

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.  
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”  
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)  
Coordinatore: Cristiano Gori*

**Capitolo 19**

**Il futuro dell’assistenza continuativa in Italia: scenari a confronto**

di  
*Cristiano Gori*

*Luglio 2010*

## 1. Introduzione

La quarta parte comprende questo capitolo e il successivo, e conclude il percorso del Rapporto. Si collegano le analisi e i dati prodotti nei capitoli precedenti al fine di delineare i principali scenari alternativi per le complessive politiche nazionali rivolte alle persone non autosufficienti che il nostro paese ha davanti a sé. L'obiettivo consiste, dunque, nel valutare le più importanti ipotesi sul futuro delle politiche nazionali di assistenza continuativa in Italia e confrontarle.

Il presente capitolo discute gli scenari d'insieme seguendo il medesimo schema impiegato nella seconda parte del Rapporto. Di ogni ipotesi individuata si simulano – per il breve e medio periodo (3 e 6 anni) - le modificazioni nel profilo degli interventi, il percorso attuativo e l'impatto sul bilancio pubblico; la si esamina poi con la griglia valutativa già utilizzata nella seconda parte. Come in tutto il progetto, le ipotesi considerate non sono necessariamente le preferite da me o dagli altri Autori coinvolti ma quelle – di varie origini e orientamenti – oggi più accreditate nel dibattito italiano<sup>1</sup>. Per una maggiore comprensibilità la denominazione delle ipotesi richiama contesti dove sono state realizzate o proposte. Il capitolo successivo ripercorre le medesime opzioni approfondendone le conseguenze economiche - sul bilancio pubblico e sulle famiglie - e le loro implicazioni<sup>2</sup>.

La fonte delle prossime pagine sono i dati e le analisi contenuti nei precedenti capitoli. Per non sovraccaricare il testo mancano, perlopiù, i riferimenti agli specifici contributi ma è da intendere che quando ci si riferisce a un argomento – se non altrimenti segnalato – si sta riprendendo il lavoro svolto nello specifico capitolo<sup>3</sup>. Il mio sforzo è stato provare a collocare le diverse parti in un quadro d'insieme, se ho male utilizzato le riflessioni elaborate dai colleghi nei singoli capitoli la responsabilità è esclusivamente mia.

Il contributo è costruito come segue. Il prossimo paragrafo puntualizza l'interrogativo che attraversa i diversi scenari, riguardante la possibilità di costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa (par. 2). Comincia poi la discussione delle singole ipotesi, iniziando con il mantenimento dello status quo (“Grecia”, par. 3) per passare successivamente a interventi che consoliderebbero le caratteristiche del nostro modello tradizionale (“Italia anni ‘80”, par. 4). La disamina delle ipotesi tese a costruire scenari differenti parte dalla strategia legata allo sviluppo delle assicurazioni private (“Stati Uniti”, par. 5). Ci si dedica dopo alle strategie riguardanti il rafforzamento delle politiche pubbliche, una concentrata solo sui servizi (Italia “1997-2008”, par. 6) e l'altra raffigurante un progetto complessivo di sviluppo (“direzione Spagna”, par. 7). Terminata la discussione dei singoli scenari, li si mette a confronto (par. 8), così da proporre una visione d'insieme. Seguono alcune brevi conclusioni (par. 9).

In sede introduttiva è opportuno delimitare i confini del capitolo. Nelle prossime pagine provo a rappresentare le principali alternative strategiche presenti nel dibattito politico e scientifico del nostro paese. Grazie alle numerose elaborazioni proposte nel Rapporto ogni alternativa potrebbe

---

<sup>1</sup> In linea con le risultanze del dibattito e con quanto svolto nei capitoli precedenti, non vengono considerate ipotesi di riduzione della spesa pubblica dedicata e tutti gli scenari ne prevedono - nel breve/medio periodo - l'invarianza o la crescita.

<sup>2</sup> Alcuni dati frutto delle elaborazioni presentate dettagliatamente nel prossimo capitolo sono anticipati in questo.

trovare varie traduzioni operative, di cui il relativo paragrafo ne presenta solo una. Ciò che conta – giunti alla fine del Rapporto - è mettere a fuoco le grandi direzioni che l’assistenza alle persone non autosufficienti potrebbe seguire in Italia. Le opzioni strategiche di fondo per il futuro tra cui il nostro paese dovrà scegliere mi pare si riducano a quelle illustrate a partire dal paragrafo 3, mentre le possibili traduzioni pratiche di ognuna sono varie; con riferimento a ogni opzione il lettore ne può costruire altre – diverse da quella utilizzata a titolo di esempio - utilizzando le elaborazioni dei capitoli precedenti.

Nel capitolo mi dedico esclusivamente alle persone anziane non autosufficienti (convenzionalmente indicate come quelle di almeno 65 anni di età). La scelta può apparire incoerente con l’attenzione unitaria verso le persone non autosufficienti di ogni età dichiarata nell’introduzione e realizzata in numerosi capitoli precedenti. Le peculiarità degli interventi rivolti alle persone con disabilità rispetto a quelli per gli anziani hanno però suggerito, per chiarezza, di concentrare questo capitolo sui secondi e di dedicare il capitolo 13 – scritto da Barbieri - agli scenari futuri riguardanti i primi. Come il lettore potrà notare, comunque, gli scenari esaminati qui e quelli considerati nel capitolo 13 ricalcano le medesime logiche di fondo.

## **2. Un sistema nazionale di assistenza continuativa?**

Prima di affrontare i singoli scenari è necessario evidenziare la posta in gioco nelle scelte dei prossimi anni. Bisogna decidere se costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa, fondato su un insieme di diritti e doveri di ogni cittadino italiano di fronte alla non autosufficienza validi in tutto il Paese. Dare vita a questo sistema significherebbe realizzare ciò che in sanità è avvenuto nel 1978 con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Verrebbe così riconosciuto che - nella società di oggi - il rischio di non autosufficienza non ha rilievo inferiore a quello di vecchiaia (previdenza) e di malattia (sanità) e che, pertanto, bisogna dedicarvi un nuovo settore dello stato sociale con pari dignità.

Si tratterebbe di creare un pacchetto di regole valide in tutto il paese e riguardanti le diverse componenti dell’assistenza continuativa (servizi sociali, sociosanitari e sostegni economici). Le regole dovrebbero fornire alcune indicazioni in merito a quali interventi si ha diritto quando si diventa anziani non autosufficienti e in che modo il costo economico dell’assistenza deve essere suddiviso tra la persona coinvolta, i suoi familiari e il settore pubblico. Peraltro, pare impossibile costruire un sistema adeguato ai bisogni della popolazione non autosufficiente senza accompagnare la definizione delle regole con un incremento degli stanziamenti dedicati. Le risorse aggiuntive dovrebbero provenire principalmente dallo Stato poiché i suoi stanziamenti risultano tradizionalmente esigui e Comuni e Regioni da soli possono rispondere solo in parte alle ampie e crescenti domande d’intervento che ricevono. Data la natura fortemente decentrata del welfare italiano e l’eterogeneità dell’assistenza nei contesti locali, non potrebbe che trattarsi di poche regole – chiare e misurabili – nell’ambito di una forte valorizzazione delle autonomie locali.

---

<sup>3</sup> Ad esempio, quando si parla di servizi domiciliari è implicito che sto richiamando i dati e gli argomenti presentati nel capitolo di Guerrini, quando si parla di assicurazione privata il capitolo di Rebba, quando si richiamano le criticità della situazione italiana il capitolo di Chiatti e Lamura e così via.

Da oltre 15 anni la gran parte dei paesi europei si confronta con la costruzione di un sistema nazionale di assistenza continuativa. A partire dagli anni '90 molte realtà dell'Europa centrale - Germania, Francia, Austria, Belgio, Lussemburgo - hanno introdotto riforme con questo fine. Nell'Europa meridionale l'assistenza pubblica nel *long-term care* è meno sviluppata ma la sua legittimità tradizionalmente debole ha ritardato l'inizio del percorso riformatore, che vi ha però preso recentemente piede. La Spagna, infatti, è il primo paese del Sud ad approvare una riforma nazionale delle politiche per i non autosufficienti (2007). La spinta riformatrice si è per un certo periodo tenuta lontana dal Nord Europa a causa di un motivo speculare, il maggior sviluppo del welfare pubblico in quell'area, ma oggi è qui in pieno svolgimento il dibattito sulla necessità di un rafforzamento degli interventi collocato all'interno della definizione di alcune regole nazionali. In termini inglesi, è il dibattito sull'introduzione del *national care system* (Wanless, a cura di, 2006), per tutti è la costruzione di un nuovo settore dello stato sociale.

Con situazioni, percorsi e risultati differenti, dunque, tutti i paesi europei affrontano il tema del sistema nazionale di assistenza continuativa. Si tratta, peraltro, di un "cantiere aperto" ovunque, qui per introdurre una riforma, là per migliorarne un'altra attivata dieci anni prima, in altre realtà ancora per discutere la migliore strada operativa da scegliere (Fernandez et alii, 2009; Glendinning e Moran, 2009). L'obiettivo, però, è sempre lo stesso: la definizione di alcune regole valide in tutto il territorio nazionale accompagnata da un incremento delle risorse economiche dedicate, basato prevalentemente su finanziamenti statali. Tra le esperienze più significative in tal senso figurano quelle di paesi - come la Spagna e la Germania - con una struttura istituzionale federale o molto decentrata, simile all'Italia.

In questo quadro, non stupiscono le attese sollevate dalla definizione dei livelli essenziali prevista - almeno sulla carta - con l'attuazione del federalismo fiscale (legge 42/2009). Infatti, mentre in sanità individuare i livelli significa fornire strumenti per migliorare il sistema nazionale esistente, diverso è il caso dell'assistenza continuativa. In questo settore si tratta, come detto, di decidere "se" si vuole costruire il sistema nazionale e la definizione dei livelli rappresenta la sola occasione per farlo poiché questi costituiscono l'unico strumento deputato a tal fine. In alternativa, accompagnare l'introduzione del federalismo con la loro mancata individuazione<sup>4</sup> o con una loro definizione "al ribasso" significherebbe ratificare l'assenza del sistema nazionale di *long-term care* nel nostro paese. In ogni modo, l'introduzione del federalismo fiscale costringerà il legislatore nazionale a prendere posizione in proposito (Gori e Zanardi, 2008).

