dalla sua collocazione in un determinato ambiente familiare e quindi dalla disponibilità di risorse, sia finanziarie sia in natura, private. La considerazione di questi fattori diviene invece rilevante ai fini del disegno del modello di offerta e di finanziamento (risposta al bisogno).

Come si argomenterà più diffusamente nel prossimo paragrafo, la determinazione dei Lep richiede anche la specificazione di un insieme di servizi di prevenzione, informazione e presa in carico di cui necessariamente gli enti pubblici devono assumere la responsabilità.

Il bisogno di cura di un soggetto non autosufficiente può, in linea generale, essere soddisfatto attraverso tre diverse modalità: un'offerta di servizi (diretta o regolamentata) da parte del settore pubblico; l'acquisto di servizi sul mercato; l'attività di cura svolte all'interno della famiglia. Le tre modalità non sono necessariamente alternative.

[qui la figura 1]

Le fonti di finanziamento (a destra nello schema) attivabili per fare fronte alla domanda (espressa e valutata) dei bisogni, sono due: il finanziamento pubblico e la compartecipazione<sup>7</sup>. La compartecipazione non si renderà necessaria nel caso di finanziamento pubblico integrale.

La scelta di un sistema a integrale o parziale finanziamento pubblico ha importanti conseguenze sui possibili modelli di organizzazione del servizio (parte centrale dello schema).

Il *finanziamento pubblico integrale* rappresenta un sistema universale in cui il bilancio pubblico si fa interamente carico del costo per soddisfare il bisogno del soggetto non autosufficiente. Esso potrebbe comportare, in prima

---

<sup>7</sup> Si prescinde qui dalla compartecipazione finanziaria introdotta per limitare l'azzardo morale.



approssimazione, la disponibilità del settore pubblico ad erogare (direttamente, o attraverso servizi privati regolamentati) un'offerta dei servizi individuati dai Lep pari alla domanda liberamente manifestata dal cittadino. Se si presuppone l'esistenza di un'offerta privata molto sviluppata (in grado di far fronte alla domanda di servizi per la NA commodificati), il finanziamento integrale può anche essere realizzato con un sistema di voucher, assistito da un adeguato accreditamento dell'offerta e monitoraggio dei risultati.

Il modello descritto è però compatibile anche con il caso in cui le famiglie preferiscano o siano disponibili ad erogare lavoro di cura. In tal caso il modello di finanziamento dovrebbe riconoscere e sostenere il contributo dei famigliari *caregiver* o con una compensazione monetaria, comprensiva di contributi sociali, e/o fornendo assistenza ai *caregiver*, mediante servizi di formazione; di *respite*, ecc. . Il costo opportunità del *caregiver*, oggetto di compensazione, implica comunque una valutazione molto attenta, data la duplice natura di questa attività: da un lato l'erogazione di servizi di cura comporta una rinuncia ad attività alternative (attività lavorative di mercato, tempo libero, disutilità associata ai casi più penosi di "custodi-prigionieri", che sono impossibilitati a condurre una vita normale); dall'altro procura un'utilità derivante dalla cura nei confronti di un familiare. Il comportamento dei *caregiver* è dunque profondamente condizionato da un insieme di variabili che ne rendono difficile la valutazione. La compensazione deve poi essere disegnata in modo, da un lato, di valorizzare il lavoro di cura liberamente prestato, dall'altro, di non disincentivare la partecipazione al mercato del lavoro formale, da parte dei segmenti più deboli (le donne) su tali mercati. Solo in presenza di compensazione del lavoro di cura liberamente prestato si può parlare di un modello a finanziamento integrale, che consente di fare fronte ai bisogni dei NA senza scaricare oneri aggiuntivi su altri soggetti. Inoltre, in quanto permette ai famigliari di scegliere liberamente il ruolo di *caregiver*, tale modello è compatibile, senza inopportune forzature, con il principio di sussidiarietà. Perché il modello sia completo, è comunque necessario che il lavoro di cura eventualmente prestato dai famigliari e sostenuto da finanziamento pubblico, sia accompagnato da un monitoraggio dei risultati.

Il *finanziamento parziale* comporta una compartecipazione al costo che può attingere a risorse di cui sono titolari il soggetto NA oppure i suoi famigliari; le risorse possono essere sia a carattere monetario, sia prestazioni in natura; le risorse in natura dei famigliari, a loro volta, possono essere acquisite sul mercato o erogate direttamente come lavoro di cura.

La compartecipazione per essere sostenibile per i beneficiari dei servizi dovrà essere determinata in relazione alla condizione economica, rispettivamente del NA e dei famigliari (*means testing*). È importante sottolineare che tra i mezzi che concorrono a definire la condizione economica va considerato anche il lavoro di cura potenzialmente erogabile dai famigliari, valorizzato sulla base del costo opportunità oggetto di compensazione del *caregiver* e tenuto conto delle principali caratteristiche soggettive delle famiglie dei NA (numero componenti; età;

condizione lavorativa; altre persone da accudire; situazione abitativa; grado di parentela ecc.).

La compartecipazione di tipo finanziario concorre alla commodificazione dei servizi di cura, ma si rivolge ad un'offerta che è fornita dal pubblico (direttamente o attraverso soggetti privati regolamentati). In questo caso il settore pubblico provvede una fornitura adeguata, pari alla domanda aggregata di servizi e i beneficiari concorrono al finanziamento del sistema.

Nel caso di compartecipazione in natura, invece, il settore pubblico non offre una quantità di servizi pari alla domanda, ma una quantità inferiore, ed è compito dei famigliari reperire i servizi aggiuntivi. La compartecipazione in natura può allora avvenire attraverso due modalità, non necessariamente alternative. In prima approssimazione i servizi aggiuntivi possono essere direttamente erogati dai famigliari, come lavoro di cura, di cui gli stessi sopporteranno il costo opportunità. In secondo luogo, si potrà ricorrere a servizi offerti dal mercato (agenzie specializzate; infermieri; badanti; ecc.); anche in questo caso si origina un processo di commodificazione che però presuppone l'esistenza di un mercato privato. La convenienza delle famiglie a ricorrere all'erogazione diretta di servizi in natura o all'acquisto di tali servizi sul mercato, dipende, oltre che dalle preferenze, dai prezzi relativi (costo opportunità del *cargiver* versus costo dei servizi).

Perché il modello a finanziamento parziale, per definizione non universale, risponda comunque al requisito della completezza, occorre che esso sia disegnato in modo da garantire la piena soddisfazione dei bisogni del NA, come individuati dai Lep. Le risorse private attivate con la compartecipazione devono quindi essere tali da colmare l'insufficienza dell'offerta pubblica. Il problema si pone perché quando è necessario fare fronte ai bisogni dei NA con risorse private, il cui onere grava su soggetti *diversi* dal NA, si può porre un problema di mancata tutela del bisogno. Il problema si manifesta, anche se in diversa misura, con tutte e tre le forme di compartecipazione che abbiamo evidenziato. La compartecipazione finanziaria, che pure è quella che offre maggiori garanzie, dal momento che si rivolge a finanziare un'offerta comunque fornita dal pubblico, potrebbe infatti indurre una domanda di servizi minore di quella ottimale. Analogò è il discorso per i servizi in natura, con l'aggravante della maggiore difficoltà di monitoraggio della qualità dei servizi. Per questo motivo, nel caso in cui i servizi siano acquistati sul mercato, è importante prevederne l'accreditamento da parte dell'ente pubblico. Nel caso in cui la compartecipazione avvenga nella forma di erogazione di lavoro di cura informale, si renderà comunque necessario un controllo sull'effettività dell'erogazione in questione (monitoraggio dei risultati).

Può, infine, essere opportuno osservare che, in un contesto di offerta privata molto sviluppata, si potrebbe, anche nell'ambito di un sistema a compartecipazione, prevedere che il finanziamento pubblico avvenga mediante l'erogazione di voucher di importo ridotto e personalizzati in relazione alla condizione economica dei beneficiari. Ciò non si traduce comunque in una semplificazione del modello di compartecipazione delineato sopra, dal momento che, affinché il modello sia

completo, sarà comunque necessaria la valutazione non solo della condizione economica ma anche della potenzialità di lavoro di cura che può essere svolto dai famigliari. In definitiva, se si ritiene che il lavoro informale costituisca una risorsa che non può non essere tenuta in considerazione, qualunque soluzione si voglia prospettare non può assolutamente prescindere.

Lo schema presentato ci fornisce la chiave di lettura assunta in questo lavoro nell'affrontare le problematiche del finanziamento della NA. Nel seguito, in particolare nel paragrafo 2, si discuteranno i problemi relativi alla definizione di LEP per la NA. Pur sottolineando la complessità della definizione di livelli essenziali in questo campo, dall'analisi emerge la legittimazione di un modello completo e definito in modo omogeneo per tutti i cittadini, a prescindere cioè dalla loro residenza, non solo sulla base di nostre opzioni di valore, ma in considerazione del dettato costituzionale del nostro paese. Emerge anche l'indicazione di contenuti dei Lep in cui l'aspetto del bisogno e l'esigibilità dei diritti rappresentano una componente non derogabile, accanto alla definizione di target in termini di capacità di offerta da parte delle amministrazioni.

Nel paragrafo 3 si discutono poi i possibili modelli alternativi di finanziamento di un PNA. Dopo avere richiamato le difficoltà specifiche di valutare, a livello aggregato, quale sia l'insieme di risorse adeguato a garantire il finanziamento dei Lep, specie in assenza di un livello di spesa storica che possa essere usato come riferimento, particolare enfasi viene attribuita all'analisi delle problematiche relative alla valutazione e compensazione del lavoro di cura informale e del ruolo della compartecipazione al costo e alle sue giustificazioni. Da tale analisi emergono valutazioni che possono spiegare orientamenti per un programma completo con compartecipazione al costo in cui il lavoro di cura informale sia da un lato compensato, quando offerto in sostituzione di servizi finanziati dall'intervento pubblico, dall'altro possa essere liberamente prestato come forma di compartecipazione in natura.

Nel paragrafo 4 si affrontano i problemi del finanziamento di un PNA in un contesto federale, sia in termini generale, sia con riguardo al contesto istituzionale italiano. Il dettato costituzionale, in particolare con l'art. 119, sembra precludere la possibilità dell'esistenza di un Fondo nazionale per la NA, che sarebbe invece uno strumento fondamentale per la definizione di un programma completo. Si esplorano tuttavia interpretazioni dello stesso compatibili con forme di finanziamento fondate anche su trasferimenti con vincolo di destinazione o su altra forma di finanziamento in cui non solo la capacità fiscale, ma anche la differenziazione dei bisogni possa trovare collocazione.

## **2. Problemi nella definizione dei livelli essenziali di assistenza per anziani non autosufficienti**

Non si può affrontare il tema del finanziamento di un PNA senza prima avere discusso, seppure in modo problematico e non definitivo, dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP); si tratta di due aspetti intimamente intrecciati, in particolare se si persegue, come in questo lavoro, la realizzazione di un programma completo per la NA.

I LEP assumono rilievo concettuale per i programmi di NA dopo la riforma del Titolo V della Costituzione.

Nella legge 328/2000 si parla di livelli essenziali, ma la definizione è generica e con scarsa capacità operativa. L'espressione "livelli essenziali" viene infatti utilizzata per indicare o una serie di misure e interventi riconducibili a specifiche aree dell'assistenza (quali il contrasto della povertà; gli interventi per anziani per favorire la permanenza a domicilio; l'informazione e la consulenza per favorire la fruizione dei servizi; ecc.) oppure, in riferimento ai contenuti delle leggi regionali, per indicare alcune tipologie di prestazioni (quali il segretariato sociale per l'informazione e la consulenza, il servizio di pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare; le strutture residenziali e semiresidenziali; ecc.). Come è stato osservato (Gori, 2003) la legge 328/2000, oltre a non fornire nuove norme in tema di esigibilità, dà una definizione di LEP finanziariamente condizionata (i LEP sono erogabili nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali) e scarsamente operativa.

Con la riforma del Titolo V, l'assistenza diviene, residualmente, materia esclusiva delle regioni e allo stato è attribuita la funzione di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali. I LEP assumono allora un nuovo significato e potenzialmente un ruolo fondamentale, perché debbono definire quanto un cittadino, con un determinato (grado di) bisogno, deve attendersi, indipendentemente dalla regione o dal comune di residenza. Nella prospettiva del diritto di cittadinanza - diritto sociale i LEP sono dunque rivolti a garantire ad un dato bisogno una risposta *adeguata e omogenea* su tutto il territorio nazionale (principio di aterritorialità).