L'eventuale costruzione del sistema nazionale di assistenza continuativa dovrebbe superare un insieme di peculiari difficoltà. Primo, il sostegno politico di cui godono le persone non autosufficienti a livello nazionale è tradizionalmente basso, come dimostra il mancato stanziamento - negli ultimi 15 anni - delle risorse necessarie a un adeguato programma loro finalizzato, in un contesto di spesa pubblica crescente e mentre sono stati finanziati numerosi nuovi programmi d'intervento. Secondo, l'eterogeneità del profilo sociale ed economico tra le diverse aree geografiche (senza eguali nell'Europa a 15) e le notevoli differenze - per quantità e caratteristiche - nell'offerta di servizi di titolarità di Comuni ed Asl vincolano fortemente lo spazio d'azione dell'intervento statale. Terzo, a differenza degli altri paesi dove è stata realizzata una riforma - come Spagna e Germania - in Italia una misura nazionale esiste già ed è l'indennità di

---

<sup>4</sup> Secondo la possibilità aperta dal comma 2 articolo 20 della legge 42/2009 (in proposito si veda Gabriele, 2009).

accompagnamento, che ha come noto numerose debolezze. La costruzione di una politica nazionale non potrebbe pertanto prescindere dalla sua riforma (Ranci, a cura di, 2008), che incontra però opposizioni di varia natura. Quarto, l'amministrazione statale è tradizionalmente debole in Italia e la sua capacità di far sì che gli obiettivi da essa individuati siano effettivamente realizzati nel territorio ridotta, come dimostra la disamina delle precedenti riforme nazionali compiuta nel secondo capitolo. Quinto, il dibattito sulle possibili riforme da introdurre ha dedicato sinora scarsa attenzione alla definizione di proposte concrete e ai loro meccanismi attuativi (una rassegna del dibattito è in Gori, 2008). Il primo punto dipende dalle scelte politiche, che non sono da noi discusse. Per quanto concerne gli altri, pur senza sottovalutare le difficoltà citate, esiste - a mio parere - la possibilità di costruire il sistema nazionale: si tratta di calibrare gli interventi progettati così da tenere conto delle peculiarità menzionate.

Nell'esaminare gli scenari che seguono, dunque, "vogliamo costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa?" è la domanda sottostante da tenere a mente, su cui tornerò alla fine del capitolo. Qualora non si andasse in questa direzione si possono imboccare diverse strade alternative, la riduzione degli interventi, il mantenimento della situazione attuale o l'attivazione di misure avulse da un disegno di quadro. Il nocciolo, in ogni modo, si trova nella risposta al quesito richiamato sopra.

### **3. Scenario "Grecia" (status quo)**

Iniziamo ora la discussione dei singoli scenari, partendo - come in tutti i capitoli esaminati - dal mantenimento dello status quo<sup>5</sup>. Questa ipotesi si concretizzerà se in futuro si perpetuerà l'incapacità dell'assistenza continuativa di diventare un tema di rilievo nell'agenda dei decisori nazionali. In mancanza di un mutato indirizzo da parte della politica lo Stato continuerebbe con un ridotto investimento nel settore, in termini di risorse così come di progettualità.

Scenario "Grecia" significa, quindi, nessun intervento rilevante dell'amministrazione statale teso a rafforzare il profilo dell'assistenza a titolarità pubblica, senza alcun robusto incremento di risorse dedicate. Vorrebbe parimenti dire non rafforzare l'oggi esile funzione di governo dello stato centrale, non potenziando le funzioni di monitoraggio. In uno scenario di mancato investimento sull'assistenza continuativa è ragionevole attendersi che il federalismo venga introdotto senza la definizione dei livelli essenziali o con livelli di natura solo formale e privi di impatto sulla realtà<sup>6</sup> (Box 1). In sintesi, le opportunità poste dal federalismo non sarebbero colte e le politiche nazionali confermerebbero la loro tradizionale debolezza.

---

<sup>5</sup> Ricordiamo che il presente progetto non considera ipotesi di riduzione dell'assistenza pubblica fornita.

<sup>6</sup> Livelli, ad esempio, che ripetano le indicazioni sull'offerta di servizi sociosanitari generiche e non riferite ad indicatori misurabili contenute nel Dpcm 29/11/2001.

### **Box 1 – Scenario “Grecia” (status quo)**

- No intervento statale per rafforzare il profilo dell’assistenza
- No robusto incremento di stanziamenti da parte dello Stato
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

Lo scenario è denominato “Grecia” non perché il welfare italiano sia uguale a quello del paese ellenico, dato che - secondo tutti gli indicatori disponibili (di fonte OCSE, EU e altri) – la nostra offerta di assistenza pubblica risulta maggiore<sup>7</sup> e di qualità superiore; nel caso di diverse Regioni del centro-nord, inoltre, la distanza è notevole. La scelta del nome dipende dal tema del progetto, le politiche nazionali. Nell’Europa a 15 - con cui abitualmente ci confrontiamo – i paesi dove l’assistenza continuativa pubblica è meno sviluppata sono le realtà del Sud, Portogallo, Grecia, Spagna e Italia; in questo gruppo gli ultimi due hanno un’offerta più ampia pur rimanendo staccati dal resto del continente. Nelle nazioni meridionali tradizionalmente mancano politiche nazionali adeguate e, come detto, la sola Spagna ha da poco introdotto una riforma tesa a modificare il quadro in modo strutturale. scenario “Grecia” - ma avrebbe potuto chiamarsi scenario “Portogallo” - significa che l’Italia si collocherebbe tra i paesi europei i quali, pur avendo un sistema debole e politiche nazionali inadeguate, non potenziano queste ultime.

Come valutare questa ipotesi? Bisogna partire dalle ultime due dimensioni della griglia, che evidenziano l’intreccio tra l’elevata fattibilità e le profonde conseguenze nel tempo (Tab. 1). Si tratta dell’ipotesi più facilmente realizzabile, sul piano politico e tecnico. Non richiede né la battaglia politica per trovare nuove risorse economiche né l’impegno tecnico per introdurre nuove regole dal centro e monitorarne l’attuazione, impegno che sarebbe complicato in ogni paese e che in Italia verrebbe reso più gravoso dalla ridotta esperienza in proposito e dalla complessiva debolezza dell’amministrazione statale.

Nondimeno, le sue implicazioni per il welfare futuro sono profonde, più di quanto possa apparire. Continuare a non riformare il sistema, infatti, renderà sempre più difficile il compito a chi eventualmente volesse provarci in futuro, per diverse ragioni. Primo, è ragionevole supporre che le differenziazioni territoriali nei servizi cresceranno ancora di più (in quantità dell’offerta, sue caratteristiche e qualità<sup>8</sup>) e che le attuali modalità di utilizzo dell’indennità di accompagnamento si radicheranno ulteriormente. Secondo, la disabitudine dell’amministrazione centrale a svolgere una funzione di monitoraggio si consoliderà. Terzo, attivare il federalismo senza accompagnarlo con la definizione di sostanziali livelli essenziali significa realizzare un assetto istituzionale il cui funzionamento ostacolerebbe successivi tentativi di costruire un sistema nazionale di assistenza

<sup>7</sup> Secondo il database statistico dell’Ocse mentre in Italia la percentuale di anziani 65+ che ricevono assistenza domiciliare a titolarità pubblica è il 4% in Grecia è il 2%, e nelle strutture residenziali i valori – qui in termini di posti - diventano rispettivamente il 2% e l’1% (anno 2007)([www.statics.oecd.org](http://www.statics.oecd.org)).

<sup>8</sup> Non si tratterà altro che del proseguimento di dinamiche già in atto. Basti notare nello scorso decennio – sul piano qualitativo – l’ulteriore distanza maturata tra le diverse regioni del centro-nord impegnate nella realizzazione di proprie riforme di sviluppo (“I fondi regionali per i non autosufficienti”) e quelle del meridione sottoposte a commissariamento e/o a piani di rientro per l’incapacità di governare la spesa sanitaria; sul piano quantitativo si ricordi che nel decennio il divario tra settentrione e meridione è cresciuto ulteriormente, tra gli altri, nella spesa per anziano dei servizi sociali comunali (dati Istat) e nella percentuale di spesa sanitaria destinata all’Adi (dati Ministero dello Sviluppo Economico)

continuativa. Inoltre, i livelli essenziali costituiscono – almeno in teoria – l’architrave del federalismo: lì si richiede da anni senza esito e non introdurli neppure quando viene attivato quest’ultimo avrebbe un forte significato simbolico. Ci si può attendere che tale esito scoraggerebbe per lungo tempo chiunque avesse velleità riformatrici.

Per quanto riguarda le altre dimensioni valutative, la spesa nel breve periodo si manterrebbe sostanzialmente immutata<sup>9</sup> e si confermerebbero le criticità esistenti riguardanti efficacia, equità e differenziazioni territoriali, approfondite nel capitolo 1 e nella sezione iniziale di ogni capitolo della seconda parte. Si vuole qui aggiungere solo una sottolineatura concernente l’impatto di una mancato maggior intervento statale sulle diverse Regioni. Pare necessario poiché mentre abitualmente si sottolinea che ne soffrirebbero quelle più deboli si tende a sottovalutare che l’assenza di adeguate politiche nazionali creerebbe notevoli difficoltà anche alle Regioni più sviluppate, per le quali pare difficile un ulteriore rafforzamento di un qualche significato della propria offerta di servizi senza il sostegno di adeguati stanziamenti statali<sup>10</sup>.

**Tab. 1. Griglia Valutativa: Scenario “Grecia” (Status quo)**

<i>Dimensione</i>	<i>Contenuti</i>
<b>Finanza pubblica</b>	- Invariata
<b>Efficacia</b>	- Invariata
<b>Equità</b>	- Invariata
<b>Differenziazioni territoriali</b>	- Invariate
<b>Fattibilità</b>	- Elevata, poiché le politiche nazionali non cambiano.
<b>Welfare futuro</b>	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: - ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; - ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; - l’introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico.