La definizione dei LEP per la NA è però questione particolarmente complessa, per due ragioni fondamentali:

a) i servizi per la NA presentano talune peculiarità, in larga misura dipendenti dalle caratteristiche "tecniche" e dallo scarso sviluppo dell'offerta del settore, che rendono l'applicazione dei LEP difficile e sfuggente;

b) tuttora, la nozione stessa di LEP non risulta precisamente definita; essa è infatti oggetto di giurisprudenza costituzionale e di discussione, in particolare nell'ambito delle procedure concordate tra stato e regioni.

### 2.1. Peculiarità del settore degli anziani non autosufficienti

Per discutere il primo problema può essere utile tenere come punto di riferimento altri settori del welfare maggiormente assestati (quali, ad esempio, la sanità o il settore dell'istruzione). Vediamo le principali differenze.

Il settore dei servizi per la NA è un *settore in costruzione*, con forti carenze di offerta, peraltro caratterizzata da notevoli differenze di sviluppo tra le diverse aree geografiche del paese (Nord - Sud) e in relazione alla diversa dimensione dei comuni. A differenza di quanto è accaduto per la sanità, in questo caso non si tratta di stabilire quanto di ciò che già esiste rientra e quanto non rientra nei LEP, ma di prefigurare che cosa potrebbe e cosa non potrebbe entrare nei livelli essenziali. Non è un caso che sia a livello regionale sia governativo i primi passi compiuti nella direzione della definizione e individuazione dei LEP abbiano riguardato il censimento delle tipologie di offerta esistenti con l'obiettivo di pervenire ad un possibile catalogo dei servizi. Questo tratto dell'assistenza ai NA presenta importanti riflessi sulla definizione dei LEP, che inevitabilmente debbono farsi carico anche di una *funzione programmatica* che, se non è stringente, rischia di risultare meramente esortativa.

I soggetti che, secondo il disegno previsto dalla legge 328/2000, sono responsabili della gestione dei servizi per la NA *non sono monofunzionali*, come accade invece per la sanità e l'istruzione; dunque le risorse organizzative e finanziarie per la NA entrano in competizione con le altre, molteplici, funzioni svolte dai comuni. Questa caratteristica, combinata con i limiti che l'articolo 119 della Costituzione pone alla erogazione di fondi statali a destinazione vincolata, rende particolarmente difficile una definizione di LEP che sia nello stesso tempo rispettosa della autonomia organizzativa e finanziaria degli enti decentrati e capace di tutelare adeguatamente gli obiettivi che debbono essere perseguiti coi LEP.

A differenza della sanità, che eroga servizi concentrati nel tempo e riferiti ad una fase acuta del bisogno, l'assistenza per i NA ha *durata indefinita*. Questa dimensione tecnica del settore, oltre ad avere importanti riflessi sul piano della programmazione e della relativa traduzione in costi dei servizi, determina un forte legame dei servizi per la NA con il territorio: nei casi acuti di bisogno viene infatti meno la possibilità di rivolgersi altrove. Si indeboliscono quindi gli effetti derivanti dalla mobilità territoriale che, ad esempio in sanità, consentono di compensare carenze di offerta (in particolare specialistica) e producono spinte pro concorrenziali attraverso il confronto di qualità e la maggiore libertà di scelta. La mancanza di mobilità territoriale rende ancora più pressante la realizzazione del principio di aterritorialità e impone una più puntuale definizione di LEP.

Ancora, a differenza dei servizi sanitari, che sono altamente standardizzati (per lo più secondo parametri riconosciuti a livello internazionale), i servizi sociali sono disegnati in modo flessibile per fare fronte ai bisogni *multidimensionali* e

variabili nel tempo dei diversi utenti. Porre, come fa la legge 328/2000 (ma anche la Costituzione rinnovata), al centro della progettazione del servizio la persona con le sue esigenze specifiche (attraverso la valutazione multidimensionale del progetto personalizzato condiviso) presenta indiscutibili vantaggi sia in termini di efficacia dei servizi sia di appropriatezza nel dosaggio delle cure sia, infine, per il bilancio pubblico, ma complica la possibilità di standardizzazione: il LEP può sempre scombinare un dato standard se deve rispondere in modo adeguato a bisogni personali.

La personalizzazione del servizio, in particolare in un contesto in cui si ritiene che il modo più efficace per soddisfare i bisogni dell'anziano NA sia lo sviluppo di servizi domiciliari, alternativi al ricovero in strutture protette, determina un rapporto molto stretto tra risultati delle prestazioni e comportamenti degli utenti. La personalizzazione dei servizi in ragione dei bisogni comporta infatti un *elevato coinvolgimento degli utenti*, con la conseguenza che i benefici dell'assistenza risultano mediati dalla relazione tra utente e fornitore. Questa peculiarità dei servizi per la NA ha due conseguenze di rilievo. La prima è che nel settore della NA tende a rivestire particolare importanza la possibilità di scelta da parte dell'utente: gli aspetti relazionali, enfatizzati dall'ampio profilo temporale delle prestazioni, sono molto importanti nel determinare il benessere dell'utente. La seconda è che la valutazione dei risultati dei servizi viene a dipendere dal diverso grado di attività/passività degli utenti nei confronti dell'intervento; maggiore è il grado di coinvolgimento degli utenti, maggiore è la probabilità che i risultati siano condizionati da valori, cultura, attitudini e circostanze individuali.

Un'ulteriore, cruciale differenza del settore della NA, rispetto alla sanità e all'istruzione, è che la *tecnologia* necessaria per offrire una parte rilevante di questi servizi è *relativamente semplice*: in molti casi anche un familiare è in grado di fornire i servizi di cura di base. Siccome sono le donne che generalmente prestano servizi di cura all'interno della famiglia, l'organizzazione di un PNA ha profonde *implicazioni di genere* e rilevanti riflessi sul piano dell'equità e dell'efficienza (offerta di lavoro). I benefici di un PNA non si limitano pertanto all'anziano NA (*utente diretto*), ma si allargano ad un target più ampio, in primo luogo ai familiari che prestano le cure (*utenti indiretti*), con la relativa problematica del "custode-prigioniero", cioè di chi, prestando le cure, si trova a sua volta impossibilitato ad una vita normale. Se però, da un lato, un buon servizio domiciliare allevia l'onere che grava su chi presta la cura, dall'altro, una buona rete di supporto familiare alleggerisce anche l'intensità della cura erogata dal programma e quindi l'onere e il costo del servizio. Questo aspetto complica immediatamente l'organizzazione del settore ed introduce una problematica, quella della sostituibilità ovvero complementarità dei servizi di cura di un PNA con quelli erogabili nell'economia informale, che è del tutto assente (o comunque molto più debole) in sanità e in altri settori.

L'allargamento dell'utenza ai familiari, in particolare donne, coinvolti nell'attività di assistenza, impone una riflessione su quale debba essere il soggetto di riferimento per individuare la *titolarità del bisogno*. In questo lavoro, come già anticipato nel primo paragrafo, si adotta un *approccio di tipo individuale*, che fa perno sulla esclusiva considerazione dei bisogni dell'anziano NA, valutati indipendentemente dal contesto familiare in cui vive. Ai fini della individuazione dei LEP, il NA è dunque trattato come un individuo "isolato" a cui viene offerto un pacchetto di servizi commisurato ai suoi bisogni, espressi e misurati esclusivamente sulla base del suo grado di non autosufficienza. In questa prospettiva l'ammontare di servizi a cui ha diritto è definito prescindere dalla disponibilità di altre cure familiari, con la conseguenza che i servizi erogati dal programma sono pienamente sostituibili dai servizi, effettivamente o potenzialmente, forniti dai *caregiver* familiari. Il grado di sostituibilità (e/o di eventuale complementarità) dipende, nell'approccio individuale, da un'autonoma decisione del *caregiver* ed è pertanto compatibile con le scelte individuali anche di questi ultimi. Si tratta di un programma rispettoso delle scelte individuali, sia del NA sia del *caregiver*, e che, in prima approssimazione, si fa carico delle conseguenze finanziarie della sostituibilità.

Come si è detto, all'origine di un'impostazione di tipo individuale vi è la consapevolezza che il lavoro di cura informale costituisce una risorsa privata, che concorre alla soddisfazione del bisogno di non autosufficienza. Va però ricordato che qualsiasi disegno di PNA *non può non* considerare questa componente, anche se le modalità effettivamente impiegate possono risultare le più disparate. Si può infatti tenere conto del lavoro informale in modo esplicito o in modo implicito; il lavoro di cura, inoltre, può essere considerato come fonte di copertura oppure come strumentale alla definizione del grado di bisogno del NA (LEP).

Nel modello completo si tiene conto del lavoro informale di cura in modo *esplicito* e come *copertura*, e di conseguenza viene trattato come un risorsa espressamente valutabile e considerato alla stregua delle altre forme di copertura. Nel modello completo la considerazione del lavoro informale comporta, dunque, l'esplicita definizione di un carico di lavoro *standard, dovuto o atteso*<sup>8</sup>, da parte del *caregiver* familiare, eventualmente condizionato da determinate caratteristiche personali, quali il grado di parentela, lo status occupazionale, l'età, lo stato di salute, la presenza di altre persone NA, ecc. La definizione del carico standard contribuisce a definire una sorta di "statuto" nazionale dei lavoratori informali, con tanto di doveri e di diritti (compensazioni).

In alternativa, si pensi ad esempio alle prassi correntemente impiegate dalle amministrazioni locali che valutano la condizione di bisogno dei NA condizionatamente alle altre risorse estraibili dall'ambiente familiare, si può tenere

---

<sup>8</sup> La distinzione non è peregrina; nel primo caso vengono introdotti dei meccanismi, contrattuali o sanzionatori, che rendono "esigibile" il lavoro di cura atteso; nel secondo caso si presume che questo lavoro venga erogato, ma non è previsto alcun meccanismo di controllo, con la conseguenza che non c'è alcuna garanzia che il NA riceva una adeguata copertura.

conto del lavoro di cura informale in modo *implicito* e nel momento in cui si effettua la *stima del bisogno*. Si tratta di un approccio che, per definizione, è incompatibile con un modello universale, che non prevede alcuna forma di compartecipazione (finanziaria o in natura) al costo dei servizi, e che tende a violare i principi di uniformità di trattamento e di aterritorialità previsto dalla Costituzione. In questa prospettiva si finisce, infatti, per delegare la definizione dello standard (dovuto o atteso) di lavoro informale dei famigliari alle amministrazioni che curano la presa a carico delle persone NA e che hanno il compito di misurare lo stato di bisogno e definire il pacchetto personalizzato di servizi. Naturalmente questo secondo inconveniente potrebbe essere corretto attraverso la definizione di standard nazionali, con la conseguenza però di complicare la definizione stessa dei LEP, che risulterebbero formati da una componente positiva, derivante dalla valutazione del grado di non autosufficienza (+LEP), e da una componente negativa, costituita dalle risorse di cura estraibili dal contesto familiare (-LEP).

Nell'approccio seguito in questo lavoro, rivolto a garantire la completezza dell'offerta, la soluzione che appare più coerente è quella di considerare il lavoro informale esplicitamente tra le risorse che possono essere offerte per rispondere al bisogno del NA e non per "ridimensionare" la valutazione dello stesso. Un modello completo così concepito è coerente sia con un modello universale, che non contempla la compartecipazione al costo dei servizi, sia con un modello a compartecipazione, quando si desidera limitare le distorsioni delle scelte individuali e le conseguenze che ne possono derivare sui piani di vita dei *caregiver* familiari (in particolare nella scelta tra lavoro di mercato, lavoro informale e riposo) e quindi sulla completezza dell'offerta. E' infatti nella prospettiva della scarsità di risorse necessarie per finanziare un programma completo e universale che la compartecipazione trova giustificazione e pertanto in questa prospettiva la valutazione del lavoro di cura deve esser effettuata *contestualmente* alle diverse alternative di compartecipazione. Solamente se analizzato in questo contesto il lavoro informale assume in modo esplicito il carattere di risorsa a cui è associato un costo opportunità privato; l'identificazione e la valutazione economica del lavoro informale risulta infatti più agevole se viene posto a confronto con le alternative che completano il piano delle scelte delle famiglie.

La necessità di definire standard di lavoro di cura si scontra con le profonde differenze nel mercato del lavoro femminile nei diversi contesti territoriali, differenze che inducono disomogeneità nei comportamenti anche a causa del diverso costo opportunità del lavoro informale. Nelle aree del paese ad elevato tasso di partecipazione al mercato del lavoro femminile tenderà a prevalere la preferenza per la compartecipazione di tipo finanziario o il ricorso ai servizi offerti dal mercato privato (badanti); viceversa nelle aree meno sviluppate, quella per l'offerta di servizi di cura da parte delle donne. Il mix delle forme di compartecipazione (lavoro di cura informale, finanziamento e servizi privati) dipende, in misura rilevante, dall'evoluzione del mercato del lavoro femminile che,



a sua volta, costituisce una componente fondamentale nel determinare il livello medio del reddito familiare. Tenuto conto della possibile preferenza da parte dei NA nei confronti del lavoro informale prestato da familiari e delle possibili economie per il bilancio pubblico che questa soluzione comporta, in particolare in quei contesti dove il mercato del lavoro è strutturalmente debole, queste riflessioni aprono la strada alla questione, che verrà discussa nel paragrafo 3, se, e in quale misura, il lavoro di cura nei confronti degli anziani NA debba essere compensato e se la fissazione di un costo opportunità per la sua valorizzazione debba rientrare nell'ambito proprio dell'autonomia regionale.