<sup>9</sup> Bisogna anche notare che mentre il mantenimento dello status quo a 3-6 anni – il nostro orizzonte temporale di riferimento - non comporterebbe una spesa pubblica ulteriore significativa, diverso è il caso del lungo periodo. Sugli sviluppi della spesa nel tempo si veda Ragioneria Generale dello Stato, 2009.

<sup>10</sup> Basti pensare che il pure limitato “Fondo per le Non Autosufficienze 2007-2009” nazionale (al momento in cui si scrive prorogato sino al 2010) ha rappresentato una significativa fonte di finanziamento di alcune tra le riforme recentemente avviate in diverse Regioni forti, ad esempio la Toscana, che in sua assenza avrebbero incontrato difficoltà ad avviare il cambiamento.

## 4. Scenario “Italia anni ‘80”

Tutte le ipotesi successive prevedono modificazioni delle attuali politiche pubbliche. Prima di esaminarle, però, bisogna considerare la possibilità di un intervento che coniughi una maggiore attenzione verso la non autosufficienza con il consolidamento degli interventi esistenti. Lo scenario prevede più finanziamenti statali - dovuti a una crescita dell’interesse da parte della politica - e il loro utilizzo per consolidare il modello vigente di assistenza continuativa, esacerbandone così le criticità. Sarebbe il frutto di un clima culturale ben preciso, segnato tanto dalla salita della non autosufficienza nell’ordine delle priorità politiche quanto dalla rinuncia dell’amministrazione statale a migliorare la qualità della propria azione.

Tra le diverse configurazioni possibili dell’ipotesi, la più verosimile consiste nell’incremento dell’indennità di accompagnamento di 100 Euro mensili (da 472 a 572), senza cambiarne alcuna caratteristica e in assenza di altre azioni. L’indennità è l’unica misura di diretto controllo statale ed è unanimemente criticata dai tecnici poiché è mal congegnata e priva di alcuna forma di controllo sull’utilizzo delle risorse trasferite (si veda il cap 10, di Lamura e Principi, e la bibliografia lì segnalata). Un intervento come quello indicato risulterebbe, dunque, coerente con il clima culturale delineato, in cui lo Stato rinuncerebbe a potenziare la propria funzione di monitoraggio e non introdurrebbe livelli essenziali di sostanza (Box 2).

### Box 2 – Scenario “Italia anni ‘80”

- Indennità di accompagnamento da 472 a 572 Euro mensili, a parità di caratteristiche
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

Una scelta simile eviterebbe le naturali difficoltà tecniche insite in tutte le azioni finalizzate a migliorare le politiche pubbliche. Per avere effetti concreti non richiederebbe, inoltre, i tempi necessariamente pluriennali di qualsiasi intervento che intendesse riformare l’indennità e/o sviluppare i servizi. Consentirebbe pure di evitare le tensioni tra i vari gruppi coinvolti - tra chi ha livelli differenti di bisogno così come tra chi riceve importi differenti - che una rimodulazione dell’indennità comporterebbe<sup>11</sup>. Esercita altresì il fascino degli interventi produttori di consenso immediato perché visibili, tangibili e rapidi<sup>12</sup> (Baldini, Gori et alii, 2008).

La scelta del nome sta a significare che questo scenario sposterebbe indietro le lancette del tempo. L’ulteriore potenziamento dei trasferimenti monetari metterebbe fine a 15 anni di aspettative verso una riforma nazionale capace di sviluppare i servizi per gli anziani non autosufficienti. Una situazione simile agli anni ‘80, quando le speranze di una riforma nazionale dei servizi sociali che accompagnasse quella dei servizi sanitari (833/78) erano svanite e l’attuazione della 833 stava assegnando poco spazio all’assistenza continuativa; contemporaneamente, l’indennità

<sup>11</sup> In linea con l’ipotesi di mantenere le caratteristiche dell’accompagnamento invariate, per i sordomuti rimarrebbe l’indennità di comunicazione cumulabile con l’accompagnamento (accresciuta di 100 euro anche in questo caso) e l’indennità di accompagnamento per i ciechi assoluti passerebbe da 733 a 833 euro mensili.

<sup>12</sup> Si può immaginare lo slogan che la sosterebbe, di sicura presa: “100 euro in più al mese”.



d'accompagnamento<sup>13</sup> stava compiendo la corsa che l'avrebbe portata già alla fine del decennio ad essere il perno del sistema italiano di *long-term care*<sup>14</sup>.

Oggi l'assenza di una riforma nazionale per i servizi ne lascerebbe la crescita sulle spalle delle Regioni, che già stanno facendo fronte all'assenza di significative politiche dal centro con propri sforzi (nelle realtà più forti con i "Fondi regionali per la non autosufficienza"). Di nuovo una similitudine con gli anni '80, quando numerose Regioni introdussero loro riforme di riordino dell'assistenza sociale per sopperire all'assenza di una riforma nazionale (Fargion, 1997). Allora il welfare italiano confermò la sua tradizione a netta prevalenza di trasferimenti monetari: oggi, oltre 20 anni dopo, lo scenario "Italia anni '80" la riaffermerebbe in modo ancora più forte.

Venendo alla griglia valutativa, questa ipotesi costerebbe 1.470 milioni di Euro addizionali ogni anno<sup>15</sup>. Pur trattandosi di uno stanziamento significativo è nettamente il più basso tra le ipotesi considerate nel capitolo che prevedono un potenziamento dell'intervento pubblico e risulta ben distante dalle soglie da toccare, secondo la letteratura, per produrre un impatto di rilievo sul sistema italiano di *long-term care* (si veda oltre). Al fine di contestualizzare l'entità dell'eventuale sforzo, inoltre, bisogna notare che si tratterebbe di un incremento di spesa pubblica dedicata pari a circa lo 0,1% del Pil, mentre la spesa pubblica per il welfare è intorno al 26% e quella complessiva intorno al 50% del Pil<sup>16</sup>.

Venendo all'efficacia, 100 euro mensili in più risulterebbero utili a molti, dati gli elevati costi economici della non autosufficienza. D'altra parte, si confermerebbero i tratti negativi dell'indennità: strumenti valutativi inadeguati, nessun legame con la rete dei servizi, no graduazione secondo i bisogni, assenza di alcuna verifica sull'utilizzo. Si manterrebbero inalterate, inoltre, tutte le criticità riguardanti i servizi e la loro scarsità. Si può affermare, dunque, che l'efficacia complessiva del sistema rimarrebbe invariata.

Anche l'equità del sistema non muterebbe. Non sarebbero toccate le criticità dei servizi in proposito e lo stesso accadrebbe con l'indennità di accompagnamento. Si confermerebbero i suoi limiti di equità verticale (ammontare identico per persone con bisogni diversi) e orizzontale (modalità valutative spesso inadeguate a fornire risposte uguali a chi uguali bisogni ma si trova in parti diverse del Paese).

Poiché l'indennità è maggiormente diffusa al sud (Lamura e Principi, 2009), un suo incremento ridurrebbe le distanze tra le macro-aree del paese in termini di investimento pubblico totale. Si differenzerebbero, invece, ancora di più i modelli di welfare poiché se già oggi la

---

<sup>13</sup> Introdotta nel 1980.

<sup>14</sup> All'inizio degli anni '90, il 2% degli anziani riceveva servizi domiciliari, il 2,9% assistenza residenziale e il 5% l'indennità di accompagnamento (Gori e Lamura, 2009).

<sup>15</sup> Questa somma è ottenuta moltiplicando l'attuale numero di utenti anziani (circa 1.222.000 al 1/1/2008 secondo l'Inps) per 1200 euro (100 euro per le dodici mensilità dell'accompagnamento). Anche se oggi sono disponibili i dati INPS sull'utenza al 1/1/2009 si utilizzano qui quelli al 1/1/2008 per coerenza con il capitolo di Lamura e Principi sulle prestazioni monetarie (erano i dati Inps più recenti quando il loro contributo è stato scritto).

In alcune ipotesi seguenti, si vedrà, si considera la possibilità di frazionare in più anni l'incremento delle risorse economiche necessarie (ad esempio, in questo caso, l'idea potrebbe essere per un triennio spendere ogni anno 500 milioni in più rispetto al precedente). Questa possibilità non viene qui considerata perché: a) pianificare un percorso di graduale accesso all'indennità "maggiorata" - ogni anno un gruppo di utenti - implica un'attenzione al governo del sistema estranea a questo scenario, b) la ricerca di visibilità e consenso immediato, tratto fondante dello scenario, prevede l'innalzamento dell'indennità contemporaneamente per tutti gli utenti.

<sup>16</sup> La spesa pubblica per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti, come detto, ammonta all'1,13% del Pil (dato 2008; Ragioneria Generale dello Stato, 2009).

proporzione tra indennità e servizi è superiore al sud rispetto al nord, ora lo diventerebbe ancora di più.

Si tratta di un'ipotesi estremamente fattibile sul piano tecnico, riguardando trasferimenti monetari invece di servizi e non prevedendo alcuna modificazione del sistema. Sul piano politico la fattibilità è media poiché anche se comporterebbe uno sforzo economico inferiore alle altre ipotesi di potenziamento del pubblico necessiterebbe comunque una crescita dell'attenzione politica nei confronti della non autosufficienza.

Infine, questo scenario porrebbe rilevanti ipoteche sul futuro. Come nella precedente ipotesi si rafforzerebbe la disabitudine dell'amministrazione statale alla funzione di monitoraggio e l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli sostanziali costituirebbe un ostacolo elevato davanti a ogni possibile sforzo riformatore dei prossimi anni, per i medesimi motivi richiamati sopra. L'ulteriore radicamento del modello attuale, inoltre, sarebbe qui particolarmente accentuato poiché si dedicherebbero risorse addizionali a consolidare i suoi tratti più vetusti (tab. 2).

**Tab. 2. Griglia Valutativa: Scenario “Italia anni ‘80”**

<i>Dimensione</i>	<i>Contenuti</i>
<b>Finanza pubblica</b>	+ 1.470 milioni annui
<b>Efficacia</b>	-Invariata, perché non si modificano le caratteristiche di i. accompagnamento e non si considerano i servizi
<b>Equità</b>	- Invariata, perché non si modificano le caratteristiche di i. accompagnamento e non si considerano i servizi.
<b>Differenziazioni territoriali</b>	- In riduzione come stanziamenti pubblici; - in aumento come modelli di welfare.
<b>Fattibilità</b>	- Elevata, perché riguarda trasferimenti monetari e perché le politiche nazionali non vengono modificate
<b>Welfare futuro</b>	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: -ulteriore forte radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; -ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; -l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico.