## *2.2 Modelli di livelli essenziali delle prestazioni*

Con riferimento alla questione di cosa debba intendersi per LEP la discussione ha sostanzialmente toccato i seguenti profili:

1) se i LEP definiscano livelli minimi, che tutelano i cittadini solo nei casi di bisogno estremo, o se invece rispondano ad una visione più completa di diritti di cittadinanza;

2) quale sia il modello migliore di implementazione dei LEP, al fine di ridurre l'eterogeneità dell'offerta e aumentare il grado di tutela dei cittadini, ovvero se debbano essere intesi come *aree e tipologie di intervento*, come *indicatori di offerta*, come *standard di qualità* o come *diritti esigibili* (Gori, 2003, Capp, Cer, Servizi Nuovi, 2004).

In estrema sintesi, rispetto al primo profilo della discussione, che presenta implicazioni soprattutto sul piano giuridico, sembrerebbe affermarsi l'opinione che i LEP non possano essere intesi come livelli minimi (espressione peraltro volutamente evitata in sede di modifica del Titolo V della Costituzione) e che debbano comprendere, oltre ai diritti già ora immediatamente esigibili (tra i quali rientrano i così detti diritti soggettivi perfetti), ulteriori prestazioni, a loro volta in parte immediatamente esigibili e in parte esigibili condizionatamente alle risorse disponibili. Il condizionamento finanziario, anche se discutibile in linea di principio, costituisce un realistica cautela a fronte di un programma che richiede una quantità di risorse difficilmente reperibili nell'immediato, in particolare quando si assuma come punto di riferimento ideale un modello completo; tali prestazioni andranno gradualmente inserite nel novero dei LEP, in relazione al reperimento dei finanziamenti (Mlps, 2004). Il vincolo finanziario non va però inteso come un vincolo esogeno, che inevitabilmente ricondurrebbe la definizione dei LEP ad un livello minimale, ma come un condizionamento temporaneo, che rifletta la necessità di contemperare la sostenibilità alternativa di programmi sociali meritevoli di tutela.

Riguardo al secondo punto ci pare particolarmente rilevante la contrapposizione tra indicatori di offerta e diritti esigibili, dal momento che gli altri due approcci possono essere ricondotti al modello degli indicatori di offerta.

L'approccio delle aree e tipologie di intervento che, come si è accennato, è proprio della legge 382/2000, si limita infatti ad identificare i livelli essenziali elencando alcune aree di intervento e tipologie di prestazioni. Pur trattandosi di un approccio largamente indeterminato, può però risultare rilevante, soprattutto in sede di programmazione e di monitoraggio, per garantire che una quota del servizio sia spesa in aree (quali la prevenzione, l'informazione, l'accesso, la presa in carico e la domiciliarità) che, se adeguatamente sviluppate, consentirebbero di ridurre la necessità di istituzionalizzazione nelle residenze, soluzione economicamente più costosa e maggiormente penalizzante per i beneficiari. L'individuazione delle aree e la definizione degli obiettivi potrebbe, in effetti, costituire la cornice all'interno della quale collocare gli indicatori di offerta.

Il modello degli *indicatori di offerta* risponde alla persona e ai suoi bisogni, attraverso la definizione delle prestazioni e dei servizi *che debbono essere realizzati* per un dato numero di utenti o per una determinata area territoriale, al fine di rendere esigibili i livelli essenziali in tutto il Paese. Gli indicatori di offerta, oltre a precisare gli standard quantitativi (ed eventualmente i relativi standard qualitativi), descrivono le caratteristiche cruciali che i servizi debbono svolgere, non solo a fronte della manifestazione di bisogni, ma anche per perseguire l'inclusione. In questa prospettiva i LEP sono applicabili ad ogni tipo di prestazione, sia essa reale o monetaria, sia essa riferita a bisogni espressi e misurabili o a bisogni che sorgono nel campo della prevenzione.

Si tratta di un approccio con diversi punti forza: è infatti importante per promuovere un'offerta che non esiste e che compromette l'esigibilità delle prestazioni; per colmare divari di sviluppo; per consentire la verifica dell'impegno delle amministrazioni; è infine particolarmente importante per dar consistenza a quelle tipologie di intervento (quali, ad esempio, il diritto all'informazione, alla valutazione del caso individuale e alla definizione di un percorso personalizzato) che risultano strategiche in un approccio che ponga la persona e la valutazione multidimensionale dei suoi bisogni al centro del programma.

Va osservato che anche in Europa c'è una ripresa di interesse nei confronti del modello degli indicatori di offerta, dal momento che ovunque si è verificata una forte differenziazione nei servizi. In Italia, le regioni che hanno legiferato in conformità ai principi fissati dalla legge quadro (definizione dei Liveas), hanno iniziato partendo dalle prestazioni erogate, tentandone una classificazione (nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali). La classificazione rappresenta il primo passo per procedere alla determinazione della quantità e qualità delle prestazioni da garantire ai cittadini. Analogo percorso è stato indicato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province autonome in vista del confronto con lo Stato e analogo percorso è stato seguito dal Governo, che ha predisposto un catalogo di prestazioni, prendendo le mosse dai Piano sociali regionali e dal contributo del tavolo tecnico delle Regioni e dell'Anci (Mlps, 2004).

A differenza dell'approccio dei diritti esigibili, l'esigibilità è però qui mediata da un'azione positiva dell'amministrazione, condizione che potrebbe non

consentire di superare una possibile degenerazione, in senso meramente “esortativo”, del modello.

Il modello dei *diritti esigibili* muove invece dai bisogni della persona, prevedendo *una prestazione definita e certa* per chiunque si trovi in una data condizione. La certezza dell'esigibilità è pienamente garantita quando, a fronte d'inadempienze dell'amministrazione, al cittadino è attribuito un diritto azionabile in giudizio, sino alla situazione limite in cui l'utente può ottenere una compensazione monetaria.

In questa prospettiva i LEP consentono di stabilire in modo chiaro chi ha e chi non ha diritto ad una prestazione; di garantire l'equità orizzontale e, attraverso l'esigibilità, di tutelare effettivamente i cittadini, colmando il divario tra diritti enunciati ed effettivi. La caratteristica principale di questo approccio, rispetto al precedente, è infatti di garantire il diritto sociale anche in presenza di ritardi dell'ente pubblico nel superare le carenze di offerta.

A fronte di questi vantaggi vi sono però alcuni rischi. Vi è 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 e alimenti il disimpegno delle amministrazioni. Questo rischio potrebbe, almeno in parte, essere superato qualora il trasferimento monetario assumesse la natura di un buono da spendere presso strutture o soggetti accreditate dal pubblico. Anche questa soluzione può però risultare non efficace nelle situazioni in cui ci si scontri con un vincolo di offerta. Altri rischi discendono dalla considerazione che vi sono una serie di prestazioni, tipicamente quelle legate all'informazione, alla prevenzione, alla presa in carico e alla definizione di progetto personalizzato, che difficilmente possono essere resi esigibili, in assenza di implementazione di idonei servizi.

La contrapposizione tra i diversi approcci è interessante al fine di disegnare modelli di riferimento e di discuterne i pregi e i difetti, ma è meno rilevante sul piano operativo. Non solo non è semplice, nella pratica, stabilire un confine tra i modelli, ma è più fruttuoso proporre una visione integrata, che ne valorizzi gli aspetti complementari, in particolare fra diritti esigibili e indicatori di offerta: il primo approccio valorizza gli aspetti carenti del secondo 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, facendosi garante della fornitura di servizi (indipendentemente dalle modalità di offerta degli stessi).

Il dibattito sui modelli di implementazione dei LEP non sembra ancora avere adeguatamente sviluppato la riflessione su due problemi di rilievo: quelli del *monitoraggio* e delle *sanzioni*. È fuori discussione che la nozione stessa di LEP non è concepibile senza un attento monitoraggio e valutazione dei risultati e senza la

previsione di sanzioni per le amministrazioni inadempienti, peraltro previste sottoforma di intervento sostitutivo, anche dall'articolo 120, comma secondo, della Costituzione. La realizzazione di un PNA completo comporta infatti una sfida di proporzioni notevoli, e non è pensabile avviare un programma con queste caratteristiche e dimensioni senza l'istituzione di un adeguato sistema di verifiche. Si tratta di un programma che risponde ad un bisogno sociale fondamentale, che mobilita una quantità di risorse pubbliche e private considerevoli, che è particolarmente complesso sul piano organizzativo e che coinvolge diversi livelli amministrativi.

Seguendo l'esempio statunitense della riserva di legge, il finanziamento del PNA dovrebbe, pertanto, prevedere il contestuale finanziamento di un sistema di monitoraggio e di valutazione. Questo sistema è tanto più necessario in quanto sia previsto un sistema progressivo di estensione dei livelli essenziali, che deve rispondere al criterio di sostenibilità economica, e in quanto si prevedano sistemi incentivanti che attribuiscono quote aggiuntive di finanziamento statale. Il sistema di monitoraggio e di valutazione dovrebbe operare su almeno due livelli; un livello centrale, con l'obiettivo di valutare l'effettiva attuazione del dettato normativo ovvero se il PNA realizza l'obiettivo di garantire LEP uniformi sul territorio nazionale, dati gli standard desumibili dagli indicatori di offerta; ed un livello locale rivolto alla puntuale valutazione dell'effettivo grado di rispondenza del sistema di offerta ai bisogni dei non autosufficienti. I sistemi di valutazione locale dovrebbero poi essere integrati, a seconda del grado di articolazione dell'offerta locale, con sistemi di accreditamento e di monitoraggio dei diversi soggetti istituzionali che offrono servizi di cura.

### **3. Modelli di finanziamento della spesa per la non autosufficienza: aspetti generali**

Come ricordato nell'introduzione, la realizzazione di un PNA secondo un modello completo non richiede soltanto l'individuazione dei livelli essenziali di prestazione che ci si propone di garantire a tutti i cittadini, in modo uniforme, sull'intero territorio nazionale, ma richiede anche di individuare fonti di finanziamento adeguate alla gamma di interventi che si s'intende offrire. Le forme di finanziamento prescelte devono poi essere tali da assicurare la sostenibilità, nel tempo, del programma. Se questi requisiti non sono soddisfatti, viene meno una condizione indispensabile perché i Lep possano essere concretamente realizzati, e i diritti che essi rappresentano possano essere effettivamente garantiti.

Entrambi i profili dell'adeguatezza del finanziamento, rispetto ai servizi che ci si propone di garantire e nel tempo, meritano quindi di essere accuratamente considerati.

### 3.1 Adeguatezza del finanziamento

#### 3.1.1. Viene prima la definizione dei Lep o la specificazione del vincolo finanziario?

Un problema preliminare, sempre presente nel dibattito, riguarda l'opportunità di stabilire una consequenzialità fra definizione dei Lep e individuazione delle risorse per il loro finanziamento. Come si è ricordato al paragrafo 2, l'assunzione di un vincolo di finanziamento esogeno a cui condizionare la definizione dei Lep è tipica di un approccio che riduce i Lep a livelli di assistenza minimi, che devono essere garantiti, possibilmente sulla base di un'attenta prova dei mezzi, alle persone in maggior stato di bisogno. La visione che interpreta invece i Lep come risposta adeguata a bisogni che si ritengono meritevoli di tutela (su tutto il territorio nazionale) e che costituiscono l'essenza dei diritti di cittadinanza richiede una definizione di tali livelli non finanziariamente condizionata. Anche per chi aderisce idealmente a questo secondo approccio, è però necessario, al fine stesso di evitare una definizione di Lep troppo ambiziosa e per ciò stesso non concretamente applicabile, tener conto del vincolo finanziario, individuando priorità che aiutino a dirimere gli inevitabili *trade off* fra servizi e servizi o fra qualità dei servizi e loro estensione e tracciando un'appropriata gradualità nell'effettiva implementazione dei Lep.

Un approccio molto attento al controllo dei costi, con riferimento a questo tema, è quello seguito dalla riforma tedesca del 1995, con cui si è scelto di procedere all'individuazione dei criteri di eleggibilità a partire da una valutazione delle risorse finanziarie che si prevedeva di potere destinare al programma per la NA. Come vedremo, questo approccio è molto importante anche per la sostenibilità finanziaria del programma tedesco.