## **5. Scenario “Stati Uniti”**

E' la prima tra le ipotesi che prevedono di modificare l'attuale modello di assistenza continuativa. A differenza degli scenari successivi, però, il cambiamento qui individuato non prevede il rafforzamento delle politiche pubbliche bensì esclusivamente lo sviluppo delle assicurazioni private con funzione integrativa. A imporre questa strada sarebbe il mix tra una scarsa fiducia nella possibilità di riformare le politiche pubbliche, e di incrementare i finanziamenti dedicati, e le notevoli aspettative verso le opportunità offerte dalle assicurazioni integrative.

Un'impronta culturale precisa, che non ritiene potenziabile il welfare a titolarità pubblica e vede nelle assicurazioni integrative l'ancora di salvezza.

Lo scenario prevede politiche pubbliche immutate e risorse a esse dedicate invariate. In una situazione priva di fiducia nel miglioramento dell'intervento pubblico statale non si avrebbe la definizione di livelli essenziali di sostanza e non si svilupperebbe la funzione di monitoraggio. Il contesto delle politiche nazionali per gli interventi a titolarità pubblica, quindi, sarebbe identico alla scenario "Grecia".

Verrebbero innalzati gli incentivi fiscali per le assicurazioni integrative, riferiti alle coperture collettive così come a quelle individuali<sup>17</sup>. Sarebbe definito un quadro normativo preciso e organico, stabilendo quei criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte oggi mancanti. Si realizzerebbe una campagna informativa presso la popolazione sulle coperture disponibili, tesa a chiarirne caratteristiche, vantaggi e costi di sottoscrizione<sup>18</sup> (Box 3).

### **Box 3 – Scenario “Stati Uniti”**

- Assicurazioni integrative: maggiori incentivi fiscali, definizione di un quadro normativo preciso e organico, campagna informativa presso la popolazione
- No intervento statale per rafforzare il profilo dell'assistenza a titolarità pubblica
- No robusto investimento di risorse economiche addizionali da parte dello Stato
- No potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- No definizione di sostanziali livelli essenziali

La scelta del nome indica l'originalità dell'ipotesi nel panorama europeo. In nessun paese del continente, infatti, si persegue lo sviluppo delle assicurazioni integrative come unica, e neppure come principale, risposta dello Stato ai crescenti bisogni insoddisfatti degli anziani non autosufficienti. Dove si è maggiormente puntato sulle assicurazioni integrative – in particolare in Francia – lo si è fatto nell'ambito di una più ampia strategia con al primo posto una riforma tesa a potenziare l'intervento pubblico (l'introduzione dell'Apa, si veda oltre). Differente è la realtà degli Stati Uniti, in cui il sistema di welfare è storicamente caratterizzato da un radicato orientamento culturale in senso privatistico. Qui è tradizionalmente predominante l'idea di poter sopperire ai

<sup>17</sup> Nel caso delle coperture collettive a beneficio di lavoratori dipendenti e pensionati si prevede una deduzione Irpef integrale del premio elevata alla soglia di 4000 Euro, mentre rimangono inalterati la deducibilità del premio dall'Irap e il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti. Nel caso di coperture individuali si prevede un premio detraibile da Irpef al 19% con il limite massimo portato a 3000 Euro.

<sup>18</sup> Lo scenario “Stati Uniti” non è altro che lo scenario 1 del capitolo 14 di Rebba. Provando a delineare le scelte strategiche di fondo per le politiche nazionali faccio riferimento a questo e non allo scenario 2 di Rebba (il medesimo pacchetto per le assicurazioni private + una definizione dei livelli essenziali a parità di spesa con fini di riordino e razionalizzazione) per due motivi: a) l'imporsi di un modello pro-assicurazioni sarebbe figlio – come detto – di una cultura lontana da qualunque ipotesi di miglioramento del welfare pubblico, b) nessun Governo definirebbe livelli essenziali per la non autosufficienza di sostanza senza avere risorse ulteriori da mettere in campo perché attirerebbe l'attenzione sulla materia per poi trasmettere il messaggio di voler confermare le carenze esistenti, attirandosi critiche. E' ragionevole attendersi, pertanto che qualunque Esecutivo privo di una buona dote di finanziamenti non affronti il nodo dei livelli (o lo faccia in termini molto generali). Dunque lo scenario 2 di Rebba è utile al fine di ragionare sulle ipotesi possibili per le assicurazioni private mentre tra i due scenari del Capitolo 14 che non prevedono maggiori stanziamenti pubblici (1 e 2) è il primo a rientrare tra le opzioni strategiche che le politiche nazionali potrebbero percorrere.

limiti di un'offerta pubblica di *long-term care* debole e inefficiente con lo sviluppo delle assicurazioni integrative<sup>19</sup>.

La spesa pubblica addizionale annua sarebbe di 53,5 milioni annui di Euro, dovuti ai maggiori incentivi fiscali<sup>20</sup>. Il valore contenuto della cifra dipende dal basso *take-up* atteso: si può prevedere un incremento delle posizioni assicurative dalle attuali 335.000 a 1.300.000<sup>21</sup> nell'arco temporale considerato (6 anni). Il ridotto numero di aderenti previsto è l'aspetto cruciale, che condiziona tutte le dimensioni valutative.

Il dibattito internazionale sul *long-term care* ha raggiunto una delle poche posizioni condivise nel ritenere ridotte le possibilità di diffusione delle assicurazioni integrative - sia individuali sia collettive - non accompagnate da un rafforzamento delle politiche pubbliche. Una varietà di argomenti teorici, riferiti ad efficienza ed equità, spiega perché la strada privata da sola è condannata a un basso *take-up* (Ocse, 2005; Rebba, 2006). La conferma arriva dal paese dove vi si è più puntato nel tempo, gli Stati Uniti appunto, con agevolazioni fiscali in un contesto culturale favorevole: oggi esistono solo 8 milioni di polizze in un paese di 307 milioni di persone<sup>22</sup>. Non possono esservi dubbi, pertanto, che lo scenario qui tratteggiato vedrebbe una diffusione contenuta delle polizze nel nostro paese.

Maggiori sono le probabilità di diffusione delle assicurazioni integrative quando accompagnano una riforma dell'assistenza pubblica con un incremento di risorse e una chiara definizione delle sue responsabilità. Così si sensibilizza la popolazione sull'importanza di affrontare il tema - dunque di acquistare una polizza - e si indicano più chiaramente i confini dell'intervento pubblico e l'entità dei bisogni non coperti, definendo lo spazio di azione del privato. E' quando accaduto in Francia, dove il periodo 2000-2006 - intorno all'introduzione dell'APA cioè uno schema pubblico più forte di prima (2002) - ha visto crescere la diffusione delle assicurazioni integrative, sino a farne il paese a maggiore presenza in Europa. Comunque, si tratta anche qui di una diffusione contenuta rispetto alla platea potenziale, 3 milioni di posizioni in un paese leggermente più popoloso del nostro (65 milioni rispetto a 60). 3 milioni di persone è la soglia massima raggiungibile - nello scenario più favorevole - anche in Italia nel medio periodo<sup>23</sup>: in ogni caso, dunque, l'eventuale diffusione delle assicurazioni private è destinata a toccare una quota contenuta di popolazione.

Nell'analisi delle dimensioni valutative di efficacia, equità e differenziazioni territoriali bisogna distinguere tra la realtà globale dell'assistenza continuativa italiana e l'esiguo universo delle persone raggiunte dalle assicurazioni in questa ipotesi (1,3 milioni). Lo scenario non

---

<sup>19</sup> Al momento di terminare questo capitolo (marzo 2010) l'amministrazione Obama sta cercando - con crescenti difficoltà - di introdurre una riforma sia della sanità sia del *long-term care* (illustrata in AAVV, 2010). Il tentativo di riforma e l'enfasi che vi ha inizialmente posto il Presidente rivelano la consapevolezza della necessità di agire su questo fronte presente in una parte dell'élite politica statunitense. Le grandi difficoltà incontrate sia nell'arena politica sia tra l'opinione pubblica testimoniano, altresì, il persistente radicamento della suddetta cultura privatistica così come la forza degli interessi raccolti intorno al sistema esistente.

<sup>20</sup> E' l'approssimazione della sottrazione tra la spesa di 71,16 prevista da Rebba in questo scenario e il 17,69 di spesa per le agevolazioni fiscali stimato per l'oggi, in situazione di status quo.

<sup>21</sup> Si prosegue qui nel riprendere lo Scenario 1 di Rebba. L'Autore prevede, in particolare, una crescita del numero di aderenti a fondi Ltc con copertura collettiva dagli attuali 320.000 a 1.200.000 e un aumento delle polizze individuali da 15.000 a 100.000. Si tratterebbe di 1,3 milioni di posizioni in un paese di circa 60 milioni di abitanti. Anche gli altri dati citati in questo scenario provengono dal capitolo di Rebba.

<sup>22</sup> Il dato sul mercato americano - riportato nel capitolo di Rebba - è tratto da Stevenson et alii, 2010.

<sup>23</sup> Ci si riferisce allo scenario Spagna, discusso oltre. Ricordiamo che l'arco temporale di riferimento del progetto è 6 anni.

modificherebbe in maniera rilevante il quadro d'insieme poiché la fetta estremamente limitata di popolazione toccata inibirebbe qualsiasi impatto a livello di sistema; si ricordi che gli stimati 1,3 milioni di sottoscrittori apparterrebbero a diversi gruppi di età e quindi fruirebbero dei benefici in un arco temporale esteso. La tabella 3 – come tutto il capitolo - assume il punto di vista del sistema e quindi indica invariata ognuna di queste tre dimensioni.