Un approccio che cerca di compendiare istanze diverse è invece quello che è stato seguito, nel nostro paese, con riferimento alla sanità. Il processo che ha portato a questa scelta ha conosciuto in realtà alterne vicende: mentre il decreto legislativo 502/1992 confinava l'individuazione dei livelli essenziali entro il vincolo delle risorse disponibili, determinando una radicale inversione del rapporto temporale (e quindi gerarchico) fra determinazione del fabbisogno finanziario e definizione dei livelli essenziali inizialmente prefigurato dalla riforma sanitaria del 1978, con la riforma del 1999 si è accettata l'idea di una definizione contestuale di livelli essenziali e risorse finanziarie necessarie alla loro realizzazione. Questa impostazione è stata poi, di fatto, seguita nel 2001, quando, con l'accordo tra stato e regioni dell'8 agosto, si è dato il via libera alla concreta definizione dei Lea, e si sono, ad un tempo definite le risorse da destinarsi al loro finanziamento<sup>9</sup>.

#### 3.1.2. Il riferimento alla spesa storica

Il problema della corretta valutazione finanziaria dei Lep si presenta però molto più difficile di quello della valutazione dei Lea. Nel campo assistenziale, e in

---

<sup>9</sup> E' però noto che la definizione delle risorse adeguate al finanziamento dei Lea continua ad essere un punto controverso nel dibattito Stato-Regioni.

particolare nel campo dell'assistenza per i non autosufficienti, diversamente da quanto avviene per la sanità, manca infatti, nel nostro paese, la possibilità di riferirsi ad una consolidata spesa storica, che, per quanto probabilmente amplificata da inefficienze e sperequazioni, forniva, all'anno zero di individuazione dei Lea, un ordine di grandezza sufficientemente attendibile, almeno a livello aggregato, di quanto si sarebbe dovuto spendere per il loro finanziamento. E questo a maggior ragione se si ricorda che, come abbiamo già notato, i Lea sono stati, in larga misura, il frutto di una ricognizione e codificazione delle prestazioni di cui già il servizio sanitario nazionale si faceva carico. Nel caso dell'assistenza per la NA, invece, la quantificazione della spesa esistente è molto più difficile, essendo frammentata in programmi variamente differenziati da realtà a realtà e distribuiti in modo molto disomogeneo sul territorio nazionale, con gradi di compartecipazione al costo da parte degli utenti anch'essi molto differenziati. Essa è inoltre, sicuramente, nel suo complesso, inferiore a quella che dovrebbe essere attivata per il finanziamento di Lep definiti con riferimento all'intero territorio nazionale.

L'importanza dell'avere o meno un riferimento storico di spesa emerge, in modo evidente, dalla recente esperienza del Giappone. In questo paese, nel dibattito che ha preceduto l'introduzione, nel 1999, del nuovo PNA, al problema del suo finanziamento non è stata riservata enfasi particolare. Ciò è largamente imputabile al fatto che la gamma di servizi offerta da questo piano si poneva in stretta continuità con quella realizzata a seguito dei precedenti Gold e New Gold Plan (rispettivamente del 1989 e del 1994), e ne assumeva quasi integralmente i costi (beneficiando semmai di alcuni elementi di razionalizzazione che, almeno inizialmente, determinarono addirittura un risparmio aggregato).

### *3.1.3. Tipologie di Lep e valutazione del finanziamento che richiedono*

In assenza di un dato indicativo di spesa storica, la valutazione dell'ordine di grandezza del finanziamento necessario per i Lep, può essere più o meno agevole, e allo stesso tempo più o meno precisa, a seconda delle modalità con cui essi vengono definiti. Particolarmente importanti, a questo proposito, sono i gradi di libertà lasciati ai soggetti che devono occuparsi della loro realizzazione. Un livello essenziale può semplicemente coincidere con una tipologia di intervento (ad esempio può consistere nella generica previsione di servizi o interventi a sostegno della domiciliarità a favore di persone non auto-sufficienti), o può descrivere in dettaglio le caratteristiche qualitative e quantitative dell'intervento stesso, mediante una precisa individuazione di parametri di bisogno e/o di indicatori di offerta.

Quanto più il livello essenziale individua una prestazione che deve essere garantita a fronte di un livello di bisogno valutato secondo parametri il più possibile codificati, tanto più facile è stimarne il costo. In questo modo, la specificazione accurata dei criteri di eleggibilità, la quantificazione del servizio e la valutazione del suo costo sono aspetti che concorrono congiuntamente a determinare le risorse finanziarie che devono essere destinate alla NA. Ognuno di questi tre passaggi è cruciale per la valutazione finale del fabbisogno finanziario così come per la determinazione della qualità del servizio. Ognuno di essi è difficile e problematico.

La determinazione dei criteri di eleggibilità costituisce, in tutti i programmi sociali, un importante strumento di selettività, alternativo o complementare rispetto alla prova dei mezzi. Il concetto stesso di Lep richiede quindi che tali criteri, o quanto meno le linee guida relative alla loro applicazione, siano definiti a livello centrale (cfr. par.2).

La quantificazione del servizio che deve essere riconosciuto in corrispondenza del bisogno riconosciuto meritevole di tutela richiede la standardizzazione di prestazioni che, come si è ricordato in precedenza, dovrebbero invece essere definite a partire dall'individuazione di un percorso personalizzato. Essa è inoltre resa più complessa dalla volontà di riconoscere, sia all'utente sia all'ente che materialmente organizza il servizio, una scelta fra percorsi alternativi (quali il ricovero in struttura protetta, la domiciliarità assistita da operatori pubblici, da lavoro di cura di un familiare – valorizzato e compensato - e/o da prestazioni in natura acquistate sui mercati provati accreditati) che possono però avere costi estremamente differenziati.

La valutazione del costo relativo al singolo servizio è poi resa difficile sia dalla carenza (e dalle asimmetrie) di informazioni sui costi di quanto già esiste, sia dalla forte eterogeneità di tali costi su base territoriale.

Nel complesso quindi la valutazione del costo richiederà di fare ipotesi sul mix che si verrà concretamente a determinare, come effetto della scelta congiunta di enti decentrati e beneficiari, fra i diversi percorsi compatibili con l'erogazione di un determinato servizio e, conseguentemente, di stimare una media ponderata dei possibili costi associabili a tali percorsi. Ciò richiederà di seguire un approccio pragmatico, con aggiustamenti successivi, in ragione sia della progressiva andata a regime del sistema, sia dell'acquisizione di informazioni più accurate circa le caratteristiche della domanda e dei costi dell'offerta nelle loro molteplici articolazioni.

Il caso della Germania e quello del Giappone, pur nelle loro diversità, costituiscono esempi emblematici di un tale approccio: in entrambi i paesi la prestazione a cui il beneficiario ha diritto è definita in funzione del suo grado di non autosufficienza (in Giappone vi è anche un limite d'età). In dipendenza della valutazione che di tale grado di non autosufficienza viene fatta egli viene collocato in una particolare categoria. L'una categoria si differenzia dall'altra per quanto riguarda il tempo di cura e assistenza che richiede (in Germania) o il pacchetto di servizi cui dà diritto (Giappone). Tempo di cura e di assistenza o pacchetto di servizi vengono poi "tradotti" in termini monetari, in modo tale da definire l'ammontare massimo di spesa cui il beneficiario ha diritto. E' prevista, secondo modalità diverse nei due paesi, una possibilità di scelta fra trattamento in residenze protette, in altre strutture o a domicilio. A seconda della scelta compiuta, la somma massima a cui il beneficiario ha diritto è diversa, così da tenere conto, almeno in parte, del diverso costo delle opzioni a disposizione. Tipicamente, del maggior costo implicato da un ricovero in casa protetta rispetto al costo di cure domiciliari si tiene conto solo parzialmente, come scelta di policy a favore di quest'ultima soluzione. Ciò riflette però indubbiamente, e molto spesso esplicitamente, la

preoccupazione di contenere l'onere del finanziamento a carico del settore pubblico.

Le valutazioni che generalmente vengono fatte dell'ammontare di finanziamento necessario per un programma di NA di questo tipo richiedono di stimare: la struttura demografica della popolazione; i livelli di disabilità con particolare riferimento agli anziani; i costi unitari dei diversi servizi considerati (cfr. Capp, Cer, Servizi Nuovi, 2004; Gori, 2005 – in corso di pubblicazione). Come ricorderemo meglio in quanto segue, però, anche la ripartizione delle responsabilità (di offerta e di finanziamento) fra pubblico e privato, nonché la divisione delle competenze fra servizi sociali e cure sanitarie e fra livelli di governo, hanno importanti implicazioni sul finanziamento, oltre che sulla tipologia ed estensione, dei servizi per la NA .

#### *3.1.4. Modello universale e lavoro di cura informale*

La quantificazione delle risorse necessarie a finanziarie i Lep dipende crucialmente da due importanti scelte, collegate fra di loro: ammettere o meno, e in quale misura, una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente; come valutare il lavoro di cura informale effettivamente prestato, o potenzialmente prestabile, dai famigliari del non autosufficiente.

Come si è ricordato al paragrafo 1, un modello completo può essere realizzato sia attraverso un finanziamento pubblico integrale, sia attraverso un finanziamento pubblico parziale assistito da una compartecipazione, obbligatoria, da parte del NA e dei suoi famigliari. Entrambi questi modelli richiedono la considerazione esplicita e la conseguente valorizzazione del lavoro di cura erogato, o anche solo potenzialmente erogabile, da parte dei famigliari del non autosufficiente.

Un modello a *finanziamento integralmente pubblico* è un modello universale, che non subordina quindi la soddisfazione del bisogno del NA ad alcuna prova dei mezzi, né al momento dell'accesso né al momento del finanziamento. In questo modello l'eventuale prestazione di un lavoro di cura, su base volontaria, da parte dei famigliari del NA, nella misura in cui concorra alla soddisfazione dei bisogni tutelati dai Lep, e non sia quindi aggiuntivo rispetto ad essi, dà diritto ad una compensazione. Si dovrà trattare di una compensazione definita in termini tali da non disincentivare la partecipazione, in special modo quella femminile, al mercato del lavoro formale. Sarà quindi sicuramente più contenuta rispetto alla retribuzione riconosciuta per i servizi di cura sul mercato privato. Questa scelta è giustificata anche dalla considerazione che il lavoro di cura, quando liberamente prestato, ha una sua remunerazione in natura che deriva dalla gratificazione di potersi occupare di una persona nei confronti della quale sussiste un legame affettivo. Quale che sia il suo livello, la compensazione deve poi essere disegnata avendo particolare attenzione al benessere del lavoratore, ad esempio attraverso il riconoscimento di *respite services*, finalizzati a riconoscere al *caregiver* la possibilità di essere temporaneamente sostituito nella propria attività, servizi di informazione e



formazione al proprio compito, versamento di contributi sociali che aiutino a costruirsi una tutela per la propria vecchiaia.

Sono numerose le nazioni che riconoscono un pagamento diretto al familiare prestatore di cure, a parziale compensazione del salario a cui egli rinuncia rinunciando ad un lavoro formale, o che lo sostengono attraverso *respite services*. In Germania, ad esempio, è ammessa un'interruzione temporanea del lavoro di cura (con la conseguente presa in carico da parte del servizio pubblico) fino ad un massimo di quattro settimane. In Australia, si calcola che l'ammissione temporanea a strutture residenziali, finalizzata a riconoscere un periodo di riposo al familiare *caregiver*, conti per il 40% delle ammissioni totali a tali strutture. In alcuni paesi, fra cui l'Australia e più recentemente il Regno Unito, ai *caregivers* vengono offerti servizi di informazione ed educazione al loro ruolo. In tutti questi casi la soluzione "informale" rimane meno costosa, per l'intervento pubblico, rispetto all'offerta diretta dell'assistenza. Una parziale eccezione è rappresentata dalla Danimarca, dove, con riferimento specifico all'assistenza prestata ai malati terminali, sono in corso di sperimentazione programmi che prevedono un pagamento al *caregiver* esplicitamente commisurato al salario che guadagnava nella sua precedente partecipazione al mercato del lavoro.

Va poi sottolineato che la remunerazione per il *caregiver* non è sicuramente una novità neppure per il nostro paese. Si pensi ad esempio all'istituto noto come "assegno di cura" sperimentato in molte realtà locali<sup>10</sup>.