Per quanto concerne i soli utenti delle assicurazioni vale la pena di sottolineare alcuni aspetti. Sul piano dell'efficacia, ai pochi beneficiari sarebbe evidentemente assicurato un migliore utilizzo delle proprie risorse economiche rispetto alla spesa *out of pocket*. Su quello dell'equità, è da notare che: a) i benefici fiscali sono regressivi, a favore dei più ricchi, pure con un impatto limitato; b) è probabile si perpetuino significative iniquità intercategoriale<sup>24</sup>; c) è probabile che le coperture collettive si diffondano maggiormente al nord<sup>25</sup> (accentuazione differenze territoriali).

La fattibilità di questo scenario è elevata poiché non intende modificare le politiche pubbliche - la sfida più impegnativa - ma si concentra esclusivamente sulle assicurazioni private. Insieme al rafforzamento degli incentivi, come detto, le azioni da svolgere sarebbero la definizione di un quadro normativo preciso e organico, e una campagna informativa.

L'ipotesi delineata ridurrebbe le possibilità future di una riforma che potenzi l'assistenza pubblica, per le medesime ragioni illustrate nello scenario "Grecia": nel tempo crescerebbero le differenziazioni territoriali e si consoliderebbero gli interventi attuali, aumenterebbe la disabitudine dell'amministrazione centrale a svolgere una funzione di monitoraggio; inoltre, la costruzione del federalismo non accompagnato dalla definizione di livelli essenziali di sostanza costituirebbe un macigno da spostare per qualsiasi ipotetico riformatore futuro.

Pertanto, nello scenario "Stati Uniti" immaginare un'espansione delle assicurazioni private tale da sopperire le carenze del welfare pubblico pare piuttosto complicato anche nel lungo periodo. Le esperienze internazionali e le ricerche suggeriscono che nella fase successiva ai sei anni qui considerati si potrebbe passare progressivamente da 1,3 milioni di iscritti ai 3 che sarebbero stati subito raggiunti con una parallela riforma pubblica. Immaginare un futuro con numero d'iscritti molto superiore a questa cifra pare complicato.

---

<sup>24</sup> Già oggi esistenti poiché predominano i fondi collettivi e la possibilità di farvi parte dipende crucialmente dalla categoria professionale cui si appartiene.

<sup>25</sup> Già oggi è così.

**Tab. 3. Griglia Valutativa: Scenario “Stati Uniti”**

<i>Dimensione</i>	<i>Contenuti</i>
<b>Finanza pubblica</b>	+ 53,5 Milioni annui
<b>Efficacia</b>	- Invariata
<b>Equità</b>	- Invariata
<b>Differenziazioni territoriali</b>	- Invariate
<b>Fattibilità</b>	- Elevata, poiché le politiche nazionali non cambiano.
<b>Welfare futuro</b>	In diminuzione gli spazi per eventuali riforme successive a causa di: -ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali; -ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale; -l'introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico; -non pare realistico immaginare grandi passi in avanti nella diffusione delle assicurazioni private.

## 6. Scenario “Italia 1997-2007”

L'ipotesi prevede di modificare alla radice la realtà attuale attraverso un robusto potenziamento delle politiche pubbliche. La non autosufficienza diventerebbe una priorità dell'amministrazione statale, che incrementerebbe notevolmente i propri stanziamenti e promuoverebbe un'estesa riforma. I contenuti di questa ipotesi sintetizzano le proposte (perlopiù denominate “Fondo nazionale per la non autosufficienza”) avanzate nel periodo in cui il tema della riforma nazionale ha ricevuto maggiore interesse nel nostro paese, cioè il decennio iniziato alla metà degli anni '90. La denominazione, conseguentemente, richiama gli anni nei quali sono state presentate la prima e l'ultima proposta in senso temporale: quella della Commissione Onofri nel 1997 e il Disegno di legge delega del Ministro Ferrero nel 2007<sup>26</sup>. Esiste – a mio parere – una significativa coerenza tra le varie proposte avanzate nel periodo, che riflette un'ampia consonanza di vedute tra chi si occupava di politiche nazionali per le persone non autosufficienti, e più in generale, di politiche nazionali di welfare sociale<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Si tratta – rispettivamente - della “Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche dello stato sociale”, divenuta nota con il nome del suo Presidente (Paolo Onofri) e nominata dal primo Governo Prodi e della “Delega al Governo in materia di protezione e cura sociale delle persone non autosufficienti”, presentata dall'allora Ministro per la Solidarietà Sociale, Paolo Ferrero, pochi mesi prima della caduta del secondo Governo Prodi. Oltre a queste, le più note proposte di fonte politico-istituzionale sono giunte da: Commissione Maroni-Sirchia (2003), Commissione Affari Sociali – Relatrice On. Zanotti (2003), Sindacati Pensionati CGIL-CISL-UIL (2005), On. Castellani et alii (2006), Commissione Lea domiciliarietà (2006), Commissione Lea Residenzialità (2007). Bisogna poi aggiungere altri disegni di Legge presentati da deputati e senatori. Le più note proposte giunte da soggetti impegnati in analisi e ricerca sono quelle di: Carlo Hanau (Hanau, 2002), Prospettive Assistenziali, (Prospettive Assistenziali, anni vari), Capp, Cer e Servizi Nuovi (Capp, Cer e Servizi Nuovi, 2004) e Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006). Per una rassegna e discussione delle proposte si veda Gori, 2008.

<sup>27</sup> I principali tratti delle proposte per la non autosufficienza si ritrovano, ad esempio, nella legge quadro di riforma dei servizi e interventi sociali (328/2000) e nelle più note proposte riguardanti la riforma nazionale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia (ad esempio [www.consultarodari.org](http://www.consultarodari.org) e <http://www.grupponidiinfanzia.it>).

Le proposte riconducibili a questo scenario condividono cinque tratti fondamentali. Primo, come detto, prevedono un robusto incremento dei finanziamenti statali. Secondo, dedicano attenzione solo ai servizi. Da una parte le risorse addizionali sono destinate esclusivamente ad aumentare l'offerta di servizi alla persona, con priorità alla domiciliarità. Dall'altra s'ignorano le misure economiche<sup>28</sup>: non si considera in alcun modo l'indennità di accompagnamento, neppure al fine di disegnare cambiamenti che la trasformino in uno strumento per lo sviluppo dei servizi; parimenti non si prevedono interventi riguardanti la spesa per remunerare le assistenti familiari<sup>29</sup>. Terzo, per quanto concerne la distribuzione territoriale si evidenzia particolarmente la necessità di ampliare l'offerta nel meridione. Ciò significa che - pur dando rilievo anche allo sviluppo delle Regioni più avanzate - la priorità delle politiche nazionali è individuata nel portare quelle più deboli (principalmente Regioni meridionali) ad assicurare una base di offerta adeguata, cioè lo "zoccolo di base" comune a tutto il paese. Lo strumento per il raggiungimento di questo traguardo è la definizione dei livelli essenziali. Quarto, si definiscono obiettivi riguardanti le diverse tipologie di servizi da assicurare in termini piuttosto vaghi - richiamando genericamente la necessità di standard quantitativi, standard qualitativi, elenchi di prestazioni e altro ancora - senza indicazioni operative e dati di riferimento<sup>30</sup>. Quinto, ci si concentra sulle caratteristiche che assumerà lo scenario a regime, una volta realizzati tutti i cambiamenti necessari, e si dedica scarsa attenzione al percorso di transizione da compiere per giungervi<sup>31</sup>.

Lo scenario illustrato non offre le condizioni per un incisivo monitoraggio da parte dello Stato poiché mancano obiettivi verificabili e si palesa ridotto interesse verso la transizione, cioè la fase di graduale trasformazione che determina il destino di ogni riforma e nella quale il monitoraggio è particolarmente importante. Bisogna altresì notare che questa funzione ha ricevuto crescente riconoscimento nel corso del periodo considerato (Box 4)<sup>32</sup>.

#### **Box 4 – Scenario “Italia 1997-2007”**

- Robusto investimento economico da parte dello Stato
- Incremento dell'offerta di servizi, in particolare la domiciliarità
- Priorità allo sviluppo del meridione rispetto alla crescita dell'intero paese

<sup>28</sup> Ci si riferisce alle misure definite nel primo capitolo, in modo più preciso, “di sostegno alla domanda”, cioè quelle che condividono l'obiettivo di contribuire alle spese dovute alla non autosufficienza che l'anziano e i suoi familiari devono affrontare. Si tratta a livello nazionale principalmente di indennità di accompagnamento e sostegno al costo della badanti, a livello locale anche degli assegni di cura di erogati da Asl e Comuni. Si ricordi che la consapevolezza sul ruolo delle assistenti familiari si è diffusa nel dibattito pubblico solo nella seconda parte del periodo considerato.

<sup>29</sup> Sia qui sia nell'esempio concreto che segue ci si concentra esclusivamente sui tratti di massima dello scenario. Per quanto concerne i servizi vi sarebbe poi da approfondire il ruolo del Punto unico d'accesso, e in merito al sostegno alla domanda il tema della suddivisione della spesa tra sanità, sociale, utenti e familiari; in proposito si veda Gori, 2008.

<sup>30</sup> Tutte le proposte di fonte politico-istituzionale contengono lunghi elenchi di obiettivi in termini generici, rimandando per la loro declinazione operativa a successivi decreti attuativi. I contributi provenienti dal mondo della ricerca in merito a queste declinazioni operative sono stati sinora sporadici.

<sup>31</sup> Un altro tratto caratterizzante di queste proposte consiste nel concentrare l'interesse esclusivamente verso gli interventi a titolarità pubblica, senza considerare il possibile ruolo delle assicurazioni private.

<sup>32</sup> Anche se i punti elencati sono condivisi in maniera maggioritaria dalle proposte menzionate, vi sono alcune rilevanti eccezioni, in particolare tre. Primo, la Commissione Onofri e poi Capp, Cer e Servizi Nuovi prevedono di tramutare progressivamente l'indennità di accompagnamento in servizi alla persona. Secondo, il Disegno di Legge Ferrero assegna un ruolo di rilievo al percorso di graduale transizione e al monitoraggio. Terzo, il Gruppo per la riforma

- Obiettivi vaghi (Livelli essenziali generici)
- Attenzione centrata sul nuovo scenario a regime, non sulla transizione
- Contenuto potenziamento delle funzioni di monitoraggio

Tra le varie applicazioni concrete che potrebbero tradurre lo scenario “Italia 1997-2007” in pratica di seguito - e in Tabella 4 - se ne propone la più rappresentativa, quella che prevede l’espansione massima dei servizi. Lo Stato incrementerebbe, a regime, il proprio stanziamento di 4.772 milioni di Euro<sup>33</sup>; poiché ragioniamo su arco temporale di 6 anni, se si decidesse di intraprendere un percorso graduale si tratterebbe di aggiungere ogni anno 795 milioni in più rispetto al precedente (come detto, però, il gradualismo non è peculiarità dello scenario).