Da un punto di vista operativo, fatta salva la definizione di alcuni principi di carattere generale, la definizione della compensazione al *caregiver* potrebbe essere affidata alle singole regioni. Essa potrebbe quindi essere articolata territorialmente, per tener conto delle diverse caratteristiche locali del mercato del lavoro formale, e variare in funzione di parametri quali l'età del prestatore di cura e le caratteristiche del contesto familiare in cui è inserito. Nella definizione aggregata delle risorse da allocare al finanziamento di Lep per la NA si terrà conto del valore medio di tale compensazione, così come si terrà conto di un valore medio del costo dei servizi acquisibili sui mercati e di quello derivanti dall'erogazione *in house*.

### 3.1.5. Modello universale e compartecipazione: il problema del moral hazard

In un programma a carattere universale, finanziato integralmente con imposte, l'introduzione di forme di compartecipazione può essere motivata dalla volontà di limitare comportamenti di azzardo morale, che possano indurre il beneficiario (o il familiare *caregiver*) a fare una domanda e un consumo eccessivi di servizi resi gratuitamente dal programma stesso. E' proprio la finalità di contenere

---

<sup>10</sup> In Emilia Romagna, ad esempio, esso consiste in un contributo economico erogato alle famiglie e alle persone che assistono a casa persone con gravi disabilità, non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, con l'obiettivo di sostenere, anche economicamente, coloro che si fanno carico di una assistenza che permette all'ammalato di restare nella propria casa. Il contributo è subordinato ad un means testing che tiene conto della numerosità dei componenti del nucleo familiare, e il suo ammontare varia in relazione al grado di non autosufficienza dell'ammalato.

comportamenti opportunistici del tipo indicato che viene portata a giustificazione, ad esempio, dell'introduzione di ticket in sanità.

Il rischio di azzardo morale nel campo della NA si pone con principale riferimento a servizi, quali il ricovero in case protette, in cui è particolarmente difficile distinguere la componente che risponde ai bisogni legati alla non autosufficienza, dalla componente puramente alberghiera (alloggio, cibo, lavanderia, ecc.), di cui non vi sarebbe ragione che il programma di NA si facesse carico<sup>11</sup>.

Il problema va comunque trattato con cautela. Da un lato, infatti, come testimoniato dall'esperienza di molti paesi, la demarcazione fra servizi necessari e servizi aggiuntivi, in un programma a favore dei non autosufficienti, è delicato e controverso. Tali soggetti, in ragione del loro handicap, devono essere aiutati nella cura della persona, necessitano a volte di una dieta speciale, possono essere nella necessità di richiedere un'assistenza continuativa, devono spesso vivere in una residenza attrezzata e così via. Vi è quindi il rischio di identificare come azzardo morale una domanda che può più semplicemente riflettere un effettivo e articolato bisogno meritevole di tutela. D'altro lato, i presunti abusi potrebbero essere se non evitati, quanto meno contenuti, attraverso una appropriata definizione dei Lep (che ad esempio escluda dalla somministrazione gratuita i servizi di refezione). E' d'altra parte plausibile che, molto spesso, dietro a questa controversia, si nasconda più che un problema di azzardo morale un problema di contenimento del costo del servizio.

In linea generale, un problema di azzardo morale può comunque porsi in tutte le situazioni in cui esistono percorsi alternativi, fra i quali l'utente può scegliere. In tali situazioni la compartecipazione può avere il merito di indurre una adeguata attenzione ai prezzi relativi delle offerte a disposizione. Un livello di compartecipazione elevato può però avere l'effetto negativo di indurre a scegliere soluzioni qualitativamente e quantitativamente inadeguate, o a fare ricadere l'onere della cura esclusivamente sui famigliari.

### *3.1.6 Finanziamento pubblico parziale: compartecipazione e lavoro di cura informale*

Storicamente, i primi servizi a favore dei non autosufficienti consistevano nel ricovero in casa protetta. A fronte di una copertura medica universale, garantita a livello nazionale, questo servizio era affidato agli enti decentrati e, poiché risultava particolarmente costoso, si fondava su di un'alta partecipazione al costo da parte degli utenti.

E' molto probabile che anche nell'ambito dell'erogazione di prestazioni essenziali, tutelate dalla Costituzione, l'esistenza di un vincolo finanziario richieda di giungere a dei compromessi e che la richiesta di una compartecipazione

---

<sup>11</sup> Un problema di azzardo morale si è posto ad esempio in Giappone, da quando, col nuovo PNA, l'accesso alle case di ricovero non è più stato subordinato ad una prova dei mezzi, ma è stato condizionato al solo stato di bisogno dell'individuo. A seguito di questa previsione, la domanda per ricoveri è aumentata sensibilmente. Il fenomeno è stato in parte ricondotto al fatto che le spese alberghiere, ad eccezione del cibo, sono incluse nel costo del servizio di cui il programma per la NA si fa carico al 90%.

finanziaria o in natura possa diventare una modalità di finanziamento del PNA da non sottovalutare, specialmente nelle fasi iniziali di implementazione di un PNA, nelle quali la domanda da gestire può risultare in eccesso rispetto alla capacità di garantire e organizzare l'offerta. Si tratta di una scelta molto delicata, in quanto introduce elementi di selettività in un servizio che dovrebbe invece essere universale, ma che esprime la consapevolezza degli inevitabili *trade off* con cui la politica sociale deve confrontarsi; *trade off* che risultano esacerbati, nel caso in questione, se si considera che i costi unitari dei servizi di Na sono spesso particolarmente elevati<sup>12</sup>.

Occorre poi considerare che il ricorso ad una compartecipazione rende espliciti e quindi trasparenti i criteri di selettività che sono comunque implicitamente presenti in altre modalità di razionamento; si pensi ad esempio al razionamento, molto spesso casuale, che deriva da liste di attesa che si formano in relazione ad un deficit di offerta, a fronte di un servizio formalmente universale.

La più importante forma di razionamento alternativa alla compartecipazione, e che rappresenta indubbiamente una violazione più marcata al principio di universalità, è quella che limita l'accesso al servizio, attraverso la specificazione di criteri non sempre facilmente ordinabili secondo principi etici universalmente condivisi: indicatori di bisogno, caratteristiche soggettive del non autosufficiente (età, sesso, ecc.) o del nucleo familiare in cui è inserito (stato civile, residenza, occupazione)<sup>13</sup>.

La diversa filosofia nei due approcci può essere evidenziata considerando l'uso alternativo che essi fanno della prova dei mezzi: come strumento funzionale alla graduazione della compartecipazione, in un caso, come criterio di ammissione o meno al servizio, nell'altro. Limitare l'accesso ai soli anziani poveri, come avviene nel secondo caso, può infatti portare alla deriva del welfare minimale (welfare povero per i poveri), pericolo che non si corre invece nel primo caso.

Un altro elemento che differenzia crucialmente i due approcci riguarda le modalità con cui essi tengono in considerazione il lavoro di cura informale, potenzialmente erogabile dai famigliari. Il modello della compartecipazione richiede che esso sia considerato fra i "mezzi" a disposizione dell'anziano non autosufficiente. Il lavoro in questione potrà essere in prima istanza considerato pari alla differenza fra il numero di ore richiesto da un lavoro a tempo pieno sul mercato formale e le ore effettivamente prestate su tale mercato dal singolo

---

<sup>12</sup> In uno studio effettuato qualche anno fa con riferimento al comune di Modena, calcolavamo che l'assistenza ad un anziano non autosufficiente costava al comune più di 4 posti all'asilo nido e quasi come 7 posti di scuola di infanzia (Bosi, Guerra e Silvestri 1998).

<sup>13</sup> Un interessante uso esplicito dei criteri di eleggibilità a fini di razionamento è quello del PNA tedesco che, nella valutazione del bisogno, penalizza volutamente i soggetti affetti da disturbi psichici, che ne compromettono l'autosufficienza, quali i malati di Alzheimer, non riconoscendo che essi necessitano di una supervisione continua. Si argomenta infatti che classificare questa tipologia di malati nelle categorie di disabilità cui corrisponde una prestazione più elevata comporterebbe la necessità, a fronte di un vincolo di bilancio esogeno, di inasprire i criteri di eleggibilità per tutte le altre categorie di bisognosi.

famigliare, ma andrà poi corretto per tenere conto di fattori quali l'età, il grado di parentela, l'attività di cura già erogata ad altro titolo (ad esempio a favore di figli minori). Esso andrà poi tradotto in termini monetari secondo i medesimi criteri, articolati territorialmente, a cui è commisurata la compensazione del lavoro di cura, quando esso sia erogato volontariamente e sostenuto da finanziamento pubblico (si veda il paragrafo precedente).

Quando il razionamento sia invece affidato ai criteri di eleggibilità, della presenza di lavoro di cura informale si tiene generalmente conto, privilegiando nell'accesso gli anziani soli, con il rischio di premiare arbitrariamente particolari scelte familiari (es. quella di non avere figli), e di caricare i familiari (per i quali la presenza di un parente non autosufficiente non è frutto di scelta) di costi personali che hanno un chiaro connotato di genere, e che vengono imposti senza che se ne sia adeguatamente valutata la sostenibilità. L'esplicita considerazione del lavoro di cura potenzialmente erogabile dai familiari fra i mezzi a disposizione del NA, alla stregua del reddito e del patrimonio, non obbliga invece i familiari all'erogazione effettiva di tali servizi. In primo luogo perché esso è solo una delle componenti a cui è commisurata la graduazione della compartecipazione, in secondo luogo perché, come si è ricordato commentando la figura 1, la compartecipazione richiesta può essere di tipo finanziario o, quand'anche in natura, può concretizzarsi nell'acquisto di servizi di cura sui mercati privati accreditati. L'unico vincolo, a garanzia della completezza del PNA, è che, quando i familiari accettino di erogare la compartecipazione da essi dovuta sotto forma di lavoro di cura informale, tale lavoro (e i suoi esiti) siano monitorati dall'ente pubblico onde evitare comportamenti di opportunismo post contrattuale ai danni del NA<sup>14</sup>.

E' proprio questo aspetto che differenzia sensibilmente il modello qui proposto dal PNA tedesco. Quest'ultimo riconosce infatti al non autosufficiente la possibilità di optare per un sostegno monetario, che può, a sua scelta, utilizzare per acquistare servizi sul mercato, o per sostenere finanziariamente la cura che ottiene dai propri familiari. Il lavoro di cura informale è quindi valorizzato e parzialmente monetizzato quando volontariamente offerto<sup>15</sup>. Non vi è però nessuna forma di

---

<sup>14</sup> Un esempio di applicazione di un modello di PNA in cui il lavoro di cura erogato dai familiari è contrattualmente definito nell'ambito di un pacchetto di servizi al finanziamento dei quali il Na e la sua famiglia sono chiamati a partecipare è rappresentato dal progetto anziani finanziato dalla Fondazione Del Monte di Bologna e Ravenna. Dopo che l'organismo incaricato della valutazione sanitaria ha indicato il bisogno che deve essere coperto e l'assistente sociale ha rilevato la situazione della famiglia, viene proposto quello appropriato, fra undici contratti disponibili. La famiglia può accogliere il pacchetto offerto ovvero sceglierne un altro nel quale sia *minore* la quantità di servizi da acquistare presso le strutture accreditate che rientrano nel progetto, ma sia corrispondentemente maggiore il numero di ore di cura assicurato dalla famiglia stessa. Il costo del pacchetto viene poi ripartito tra la Fondazione da un lato, e l'anziano e la sua famiglia dall'altro, secondo uno schema progressivo (cfr. [www.fondazione-delmonte.it](http://www.fondazione-delmonte.it)).

<sup>15</sup> Questa scelta è stata ed è fonte di notevoli contestazioni da parte di chi considera che il finanziamento del *caregiving* dei familiari, e cioè di un servizio volontario che sarebbe comunque stato prestato, una fonte indebita di aumento del costo del programma. Non va però dimenticato che il PNA tedesco è un programma assicurativo, per il quale non sarebbe quindi

controllo sull'utilizzo di questo trasferimento monetario (non si tratta di un voucher, ma di un trasferimento incondizionato). Non stupisce quindi che nel dibattito in Germania sia significativamente rappresentata l'opinione di chi paventa che l'assenza di qualsivoglia monitoraggio del servizio offerto all'anziano a fronte di tale trasferimento si traduca in uno scadimento della qualità, se non anche in un'insufficienza nella quantità, dell'assistenza che egli riceve. Si tratta in ogni caso di un trasferimento sensibilmente inferiore a quello che il non autosufficiente otterrebbe a fronte del ricorso ai servizi offerti dal programma. Il lavoro di cura informale viene quindi incentivato come forma di compartecipazione "in natura", che si traduce in un risparmio di risorse da parte del settore pubblico.