Le risorse addizionali sarebbero dedicate ad aumentare l’offerta di servizi con priorità alla domiciliarità, che conoscerebbe un ampliamento dell’utenza di particolare rilievo. Seguiamo qui l’ipotesi di Guerrini di estendere i beneficiari della domiciliarità dall’attuale 4.9% degli anziani al 9%, con una parallela crescita dell’intensità dell’assistenza erogata del 50%<sup>34</sup>. Vi leghiamo l’ipotesi di Pesaresi e Brizioli che prevede – nell’arco di sei anni, come Guerrini - uno sviluppo dei servizi residenziali così articolato: crescita dei posti letto dal 2,29% al 2,83% degli anziani, aumento dal 50% al 60% della percentuale di spesa coperta nelle RSA come quota sanitaria, rimodulazione dell’offerta disponibile in modo da incrementarne la componente sanitaria (tra i cambiamenti vi sono più posti per Alzheimer e meno posti nei presidi assistenziali). Aggiungiamo, infine, l’ipotesi di Pesaresi e Brizioli di massima crescita dei centri diurni, dall’1,15% di anziani di posti attuali all’1,87%, con una rimodulazione del loro profilo<sup>35</sup>.

L’orientamento di destinare le risorse statali prioritariamente allo sviluppo del meridione ha indebolito le proposte di riforma nazionale nel dibattito politico. Sul piano tecnico bisogna evidenziare – come già detto – che anche le Regioni settentrionali hanno forte necessità di un più robusto intervento statale. Nella pratica, peraltro, l’idea di assegnare priorità al meridione pare irrealizzabile non solo per il generale contesto politico ma anche perché non passerebbe nell’interazione con le Regioni in sede di definizione dei criteri di riparto. L’unica strada percorribile consiste nel distribuire le risorse statali addizionali tra le Regioni in maniera abbastanza aderente alle caratteristiche della popolazione, con al massimo una quota contenuta dedicata

---

dell’assistenza continuativa formulò un pacchetto di proposte diverse sotto vari punti di vista. Lo scenario indicato, dunque, non si applica interamente a tutte le singole proposte anche se riflette la tendenza dominante dell’epoca.

<sup>33</sup> La spesa aggiuntiva di 4.772 milioni è – come illustrato oltre – la somma tra i maggiori stanziamenti di 2.299 milioni per la domiciliarità e di 2.473 per la residenzialità e la semiresidenzialità.

<sup>34</sup> Si tratta della quarta ipotesi presentata da Guerrini nel capitolo 7. Il 4,9% di utenza è la somma tra il 3,2% di Adi e l’1,7% di Sad. Si immagina che l’utenza dei due servizi conosca la medesima crescita percentuale. Un incremento dell’intensità media del 50% significa che – in media, appunto – ogni utente vedrà raddoppiare il numero di visite settimanali ricevute. Spesa pubblica aggiuntiva a regime: 2.299 milioni di Euro

<sup>35</sup> Per la residenzialità si tratta della quarta ipotesi presentata da Pesaresi e Brizioli nel capitolo 8. La complessiva crescita di posti letto da 2,29% a 2,83% degli anziani vedrebbe la seguente articolazione interna: posti Rsa invariati, Rsa Alzheimer da 0,16% a 0,3% degli anziani, residenze/case protette da 0,98% a 1,5%, e residenze assistenziali da 0,32% a 0,2%. Anche per la semiresidenzialità si considera l’ipotesi di massima crescita di posti, cui si aggiunge la previsione di due prestazioni in sostituzione dell’unica tipologia attuale: assistenza semiresidenziale per anziani non autosufficienti, che dovrebbe prevedere il 60% dei costi a carico della sanità e il 40% a carico del sociale, e assistenza semiresidenziale per anziani parzialmente autosufficienti a rischio d’istituzionalizzazione, che dovrebbe prevedere il 40% dei costi a carico della sanità e il 60% a carico del sociale. Spesa pubblica aggiuntiva a regime: 2.473 milioni di Euro.



all'obiettivo di perequare l'offerta<sup>36</sup>. I finanziamenti statali si possono legare alla definizione di livelli essenziali dei servizi solo attraverso l'approccio "dinamico", che prevede lo sviluppo di tutte le Regioni lungo un medesimo percorso. Per ognuna si definisce – in proporzione al proprio punto di partenza - un obiettivo di crescita dell'offerta da raggiungere in un determinato arco di tempo, mentre sul piano nazionale due sono gli obiettivi: elevare il livello minimo di offerta assicurata in tutto il paese ed elevare il livello medio<sup>37</sup>.

Il pacchetto "obiettivi numerosi e vaghi + poca attenzione a transizione + contenuto interesse per il monitoraggio" presenta le differenti sfaccettature di un medesimo fenomeno, la scarsa sensibilità verso le tematiche attuative. Tale fenomeno avrebbe varie ricadute sullo scenario "Italia 1997-2007", a partire dalla scelta di indicatori inappropriati con cui suddividere le risorse tra le Regioni e con cui definire gli obiettivi (Regionali e nazionali) di crescita. Ci si possono poi aspettare criticità per lo Stato nel comprendere in che misura le Regioni si stiano effettivamente avvicinando agli obiettivi definiti, nell'individuare quali realtà si trovano in difficoltà e nell'intervenire di conseguenza. Il passare degli anni vedrebbe ampliarsi lo scollamento tra l'amministrazione statale e l'effettiva attuazione della riforma nelle Regioni.

**Tab. 4. Scenario "Italia 1997-2007": un esempio concreto**

<i>Caratteristica generale</i>	<i>Esempio concreto</i>
<b>Robusto stanziamento statale</b>	4.772 milioni di Euro (cioè 795 addizionali ognuno dei sei anni)
<b>Crescita offerta servizi</b>	<p><i>Domiciliarità :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utenza da 4.9% a 9% degli anziani;</li> <li>- intensità + 50%.</li> </ul> <p><i>Residenzialità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti letto da 2.29% a 2.83% degli anziani;</li> <li>- quota sanitaria dal 50% al 60% della spesa;</li> <li>- rimodulazione offerta, incrementando la componente sanitaria.</li> </ul> <p><i>Semiresidenzialità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti da 1,15% a 1,87% degli anziani.</li> </ul>
<b>Priorità sviluppo meridione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irrealizzabile nella pratica;</li> <li>- unica strada possibile approccio "dinamico" ai livelli essenziali, con distribuzione risorse statali in gran parte secondo il profilo della popolazione.</li> </ul>
<b>Scarsa attenzione verso attuazione (Obiettivi numerosi e vaghi, fuoco su scenario a regime, poco monitoraggio)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scelta indicatori inappropriati;</li> <li>- difficoltà statale a capire cosa accade nelle Regioni e a intervenire nei casi critici;</li> <li>- crescente scollamento tra amministrazione statale e realtà della riforma nelle Regioni.</li> </ul>

<sup>36</sup> Le risorse del "Fondo Non autosufficienze 2007-2009", prorogato al 2010 al momento di concludere il progetto (marzo 2010) sono distribuite tra le Regioni al 60% in base alla popolazione 75+ e al 40% in base ai criteri già impiegati nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Mentre non paiono esistere grandi spazi per un maggiore orientamento pro-sud vi sono certamente per impiegare indicatori di bisogno più fini.

<sup>37</sup> L'approccio "dinamico" è stato impiegato nell'unica azione concreta realizzata per introdurre i primi livelli essenziali di servizi nel sociale (qui più precisamente nel socio-educativo), il "Piano Nidi 2007-2009" (Mattesini, 2008).

Le conseguenze in termini di spesa – 4.772 milioni annui di Euro addizionali una volta realizzato l'intero cambiamento – possono essere giudicate da differenti punti di vista. La cifra si colloca appena sopra la soglia individuata dagli studi esistenti come quella minima necessaria al fine di produrre un impatto rilevante sulla realtà italiana (Gori e Vanara, 2006)<sup>38</sup>. In termini relativi si tratta di circa lo 0,35% del prodotto interno lordo, mentre la spesa pubblica per il welfare si colloca intorno al 26% e quella complessiva quasi al 50%. Inoltre se si seguisse una strategia di crescita graduale (però lontana dalla cultura di questo scenario) si tratterebbe di aggiungere ogni anno 795 milioni, una cifra certamente non irreperibile nelle manovre annuali di finanza pubblica. Rappresenta, ad esempio, meno di un decimo delle spese autorizzate per la Finanziaria 2010<sup>39</sup>, pure non tra le più dispendiose degli ultimi anni. Nell'insieme, dunque, si tratta di uno sforzo economico agibile senza tensioni eccessive per il bilancio pubblico.

L'efficacia dell'assistenza continuativa italiana migliorerebbe grazie agli interventi sulla quantità – crescita dell'offerta – e su leve cruciali per la qualità (più intensità nella domiciliarità, più componente sanitaria nelle strutture). L'esito risulterebbe, tuttavia, differenziato tra residenze e territorio. I cambiamenti ipotizzati porterebbero le prime a un buon livello complessivo, rispondendo alle loro principali criticità su cui può intervenire una politica nazionale. Un simile risultato non si otterrebbe nel territorio, laddove l'importante sviluppo dei servizi domiciliari e semi-residenziali risolverebbe solo una parte dei problemi. Non si modificherebbero, infatti, le misure che trasferiscono direttamente risorse economiche alle famiglie, cioè indennità di accompagnamento e agevolazioni fiscali per le assistenti familiari. Rimarrebbero così irrisolti cruciali problemi per l'efficacia: a) l'assenza di qualsiasi verifica sull'effettivo utilizzo di queste risorse, né tantomeno di promozione della qualità del *care*, b) la mancata risposta alle richieste d'informazioni, suggerimenti e consigli su come impiegare al meglio queste risorse da parte di molte famiglie beneficiarie, c) gli altri problemi legati all'attuale configurazione dell'indennità di accompagnamento, più volte richiamati.