### *3.1.7. Livello e articolazione della compartecipazione.*

A prescindere dalle diverse forme che essa potrà concretamente assumere nelle singole realtà locali e famigliari, il valore aggregato della compartecipazione dovrebbe essere determinato al livello centrale, e condizionare quindi, riducendolo, il livello di finanziamento ai Lep garantito dal governo centrale, attraverso la fiscalità generale. La determinazione del peso della compartecipazione nel costo complessivo è di difficile quantificazione<sup>16</sup>. Una compartecipazione tra il 20-30% del costo potrebbe rappresentare un contributo mediamente sostenibile, per quanto non irrilevante, da parte del soggetto NA e/o dei suoi famigliari.

La concreta articolazione della compartecipazione per i singoli beneficiari dovrebbe poi essere valutata a livello locale servendosi di meccanismi selettivi del tipo Ise. Anche a prescindere dalle complicazioni che inevitabilmente deriverebbero dalla considerazione, fra i mezzi del beneficiario, del lavoro di cura potenzialmente erogabile dai suoi famigliari, sarebbe però assai poco saggio pensare di potere applicare ai servizi in questione la normativa in vigore (DLgs 130/00) senza adattamenti<sup>17</sup>. La considerazione della condizione economica dell'anziano isolatamente dal contesto familiare e sulla base dei criteri dell'attuale Ise potrebbe causare profonde iniquità di carattere orizzontale. Ne deriverebbero anche

---

logico subordinare l'erogazione della prestazione ad una valutazione dei mezzi, che tenesse o meno in conto la disponibilità potenziale di lavoro di cura informale.

<sup>16</sup> Si può tuttavia pensare che esso difficilmente possa essere inferiore alla quantificazione prevista, ad esempio, nel peraltro assai generoso programma giapponese (10%). Un limite superiore potrebbe essere fissato qualora fosse stimabile a livello aggregato il costo che il cittadino già oggi sta sostenendo in assenza di un PNA del tipo qui descritto. Tale stima non è disponibile, ma evidenze frammentarie ricavate con riferimento all'Emilia Romagna inducono a ritenere che attualmente esso sia pari ad una percentuale del costo totale collocabile tra il 40 e il 50%.

<sup>17</sup> Va ricordato che la normativa Ise è ancora incompleta proprio con riferimento ad aspetti che riguardano la componente, più complessa, dei servizi che rientrano in un PNA. Infatti L'art. 3 c. 2ter del DLgs 130/00 prevede che un Dpcm disciplini questo aspetto nell'eventualità di considerare la condizione economica dell'anziano isolatamente da quella del nucleo in cui convive. Il decreto in questione non è stato ancora emanato, in parte per scarsa attenzione in particolare negli ultimi anni all'evoluzione dell'applicazione dell'Ise, in parte per effettive difficoltà ad individuare una linea che concili equità e considerazione di vincoli di bilancio.

difficoltà di bilancio per il finanziamento del programma, a meno di non introdurre livelli tariffari estremamente elevati, con il rischio, in quest'ultimo caso, di creare forti sperequazioni a causa della non perfetta capacità della misura dell'Ise attualmente in vigore a discriminare con sufficiente precisione situazioni diverse<sup>18</sup>.

Una corretta applicazione del *means testing* alla tariffa di compartecipazione dovrebbe a nostro avviso tenere conto di alcune avvertenze di carattere generale.

In primo luogo, appare ragionevole pensare che le modalità di definizione della compartecipazione si differenzino, a seconda della configurazione del nucleo familiare del soggetto NA. Le tipologie di nucleo familiare più rilevanti da considerare sarebbero tre: NA che vive solo; NA che vive con il coniuge; NA che vive con altri familiari. Nei casi in cui siano presenti più nuclei familiari potenzialmente coinvolgibili nella contribuzione (più figli, indipendentemente dal fatto che siano conviventi con il NA, fratelli, o altri familiari "tenuti al mantenimento" ex art. 433 cc), occorrerebbe poi che la compartecipazione fosse graduata, in funzione diretta del grado di parentela e dei mezzi di ciascun nucleo<sup>19</sup>.

Modalità differenziate di compartecipazione potrebbero poi essere auspicabili a seconda che si faccia riferimento a ricoveri in casa protetta o a servizi di assistenza domiciliare. Una disciplina accurata e differenziata dei casi che discendono dall'incrocio delle modalità sopra ricordate è probabilmente assai più rilevante, al fine del raggiungimento di obiettivi di equità orizzontale nella compartecipazione, che la specificazione di adeguati criteri nella misura dell'indicatore di condizione economica.

In particolare, nel caso di ricoveri in strutture protette, si potrebbe considerare naturale che tutte le risorse disponibili del soggetto NA vadano utilizzate fino a concorrenza di una quota predefinita di compartecipazione al costo. In questo caso non sarebbe neppure da escludere il ricorso alla liquidazione (tramite meccanismi di progressiva ipoteca) del patrimonio del NA, inclusa la nuda proprietà della prima casa adibita ad abitazione. Solo nel caso in cui tali risorse non siano sufficienti al raggiungimento della copertura di una prefissata quota di costo, si dovrebbe fare riferimento alle risorse dei familiari del NA, attraverso meccanismi di compartecipazione commisurati all'Ise.

L'utilizzo anche integrale delle risorse dell'anziano per il finanziamento del ricovero in casa protetta potrebbe agire come parziale correzione di scelte compiute da un sistema fiscale che, come quello del nostro paese, non tassa l'eredità, o l'assoggetti a prelievi poco più che simbolici. Tale utilizzo infatti eviterebbe agli eredi del NA il doppio beneficio di ottenere un supporto pubblico gratuito per il proprio familiare e godere poi, attraverso l'eredità, senza alcun onere, di un patrimonio che non è frutto del proprio lavoro.

Il tema è ovviamente molto delicato e controverso. Le posizioni assunte dai diversi paesi non aiutano a dirimere la scelta, in quanto sono polari: alcuni, come gli Stati Uniti, richiedono che il non autosufficiente abbia speso per la propria cura

---

<sup>18</sup> Una discussione dei limiti dell'Ise può essere rintracciata ad esempio nei Rapporti sullo stato di attuazione elaborati dalla Commissione per la spesa pubblica, anni vari.

<sup>19</sup> Per una prima analisi di questi temi si veda Bosi, Guerra e Silvestri (1998).

tutto o quasi tutto il proprio risparmio prima di essere eleggibile per l'accesso al servizio (e si scontrano però con fenomeni di elusione consistenti in donazioni anticipate agli eredi, difficilmente sanzionabili), altri richiedono una partecipazione al costo del servizio proporzionale (in Giappone il 10%). La Germania, non richiede alcuna compartecipazione, ma mantiene un gap significativo fra la prestazione monetaria riconosciuta e il costo effettivo del servizio di modo che, coloro che vogliono godere integralmente del servizio medesimo, sono chiamati ad una compartecipazione implicita che è direttamente correlata al costo. Resta comunque confermato che, in generale, la compartecipazione a servizi *community-based* è molto meno rilevante (sino ad essere nulla, negli Stati Uniti e in Nuova Zelanda, per quanto a fronte di accessi molto selettivi e *means tested*) rispetto a quella richiesta per le strutture residenziali.

### 3.1.8. Risparmi di altra spesa pubblica

Una valutazione delle risorse necessarie per l'implementazione di un PNA non può prescindere da altre due importanti considerazioni: la valutazione della spesa già erogata, nel campo oggetto di intervento, da parte delle amministrazioni pubbliche, a tutti i livelli, e la considerazione degli eventuali risparmi che l'introduzione di un PNA può comportare nella spesa pubblica erogata ad altro titolo.

Gli eventuali problemi relativi al primo aspetto riguardano la reperibilità di dati credibili ed aggiornati sulla spesa in essere. Una valutazione delle risorse attualmente dedicate dalle amministrazioni pubbliche del nostro paese all'assistenza domiciliare, è stata, ad esempio, effettuata, sulla base di rielaborazioni dei dati forniti dal Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria relativi al 2001, in Capp *et al.* (2004)<sup>20</sup>.

Per quanto invece riguarda il secondo aspetto, va innanzitutto considerato che risparmi di spesa possono essere ottenuti sia attraverso il superamento di istituti, come l'indennità di accompagnamento, che si risolverebbero in una mera duplicazione di interventi rispetto al PNA, sia attraverso una più precisa demarcazione del confine fra interventi sanitari e servizi sociali. Il primo tipo di intervento richiede che venga trovata una soluzione allo spinoso problema dei diritti acquisiti, e non può quindi avvenire se non con gradualità.

Più difficile è il secondo tipo di intervento: da un lato, è infatti comune alle esperienze dei diversi paesi che, in assenza di un adeguato PNA, il sistema sanitario è chiamato a farsi carico, impropriamente, di compiti assistenziali sostitutivi, che assumono spesso la forma di ricoveri per lungodegenti, dall'altro, è altrettanto noto quanto sia difficile distinguere in modo univoco i casi "acuti" dai casi di soggetti bisognosi di cure a lungo termine. Una trattazione compiuta di queste tematiche esula dallo scopo di questo lavoro. In questa sede è però importante richiamare le

---

<sup>20</sup> Secondo tale valutazione, le risorse destinate all'assistenza domiciliare integrata sono pari: a 2 miliardi 390 milioni di euro nel 2003, a 3 miliardi 270 milioni nel 2010 e a 3 miliardi 900 milioni nel 2020.

più importanti implicazioni che le scelte relative al finanziamento della NA hanno sulla possibilità di successo di un'operazione di "risparmio" del tipo indicato.

In primo luogo, a fronte di un servizio sanitario generalmente gratuito, l'esistenza di compartecipazione ai servizi per NA può distorcere la domanda per tali servizi a favore di quelli sanitari. La consapevolezza di questo possibile esito concorre a spiegare perché, in molti paesi, per i servizi *community-based*, generalmente meno dispendiosi rispetto ai ricoveri ospedalieri, non vengono richieste alte compartecipazioni. E' in particolare interessante notare come la "distorsione" in questione non riguardi soltanto la domanda diretta da parte degli utenti, ma condizioni anche le scelte da parte dei medici che intermediano tale domanda.

In secondo luogo, come vedremo meglio in seguito, la divisione delle responsabilità finanziarie fra livelli di governo, e la comune preoccupazione per il proprio vincolo di bilancio, può favorire un trasferimento di pazienti da un programma all'altro. Tipicamente questo rimpallo di responsabilità riguarda un ente sovraordinato, responsabile del finanziamento della sanità, e le amministrazioni locali a cui è demandato il finanziamento dell'assistenza.

Alcuni paesi hanno cercato di chiarire meglio la demarcazione dei campi di intervento, anche se non sempre muovendosi nella direzione di trasferire fondi dalla sanità alla NA: la Nuova Zelanda, ad esempio, ha seguito la via opposta, trasferendo risorse destinate al sostegno dei disabili dal budget relativo all'assistenza a quello relativo alla sanità. In Italia è stata adottata, nell'ambito della specificazione dei Lea, una soluzione di compromesso, consistente nella determinazione della percentuale di partecipazione, da parte dei comuni responsabili dell'assistenza, al costo sostenuto dalle Ausl di determinati servizi socio-sanitari. Un esempio molto importante di intervento volto ad impedire il trasferimento di responsabilità finanziarie attraverso un mancato rispetto delle proprie responsabilità di offerta è poi rappresentato dalla Danimarca, che chiede al comune, responsabile dell'assistenza ai non autosufficienti, di pagare alla *county*, responsabile delle cure ospedaliere, la retta dell'ospedale che sia costretto a non dimettere il lungo degente a causa della mancata disponibilità sul territorio di un adeguato intervento di *long term care*.

Altri paesi hanno seguito una via alternativa, sicuramente più promettente, proprio sotto il profilo del risparmio dei costi, ma non sempre compatibile con il contesto istituzionale: l'integrazione fra i diversi servizi. Molto attivi in quest'area gli Stati Uniti, che hanno sperimentato, con le HMOs (*Health maintenance organizations*) interventi che uniscono fondi e servizi dei due programmi di Medicare e Medicaid. Sperimentazioni analoghe esistono in Canada, e la loro introduzione è in discussione nel Regno Unito. Anche la Germania sembra muoversi su questa linea: l'amministrazione del programma per la NA è infatti affidata agli stessi fondi di malattia (privati) che amministrano i servizi sanitari. A questa integrazione amministrativa non corrisponde però una integrazione finanziaria: i fondi riservati alla *long term care* restano distinti rispetto a quelli riservati alla sanità. Analogo problema si pone con i distretti sociosanitari nel nostro paese. L'assenza di una



completa integrazione fra i due programmi, ostacolata anche da motivi finanziari, non permette però di sfruttare adeguatamente le opportunità di guadagni di efficienza fra settori di intervento. Si tratta di guadagni potenzialmente rilevanti. Un esempio: è universalmente riconosciuto che una maggiore attenzione alle cure riabilitative (generalmente ricomprese nei budget sanitari) ridurrebbe sensibilmente le necessità di spesa per la *long term care* (che rientra invece nel budget dell'assistenza). Lo stesso effetto potrebbe essere ottenuto attraverso la cosiddetta prevenzione secondaria (che rientra nei compiti affidati alla sanità), finalizzata a prevenire non la malattia cronica in sé (spesso non evitabile) ma le sue conseguenze più debilitanti.