L'equità del sistema aumenterebbe perché l'allargamento dell'utenza dei servizi permetterebbe di raggiungere gli appartenenti al gruppo dei “né né” (Baldini, Gori et alii, 2008), cioè coloro i quali non sono in condizioni sociali/sanitarie/economiche abbastanza deteriorate da poter accedere alla scarsa offerta disponibile ma neppure si può affermare che non ne avrebbero necessità. Nella residenzialità, inoltre, s'introducono alcune novità tese a sostenere persone particolarmente vulnerabili sul piano dei bisogni (la crescita dei posti Alzheimer) o economico (l'incremento della quota sanitaria in RSA). La mancata riforma dei sostegni economici, però, lascerebbe intatta la loro attuale incapacità di sostenere adeguatamente nel territorio le situazioni di bisogno particolarmente grave.

Poiché l'offerta di servizi crescerebbe in maniera significativa tanto nelle Regioni deboli quanto in quelle più avanzate le differenziazioni territoriali si manterrebbero o, più probabilmente, si ridurrebbero leggermente. E' da notare non si amplirebbero le distanze tra le Regioni, come accaduto invece negli ultimi anni (vedi sopra), in un contesto nel quale il livello minimo di offerta assicurato in tutto il paese diventerebbe superiore a quello attuale. Per quanto riguarda l'indennità

---

<sup>38</sup> Gori e Vanara individuano in 6 miliardi annui addizionali la soglia minima, con riferimento alle persone non autosufficienti di ogni età. Considerando che gli anziani sono circa i 4/5 della popolazione non autosufficiente e attribuendo loro – in maniera evidentemente arbitraria – una percentuale equivalente della spesa necessaria, si tratta di 4,8 miliardi.

<sup>39</sup> La Finanziaria 2010 ha autorizzato spese per circa 9 miliardi di Euro.

di accompagnamento, invece, permarrebbero le notevoli differenze nella probabilità di riceverla a parità di bisogno, così come nei tassi di utilizzo.

Per quanto riguarda la fattibilità, lo scenario “Italia 1997-2007” è caratterizzato dalla ridotta capacità dello Stato di monitorare l’attuazione, comprendere cosa accade nel territorio e intervenire per affrontare le situazioni di difficoltà. Sarebbe così impossibile far funzionare in modo adeguato il meccanismo definizione dei livelli essenziali / loro monitoraggio, che sta alla base del federalismo. Risulterebbe, inoltre, difficile intervenire a favore delle Regioni che incontrano più difficoltà a crescere, ragionevolmente quelle oggi meno sviluppate. Nell’insieme, dunque, vi sarebbero significative probabilità di raggiungere i miglioramenti di efficacia ed equità attesi solo in misura parziale.

Guardando al welfare futuro, risulterebbe difficile immaginare una successiva riforma nazionale a causa di diverse ragioni. Innanzitutto, dopo questo robusto stanziamento per lungo tempo non vi sarebbero finanziamenti pubblici addizionali di ampia portata. Inoltre, per affrontare i problemi rimasti sul tappeto una successiva riforma dovrebbe concentrarsi sull’indennità di accompagnamento, le cui inappropriate modalità di utilizzo si sarebbero – nel frattempo - radicate ancora di più (Tab. 5).

**Tab 5. Griglia Valutativa: Scenario “Italia 1997-2007”**

<i>Dimensione</i>	<i>Contenuti</i>
<b>Finanza pubblica</b>	+ 4.772 milioni di Euro (795 ogni anno per sei anni).
<b>Efficacia</b>	- Complessivamente cresciuta, grazie a più servizi e al cambiamento di alcune loro caratteristiche. - residenzialità ok; - ancora debole il territorio, per l’assenza di interventi su i. accompagnamento e su sostegni spesa per assistenti familiari.
<b>Equità</b>	- Complessivamente cresciuta, perché si raggiungono i “né né” e c’è più attenzione a casi di elevato bisogno in struttura; - rimane debole la capacità di tutelare nel territorio le situazioni più gravi, a causa della mancata riforma di i. accompagnamento e di sostegni spesa per assistenti familiari.
<b>Differenziazioni territoriali</b>	- Per i servizi s’interrompe la crescita delle distanze tra le Regioni; - il livello minimo di servizi assicurato in tutto il paese è superiore rispetto a oggi; - rimangono inalterate le notevoli differenze nella fruizione di i. accompagnamento.
<b>Fattibilità</b>	- Debole capacità dell’amministrazione centrale di sostenere l’attuazione; - perlopiù non funzionante il meccanismo definizione dei livelli essenziali / loro monitoraggio; - difficoltà ad aiutare le Regioni in difficoltà.
<b>Welfare futuro</b>	Ridotti spazi per riforme future a causa di: - improbabile un nuovo cospicuo stanziamento. pubblico - ulteriore radicamento della realtà attuale di i.

	accompagnamento
--	-----------------

## 7. Lo scenario “direzione Spagna”

Lo scenario prevede un notevole investimento pubblico, accompagnato da un ripensamento delle politiche nazionali esistenti. È contraddistinto da un approccio di sistema, che significa agire allo stesso tempo sui diversi interventi dell’assistenza continuativa. L’altro suo tratto caratterizzante consiste nella forte attenzione all’operatività.

Si rafforzano tanto l’offerta di servizi quanto i sostegni economici, mettendoli in collegamento. Viene ampliata la disponibilità di servizi residenziali e domiciliari, con priorità a questi ultimi. Si riformano i sostegni economici – indennità di accompagnamento e agevolazioni fiscali per le assistenti familiari – così da incrementarli per i casi di maggiore bisogno e da legare l’utilizzo di una parte alla fruizione di servizi con un livello minimo di qualità<sup>40</sup>. La separazione tra sostegni economici e servizi viene superata anche prevedendo un’unica sede per decidere l’accesso a entrambi, strumenti di valutazione il più possibile omogenei e la costruzione di piani personalizzati che li considerino congiuntamente.

Rispetto alla distribuzione territoriale, si assegna ugual peso alla necessità di portare le Regioni deboli a raggiungere un livello nazionale minimo di assistenza superiore rispetto a oggi e a quella di far progredire ulteriormente le Regioni più avanti. La priorità è la crescita dell’intero paese e lo strumento da impiegare a tal fine sono i livelli essenziali. La forte attenzione all’operatività si traduce, innanzitutto, in un particolare investimento sulla funzione di monitoraggio. Gli obiettivi di cambiamento da perseguire, inoltre, sono definiti in modo circostanziato, specificando in maniera precisa i relativi indicatori. L’illustrazione della meta finale da raggiungere è poi accompagnata da grande cura nella costruzione del percorso di transizione.

Insieme al rafforzamento delle politiche pubbliche, infine, sono promosse le assicurazioni integrative, attraverso i miglioramenti normativi necessari e maggiori incentivi fiscali (Box 5).

Nel gruppo dei paesi della EU 15 con le politiche di *long-term care* meno sviluppate - cui l’Italia appartiene (cfr. par 3) – la Spagna è stato il primo a introdurre, nel 2007, una riforma nazionale. Quest’ultima potenzia congiuntamente le prestazioni monetarie e i servizi, e dedica grande attenzione alla gestione degli aspetti attuativi. È stato definito un percorso di graduale introduzione che terminerà nel 2015, quanto il cambiamento sarà completato (Gori e Casanova, 2009). Si tratta quindi di un paese simile al nostro – anche per la configurazione istituzionale, molto decentrata – in cui è stata introdotta una riforma che intende procedere nella direzione appena illustrata<sup>41</sup>. La riforma sta altresì incontrando varie difficoltà dovute ad alcuni errori iniziali, non

<sup>40</sup> Il legame tra l’erogazione dei contributi economici e quella dei servizi può essere concretizzato con varie modalità, riconducibili a due linee d’intervento principali. Una consiste nell’impiegare parte dell’indennità di accompagnamento in servizi alla persona, rendicontandolo; potrebbero essere assistenti familiari con un livello minimo di formazione certificata, soggetti privati accreditati o soggetti pubblici accreditati. L’altra consiste nel legare la possibilità di ricevere agevolazioni fiscali all’impiego di assistenti familiari con un livello minimo di formazione certificata. Evidentemente in entrambi i casi si tratta di assistenti familiari impiegate in forma regolare.

<sup>41</sup> Le principali differenze sono che la riforma spagnola si concentra principalmente sui servizi e interventi sociali – mentre il nostro progetto considera anche il sociosanitario – e che non prevede l’assicurazione privata integrativa. Al di là delle differenze, il nocciolo è che un paese simile al nostro sotto numerosi profili sta realizzando una riforma

legati al percorso qui tratteggiato (Leon, 2009). La denominazione “direzione Spagna” indica, quindi, che la strada da seguire è quella tracciata dal paese iberico, mentre la sua effettiva realizzazione può essere migliore<sup>42</sup>.

### **Box 5 – Scenario “direzione Spagna”**

- Robusto investimento economico da parte dello Stato
- Incremento congiunto dell’offerta di servizi e dei sostegni economici
- Priorità alla crescita dell’intero paese, non allo sviluppo del meridione
- Obiettivi precisi (Livelli essenziali circostanziati)
- Attenzione centrata innanzitutto sulla transizione, non sullo scenario a regime
- Forte potenziamento delle funzioni di monitoraggio
- Promozione delle assicurazioni integrative

L’approccio di sistema utilizzato in questo scenario si presta a numerose applicazioni. Di seguito si propone quella che mi pare la traduzione operativa di maggior consenso tra i tecnici in merito alle concrete sembianze che potrebbe assumere la “direzione Spagna”. Lo stanziamento pubblico aumenterebbe di 8.250 milioni di Euro a regime, cioè dopo sei anni. Si tratterebbe, detto altrimenti, di aggiungere ogni anno 1.375 milioni addizionali<sup>43</sup> rispetto al precedente.