### 3.2 *Adeguatezza del finanziamento nel tempo: cenni*

Come si è ricordato più volte, un modello completo di PNA richiede un finanziamento adeguato non solo nel momento della sua introduzione ma anche in una prospettiva intertemporale, un finanziamento cioè che sia in grado di fronteggiare le future dinamiche della domanda e dei costi.

Un primo insieme di problemi riguarda l'entrata a regime del piano. Come dimostra il caso del finanziamento dei Lea nel nostro paese, è infatti plausibile che, specialmente in una fase iniziale, non sia possibile una valutazione compiuta dei costi del sistema, perché mancano informazioni adeguate<sup>21</sup>. Le amministrazioni locali devono poi attrezzarsi alle nuove responsabilità a cui sono chiamate, i cittadini devono acquisire la piena consapevolezza dei loro nuovi diritti, e adattare ad essi, conseguentemente, i propri comportamenti e le proprie scelte. Ciò comporta che, come avvenuto ad esempio in Giappone, nelle fasi iniziali la domanda possa essere più circoscritta di quella che ci si attende a regime, e la spesa tenda a crescere man mano che il sistema diventa maturo. Questo fenomeno è particolarmente rilevante quando sia garantita al cittadino in stato di bisogno il diritto ad una prestazione espressa in termini monetari, e ancor di più quando, come nel caso della Germania, tale prestazione possa essere utilizzata incondizionatamente (e quindi anche per finanziare soluzioni private, quali il ricorso a badanti o al lavoro di cura informale). In questo caso, infatti, è meno probabile che la domanda incontri vincoli di offerta che ne rallentino l'espansione.

La domanda e i costi dei servizi di NA possono poi aumentare nel tempo non solo per l'entrata a regime del sistema, ma anche in relazione a fenomeni, che vanno attentamente monitorati e ponderati. Per quanto riguarda la domanda, i fenomeni più rilevanti riguardano: l'invecchiamento della popolazione, le modifiche attese nella diffusione dei livelli di disabilità, gli effetti legati a modifiche nella struttura delle famiglie (riduzioni delle nascite, numero di anziani che vivono soli, ecc.) che possono incidere significativamente sulla disponibilità al lavoro di cura.

Fra i fattori che possono incidere sull'andamento dei costi possono essere ricordati i vincoli di offerta (vari paesi hanno, ad esempio, già cominciato a

---

<sup>21</sup> Un primo monitoraggio dei costi collegati ai Lea è stato effettuato nel nostro paese solo due anni dopo la loro entrata in vigore.

sperimentare carenze nella disponibilità di manodopera per il lavoro di cura) e i mutamenti tecnologici che rendono possibili cure più efficaci, più o meno costose: esistono ad esempio, prime evidenze sul fatto che nel campo della *long term care*, diversamente da quanto avviene in sanità, le nuove tecnologie di assistenza permettano la sostituzione di manodopera e allevino i costi, specialmente nei casi meno gravi di non autosufficienza.

E' interessante ricordare che proprio l'imprevedibilità della dinamica intertemporale della domanda e dei costi delle prestazioni che dovrebbero essere contrattualmente garantite a fronte di non autosufficienza è considerata una delle principali cause di fallimento delle assicurazioni private (cfr Rebba, in questo volume). Il rischio di cui esse si fanno carico è serialmente correlato, e non può quindi essere facilmente 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.

Non molto diverso sembra essere l'approccio seguito dalle assicurazioni pubbliche, che, come abbiamo visto, tendono a tradurre comunque la prestazione in un ammontare monetario con un tetto ben definito. Per evitare che la quantità di servizi che possono essere ottenuti a fronte di un determinato stato di bisogno vada via via riducendosi, sarebbe indispensabile che tale ammontare fosse periodicamente rivisto e/o indicizzato rispetto all'inflazione. Vi è però il rischio che prevederne un incremento, specie se automatico, nel tempo renda difficile alla collettività reggere l'impegno finanziario conseguente. Grande attenzione a queste problematiche ha contraddistinto l'esperienza tedesca. In Germania non è previsto alcun meccanismo automatico di adeguamento dei fondi alla crescita delle esigenze finanziarie, e tanto meno è prevista l'indicizzazione delle prestazioni. Nel dibattito corrente è poi ben evidenziato il possibile *trade off* che esiste, per dato finanziamento, fra miglioramento delle prestazioni e ampliamento del numero dei beneficiari ammessi al servizio.

In generale il problema non può che essere affrontato attraverso una riconsiderazione periodica delle prestazioni garantite che tenga conto del vincolo di bilancio, così come se ne deve tener conto al momento dell'introduzione dei Lep. Particolare attenzione deve poi essere posta ai problemi di sostenibilità finanziaria che possano derivare da una dinamica spontanea delle tipologie di entrata scelte per finanziare il programma (es. contributi commisurati alle retribuzioni, o imposte sul reddito, ecc.) insufficiente a far fronte alla dinamica della spesa stessa.

## **4. Il finanziamento di un programma per la non autosufficienza in un quadro di federalismo fiscale.**

### *4.1 I Lep in un contesto federale: considerazioni di carattere generale*

Il problema del finanziamento di un PNA non si esaurisce nella quantificazione delle risorse adeguate alla sua realizzazione, in conformità con la definizione adottata per i Lep, ma richiede la concreta individuazione delle modalità di prelievo a cui attingere. Il tema è affrontato nel contributo di Baldini e Beltrametti in questo volume (si veda anche Capp, Cer e Servizi Nuovi, 2004) e non verrà quindi ripreso in questo lavoro. Qui ci occuperemo invece di inquadrare le problematiche del finanziamento di un PNA nell'ambito di un contesto federale, al fine di fornire prime risposte al seguente interrogativo: quali tipologie di finanziamento rendono più plausibile la realizzazione di Lep, definiti centralmente, da parte di enti decentrati?

In un contesto unitario dove il soggetto che definisce i Lep è lo stesso che deve realizzarli, i requisiti più rilevanti che il finanziamento di un PNA dovrebbe soddisfare sono i seguenti:

a) al PNA dovrebbe essere riservata una fonte di finanziamento specifica, un fondo per la NA, di cui si possa valutare la congruità e che non possa essere "cannibalizzata" da parte di altri programmi di spesa;

b) il "fondo" dovrebbe essere alimentato attraverso forme di finanziamento eterogenee, per non far gravare il costo, elevato, del PNA su un unico cespite o su un unico soggetto.

Questi requisiti potrebbero essere preservati in un contesto "federale", in cui il soggetto che decide i Lep non è lo stesso che deve realizzarli, ricorrendo alla costituzione di un fondo per la non autosufficienza, ripartito dal governo centrale agli enti decentrati responsabili dei servizi, sotto forma di trasferimento vincolato.

Come la letteratura relativa alla compatibilità fra standard nazionali e federalismo, in sanità, ha reso però ormai evidente, una scelta di questo tipo è molto problematica. In estrema sintesi, i nodi problematici principali sono i seguenti. Da un lato, il trasferimento specifico permette un controllo finanziario sulla corretta destinazione delle risorse, ma non premia e quindi non incentiva, guadagni di efficienza che i singoli enti decentrati possano conseguire. Dall'altro, la responsabilizzazione dell'ente decentrato, che potrebbe essere maggiormente ottenuta attraverso cofinanziamenti, o il ricorso all'autonomia impositiva, potrebbe rendere meno stringente la garanzia e più complessa la verifica (il monitoraggio) dell'accesso ai livelli essenziali del servizio da parte di tutti i cittadini, a prescindere dalla loro residenza.

### *4.2. I Lep nel contesto italiano, dopo la riforma del titolo V della Costituzione*

#### *4.2.1. Inquadramento del problema*

Per calare le tematiche più sopra brevemente delineate nel contesto italiano, è ovviamente necessario fare i conti con le profonde modificazioni intervenute nel

quadro dei rapporti fra livelli diversi di governo, a seguito dell'approvazione della riforma del titolo V della costituzione. A seguito di questa riforma, la Regione ha un insieme di competenze: concorrenti nelle quali deve cioè conformarsi a principi generali definiti dallo stato ed esclusive nelle quali può decidere in piena autonomia. Essa è inoltre vincolata alla realizzazione dei Lep la cui definizione è compito esclusivo dello stato

Il finanziamento di cui le regioni necessitano per potere svolgere le loro funzioni ordinarie può derivare da due fonti: *tributi ed entrate proprie* (entro la cornice del coordinamento statale), *compartecipazione* al gettito di tributi erariali riferibili al territorio regionale. Data la cattiva distribuzione sul territorio nazionale del gettito potenziale di queste due fonti è inoltre prevista l'istituzione di un *fondo perequativo* "senza vincoli di destinazione" per i territori con minore capacità fiscale. Le tre fonti di finanziamento indicate garantiscono il finanziamento integrale delle funzioni ordinarie delle regioni, a cui poi ciascuna regione può aggiungere in piena autonomia risorse proprie.

Il punto maggiormente qualificante di questo schema sembra essere che, a garanzia dell'autonomia decisionale dell'ente decentrato, non c'è e non ci deve essere alcun legame fra singole fonti di finanziamento e singole voci di spesa.

Occorre allora interrogarsi sulla compatibilità fra lo schema delineato e la sussistenza di un finanziamento centrale vincolato a sostegno di un PNA. A questo proposito il punto cruciale è stabilire se la realizzazione dei Lep definiti centralmente ad opera delle regioni rientri o meno nelle funzioni "ordinarie" delle stesse, funzioni per le quali, indubbiamente, la Costituzione (e le successive, ripetute, pronunce della Corte costituzionale) escludono ogni vincolo di destinazione.

In caso di risposta affermativa a questo quesito, la situazione che si viene a delineare è la seguente. Lo stato definisce i Lep e ne monitora la realizzazione. Alle regioni nel loro complesso viene garantito un insieme di risorse sufficienti a fare fronte alle proprie funzioni, perequato nel modo di cui si è detto. Alla NA, così come a ogni altra componente di spesa, non è riconosciuto alcun finanziamento specifico. Il costo del PNA è quantificato, assieme al costo delle altre funzioni che devono essere svolte dalle regioni, e il finanziamento è indistinto.

Questo schema non è ovviamente coerente con le caratteristiche per il finanziamento della NA che avremmo considerate "ottimali" in un contesto unitario. In particolare, per quanto riguarda il punto a) di cui al paragrafo precedente, va sottolineata l'assenza di un vincolo di destinazione, di una "riserva" di finanziamento. In questo contesto, il fatto che alcuni enti spendano di più e altri meno nel campo della NA riflette, nella migliore delle ipotesi, una loro scelta autonoma di privilegiare quel campo rispetto a campi alternativi, sulla base di una propria visione delle priorità. Nella peggiore delle ipotesi è il mero risultato di una diversa capacità fiscale. Una correzione a questo esito verrebbe perseguita esclusivamente attraverso la perequazione della capacità fiscale.

#### 4.2.2. *Il principale rischio: il venir meno del legame fra risorse e bisogno*

La perequazione della capacità fiscale potrebbe portare ad un avvicinamento, o al massimo ad una equiparazione, di tale capacità (gettito standard pro capite dei principali tributi e delle compartecipazioni). Ad una simile o uguale capacità potrebbero però corrispondere bisogni fortemente differenziati. Si aprirebbe allora un'importante contraddizione: affidando allo stato, l'individuazione di livelli essenziali per le prestazioni sociali, la Costituzione pone attenzione ai bisogni essenziali e cerca di assicurarne la soddisfazione uniforme a livello territoriale; questo obiettivo non godrebbe però di alcun supporto finanziario specifico.

Questa contraddizione viene meno se si segue un approccio interpretativo differente, secondo il quale, mentre per le materie in cui hanno competenza esclusiva si ammette che le regioni si finanzino con il ricorso a tributi propri (che garantiscono loro il massimo margine di autonomia e di differenziazione dell'intervento) e che la perequazione avvenga secondo il principio della sola capacità fiscale, per la realizzazione dei Lep, che sono definiti, in via esclusiva, dallo stato si può e si deve fare ricorso ad altri strumenti di finanziamento: trasferimenti, possibilmente a destinazione vincolata, strumenti perequativi ispirati al criterio del bisogno.

Il ricorso a questi strumenti, a prima vista incompatibili con il dettato costituzionale, in quanto non esplicitamente menzionati, non è uniformemente escluso dalla letteratura interpretativa, e sembra trovare un qualche conforto nelle recenti pronunce della Corte costituzionale.

Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda i *trasferimenti*. Tale strumento, e in particolare i trasferimenti a destinazione vincolata (come potrebbe essere un fondo per la non autosufficienza), non rientra fra le fonti ammesse per il finanziamento delle funzioni ordinarie delle regioni. La Corte Costituzionale ha infatti più volte sottolineato l'incompatibilità fra il vincolo di destinazione e l'autonomia riconosciuta alle regioni<sup>22</sup>. Essa ha però anche chiarito che il vincolo di destinazione non è ammesso "in materie e funzioni la cui disciplina spetti alla legge regionale, siano esse rientranti nella competenza esclusiva delle Regioni ovvero in quella concorrente, pur nel rispetto, per quest'ultima, dei principi fondamentali fissati con legge statale" (cfr. sent. 423 del 2004) e cioè con riferimento a funzioni che non spettano allo Stato. La definizione dei Lep è però competenza esclusiva dello Stato; una competenza trasversale che limita (anzi esclude) l'autonomia della regione che è tenuta a fornire quei livelli. Ne potrebbe quindi legittimamente discendere che la responsabilità finanziaria circa l'attuazione dei Lep debba essere integralmente dello stato. In questa ipotesi l'istituzione di un fondo a destinazione vincolata per i Lep relativi alla NA non violerebbe l'autonomia regionale, in quanto interverrebbe su un campo che non è riservato all'autonomia regionale.

---

<sup>22</sup> Coerentemente con questo principio la Corte ha dichiarato la illegittimità costituzionale delle norme con le quali, successivamente all'entrata in vigore della riforma del titolo V sono stati istituiti nuovi Fondi vincolati (cfr. sentenze n. 370 del 2003, e nn. 49, 308, 320 e 423 del 2004).

A sostegno di questa tesi si può ricordare che, nelle diverse pronunce citate nella precedente nota, in risposta alle memorie difensive dell'Avvocatura dello Stato, la Corte Costituzionale ha più volte escluso che le disposizioni oggetto di censura riguardassero il finanziamento di Livelli essenziali di prestazione, rendendo possibile l'interpretazione che essa non riterrebbe invece censurabile un finanziamento a destinazione vincolata relativo a tali livelli<sup>23</sup>.

Al di fuori di questa ipotesi, il ricorso ai trasferimenti potrebbe essere ammesso, *in via temporanea*, solo appellandosi all'art. 119 comma 5° che prevede l'esborso di risorse aggiuntive da parte dello stato "per promuovere ... la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo sviluppo dei diritti alla persona". Ciò richiederebbe, a partire da un censimento dell'offerta attualmente esistente nei servizi per la NA, valutare l'opportunità di prevedere trasferimenti aggiuntivi a favore delle regioni più indietro al fine di favorire un riequilibrio territoriale nella realizzazione dei Lep (soprattutto nella loro dimensione di indicatori di offerta, cfr par. 2). Si tratta ovviamente di un'ipotesi molto delicata dal punto di vista politico, in quanto rischia di premiare le regioni che sono più indietro non in quanto più bisognose, ma in quanto più inefficienti o passive.

Qualora l'ipotesi dell'istituzione di un fondo nazionale ad hoc per la NA non potesse essere perseguita, in quanto considerata incostituzionale, una via alternativa per mantenere un legame fra finanziamento e soddisfazione dei bisogni individuati dai Lep potrebbe consistere nel ricorso a *strumenti perequativi ispirati al criterio del fabbisogno*, secondo le linee già seguite, con riferimento alla sanità, dal decreto 56/2000. Si potrebbe infatti argomentare che se è vero che le tre fonti di finanziamento individuate dall'art. 119 della Costituzione (tributi propri, partecipazioni e fondo perequativo ispirato al principio della capacità) devono garantire il finanziamento integrale delle funzioni ordinarie delle regioni, fra cui rientrerebbe anche la realizzazione dei Lep, lo svolgimento delle funzioni ordinarie non richiede però lo stesso finanziamento pro capite: i bisogni sono differenziati, e quindi, per svolgere le stesse funzioni ordinarie alcune regioni hanno bisogno di risorse pro capite più elevate. Per alcune funzioni particolarmente importanti come i servizi per la NA, in cui la differenziazione territoriale dei bisogni è particolarmente accentuata, e che sono necessari alla realizzazione di Lep, garantiti costituzionalmente, si rende quindi necessario "correggere" il criterio della capacità fiscale tenendo conto dello specifico fabbisogno assistenziale di ogni regione (come previsto dal 56/2000 con riferimento al fabbisogno sanitario). Questo tipo di

---

<sup>23</sup> A questo proposito, ad esempio, la sentenza 423 del dicembre 2004 afferma: "Né può ritenersi che l'oggetto della disciplina in esame attenga alla potestà legislativa esclusiva statale di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» ex art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione. .... Trattandosi, pertanto, di norma dettata in ambiti in cui le funzioni sono di spettanza regionale, deve ritenersi costituzionalmente illegittima, per violazione degli artt. 117 e 119 della Costituzione, la previsione di un cofinanziamento vincolato alla specifica finalità di erogare la misura assistenziale in esame".

approccio avrebbe il vantaggio di collegare la determinazione del grado di compartecipazione ai tributi erariali richiesto per il finanziamento della funzione in esame ad una stima del fabbisogno che può essere periodicamente aggiustata e verificata. Il suo punto di forza, rispetto ai vincoli imposti dal dettato costituzionale, è di non imporre alle regioni una destinazione vincolata delle risorse ottenute<sup>24</sup>: esso commisura le risorse complessivamente erogate alla singola regione anche al suo specifico fabbisogno per la NA, ma non ne vincola l'uso in quel settore.

Il ricorso alla leva finanziaria centrale, per vincolare gli enti decentrati alla realizzazione dei Lep, utilizzata molto spesso nelle situazioni in cui si vogliono ottenere standard nazionali su materie che sono di potestà esclusiva regionale (come la sanità in Canada), può però avere l'inconveniente di non stimolare tali enti alla ricerca dell'efficienza. La definizione dell'ammontare di tale finanziamento, che come si è detto dovrebbe essere in prima istanza collegato ad una valutazione dell'articolazione territoriale del bisogno, potrebbe allora essere anche utilizzata come strumento funzionale al controllo (strumento sanzionatorio): il suo progressivo adeguamento all'esigenze di un PNA maturo potrebbe essere condizionato al raggiungimento, da parte della regione, di determinati risultati, ad esempio in termini di indicatori di offerta; o all'esito del monitoraggio di elementi del servizio (liste di attesa, domande non evase ecc.) In altri termini, la singola regione avrebbe diritto ad un più alto finanziamento, a fronte di un più alto fabbisogno, solo se dimostra di spendere in modo efficiente nel settore della NA.

Ciò ripropone con forza l'importanza del monitoraggio dei risultati al fine della corretta implementazione di un PNA (cfr. paragrafo 2). Monitoraggio che non dovrebbe essere affidato solo al "centro" ma anche agli utenti, nella misura in cui si sviluppi una diffusa sensibilità rispetto al servizio, e cioè nella misura in cui i cittadini siano resi consapevoli e condividano l'idea che, come per la sanità, anche l'accesso al servizio per la non autosufficienza è un diritto meritevole di tutela pubblica.

---

<sup>24</sup> Per questo stesso motivo la Corte costituzionale (sentenza n. 17 del 2004) ritiene che il decreto 56/2000 abbia segnato l'avvio del passaggio dal sistema di finanziamento delle regioni per trasferimenti a quello che prevede l'accesso diretto, mediante le c.d. compartecipazioni ad alcuni tributi statali, adottato poi dalla Costituzione.

## Riferimenti bibliografici

- Bosi, P., 2003, *Politica dei redditi e riforme del welfare*, Diritto delle relazioni industriali, n.1.
- Bosi, P., Guerra, M.C., Silvestri, P., 1998, *La spesa sociale del Comune di Modena*, Materiali di discussione del Dipartimento di Economia Politica, n. 223 e n. 264.
- Capp, Cer, Servizi Nuovi (a cura di), 2004, *I diritti di cittadinanza delle persone non autosufficienti*, Edizioni Liberetà, Roma.
- Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, 1999 -2003, 1°, 2°, 3°, 4° *Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'Indicatore della situazione economica*, Ministero dell'Economia e Finanze.
- Esping-Andersen, G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, OUP, Oxford.
- Gori, C., 2003, *Applicare i livelli essenziali nel sociale*, In Prospettive sociali e sanitarie n.15-17, settembre-ottobre.
- Mlps (2004), *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, mimeo, Roma, 29 marzo 2004.
- Pesaresi, F., 2004, *La spesa per la long-term care in Europa*, in questo volume.
- Picchio, A., 2003, *A macroeconomic approach to an extended standard of living*, in, Picchio, A., a cura di, *Unpaid Work and the Economy*, Routledge, London.



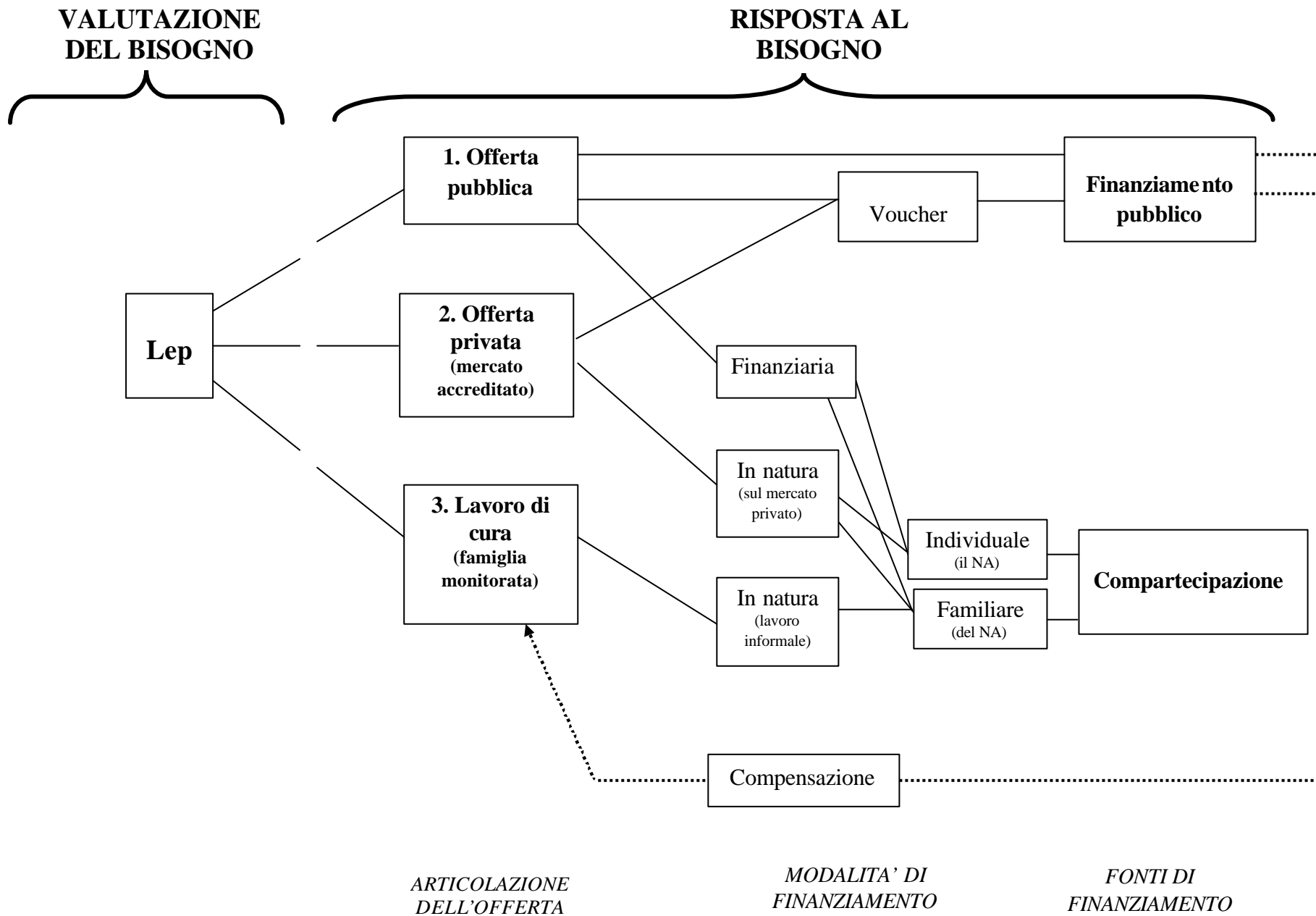


Figura 1 – Modalità di finanziamento di un programma completo per la NA