Per i servizi si prevede l’opzione di massimo sviluppo, cioè la stessa dello scenario “Italia 1997-2007”. Si segue l’ipotesi di Guerrini di estendere i beneficiari della domiciliarità dall’attuale 4.9% degli anziani al 9%, con una parallela crescita dell’intensità dell’assistenza erogata del 50%. Vi si lega l’ipotesi di Pesaresi e Brizioli di uno sviluppo dei servizi residenziali così articolato: crescita dei posti letto dal 2,29% al 2,83% degli anziani, aumento dal 50% al 60% della percentuale di spesa coperta nelle RSA come quota sanitaria, rimodulazione dell’offerta disponibile in modo da incrementarne la componente sanitaria (+ posti per Alzheimer, meno posti nei presidi assistenziali). Si aggiunge, infine, l’ipotesi degli stessi Autori di massima crescita dei centri diurni, dall’1,15% di anziani di posti attuali all’1,87%, con una rimodulazione del loro profilo<sup>44</sup>.

La riforma dei sostegni monetari si basa sulla trasformazione dell’indennità di accompagnamento nella Pab (Prestazione assistenziale di base) - come delineata nel capitolo di Lamura e Principi<sup>45</sup> - e punta su cinque cambiamenti. Primo, ampliamento dell’utenza e sua articolazione interna. I beneficiari passano dal 9,5% degli anziani – come è oggi nell’indennità - all’11,5%, così da raggiungere una fascia di necessità lievi sinora scoperta. L’utenza viene altresì

---

fondata su sguardo complessivo alle diverse tipologie di interventi (sostegni monetari e servizi), gradualismo e attenzione agli aspetti attuativi.

<sup>42</sup> Qualora nel nostro paese si decidesse di imboccare questa via, l’approfondimento dell’esperienza spagnola potrebbe risultare particolarmente utile per comprenderne tanto gli aspetti da replicare quanto quelli da non ripetere.

<sup>43</sup> Motivi tecnici renderebbero impossibile suddividere l’incremento di risorse in parti perfettamente uguali nei sei anni, come qui indicato a titolo esemplificativo; in merito alla scansione temporale della “direzione Spagna” si veda il prossimo capitolo. Ciò che conta è la scelta per un aumento progressivo degli stanziamenti dentro un progetto di graduale cambiamento.

<sup>44</sup> Il precedente paragrafo illustra in maggiore dettaglio lo sviluppo dei servizi previsto. Ricordiamo che la spesa pubblica aggiuntiva, a regime, ammonterebbe a 4.772 milioni.

<sup>45</sup> E’ la loro ipotesi 3. L’ipotesi riguarda solo l’indennità di accompagnamento, e non considera le prestazioni di invalidità. La spesa pubblica aggiuntiva a regime ammonterebbe a 3.395 milioni.

suddivisa in tre gruppi secondo il bisogno: alto (dipendenti in 6 o più Adl), medio (dipendenti in 4-5 Adl), basso (dipendenti in 1-3 Adl)<sup>46</sup>. L'accesso rimane determinato per tutti esclusivamente secondo il bisogno assistenziale. Secondo, incremento dell'importo per chi sta peggio. La cifra mensile si conferma quella attuale (472 euro mensili) nella fascia media ed è pari a 255 euro mensili per chi rientra nella fascia bassa. La grandissima parte di questi ultimi non fruisce oggi dell'indennità, ai pochi che la ricevono si mantiene il diritto acquisito all'importo attuale<sup>47</sup>. Chi si colloca nella fascia alta di bisogno – quasi la metà degli utenti Pab – può ricevere un valore tra 472 e 900 euro, determinato in base all'Isee<sup>48</sup>: la media è 807 Euro. Terzo, impiegare la Pab per ricevere servizi alla persona di qualità. La logica consiste nell'utilizzare almeno una parte della misura per fruire di servizi alla persona con un livello minimo di qualità: servizi pubblici, servizi privati accreditati/convenzionati, assistenti familiari con una base di formazione certificata. Numerose sono le possibili applicazioni, un punto fermo è che le risorse che permettono di ricevere un importo superiore all'attuale accompagnamento debbono essere utilizzate a questo fine; un altro punto fermo è che chi sceglie forme di assistenza rendicontata riceva un ammontare maggiore di risorse<sup>49</sup>. In questo come in tutte gli altri cambiamenti è necessario un raccordo con le agevolazioni fiscali esistenti (vedi oltre). Quarto, ridisegno del percorso assistenziale. Innanzitutto, gli strumenti per l'accertamento vengono riformati – sulla scorta di un ampio dibattito già esistente – così da leggere in modo più adeguato i bisogni assistenziali. Inoltre, il legame creato tra Pab e servizi alla persona, indicato prima sarebbe parte di una più ampia trasformazione. Si tratta del superamento della separazione prestazioni monetarie e rete dei servizi perché la valutazione iniziale si realizzerebbe in una stessa sede, con gli strumenti valutativi più omogenei possibile, costruendo un unico piano assistenziale che consideri tutte le misure<sup>50</sup>.

Quinto, uniformità nell'utilizzo dei sostegni monetari. Le agevolazioni fiscali vigenti<sup>51</sup> confluirebbero nella Pab o sarebbe impiegate in modo il più possibile coerente e con la stessa logica. Quindi, per fruire di agevolazioni fiscali bisognerebbe impiegare assistenti familiari formate così da assicurare un livello minimo di qualità.

Rispetto alla distribuzione geografica, assegnare priorità alla crescita dell'intero paese significa seguire l'unica strada possibile per lo sviluppo dei servizi, la stessa che – alla prova dei fatti – dovrebbe far propria anche l'ipotesi “Italia 1997-2007”. Le risorse statali addizionali per i servizi vengono distribuite tra le Regioni in modo abbastanza aderente alle caratteristiche della popolazione, con al massimo una quota limitata finalizzata a perequare l'offerta. I finanziamenti statali sono utilizzati per promuovere la definizione dei livelli essenziali dei servizi attraverso l'approccio “dinamico”<sup>52</sup>.

<sup>46</sup> L'utenza della Pab si suddivide come segue: bisogno alto 44% degli utenti, bisogno medio 33%, bisogno basso 23%.

<sup>47</sup> Si è detto prima che riceverà 255 Euro mensili il 23% degli utenti della Pab: di questi 18 sono nuovi utenti e 5 ricevevano già l'indennità (per loro vale la clausola di tutela dei diritti acquisiti).

<sup>48</sup> A queste persone viene assegnato un importo mensile pari a 900 euro se l'Isee è inferiore a 10.000 euro, che si riduce linearmente fino agli attuali 472 euro per redditi superiori a 20.000 euro.

<sup>49</sup> E' l'ipotesi 5 di Beltrametti. L'ampiezza della parte da destinare a servizi alla persona con rendicontazione può variare in base al preciso profilo con cui si vuole caratterizzare lo scenario. Di nuovo qui si vedano Beltrametti e Lamura.

<sup>50</sup> Questa parte è approfondita maggiormente in Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa, 2006.

<sup>51</sup> Crescendo la Pab non si immagina un incremento della attuali agevolazioni fiscali (la cui spesa attuale è intorno ai 350-400 milioni, vedi Baldini, Gori e altri).

<sup>52</sup> Approccio “dinamico” significa che per ogni Regione si decide – in proporzione al suo punto di partenza – un obiettivo di crescita dell'offerta da raggiungere in un determinato arco di tempo, mentre sul piano nazionale due

La priorità alla crescita dell'intero paese tocca pure le prestazioni monetarie: significa distribuire a ogni Regione le risorse statali per finanziarle in misura rispondente agli effettivi bisogni del suo territorio. Si vuole superare l'attuale modalità statale di finanziare tutte le indennità di accompagnamento assegnate nelle Regioni senza verificare l'effettiva coerenza con i bisogni esistenti. Con la Pab, lo Stato utilizza i dati disponibili sulla disabilità per calcolare il fabbisogno di ogni Regione e le trasferisce annualmente gli stanziamenti necessari. La logica è coniugare – nel passaggio dall'accompagnamento alla Pab – un maggiore sostegno e una sua distribuzione nel territorio più aderente alle reali necessità. Se una Regione eroga un numero maggiore / livelli più elevati di Pab, li finanzia con risorse proprie<sup>53</sup>.

La grande attenzione dedicata al momento attuativo si traduce nella scelta, per ogni obiettivo, di pochi e precisi indicatori con cui suddividere le risorse tra le Regioni e con cui definire gli obiettivi (regionali e nazionali) di crescita. Si vuole, quindi, coniugare l'approccio di sistema – che porta a modificare tutti gli interventi – con la parsimonia nella scelta degli indicatori di riferimento. In fase di progettazione e di monitoraggio ci si concentra sui singoli passi del percorso di transizione. Alla base vi è un grande investimento sulla funzione di monitoraggio, dotando l'amministrazione centrale di tutto il personale e gli strumenti adatti. Nell'insieme è così possibile comprendere come procede la riforma nel territorio, individuare le aree di difficoltà e intervenire per rimediare.

Si prevede pure una strategia per il potenziamento delle assicurazioni integrative. Si rendono coerenti i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche con quelli delle assicurazioni private. Viene altresì definito quel quadro normativo chiaro e organico oggi mancante nelle assicurazioni integrative. Si realizza una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale, che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione<sup>54</sup>. Lo scenario in cui si prevede il parallelo sviluppo delle politiche pubbliche e delle assicurazioni private è quello che porterebbe la diffusione massima di queste ultime, dalle attuali 335.000 polizze a 3 milioni entro i sei anni (tab. 6).

---

sono le finalità: elevare il valore minimo di offerta assicurata in tutto il paese ed alzare il valore medio. Maggiori informazioni si trovano nel precedente scenario.

<sup>53</sup> Maggiori indicazioni in merito a questa modalità di distribuzione delle risorse dallo Stato alle Regioni si trovano nell'ipotesi 5 di Beltramentti (cap 9).

<sup>54</sup> E' lo scenario 3 presentato da Rebba nel capitolo 14. La copertura integrativa Ltc viene realizzata costruendo due pilastri ulteriori al primo pilastro pubblico. Il secondo pilastro è composto da coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti tramite fondi sanitari integrativi con deduzione IRPEF integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%, e da polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani (credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni). Il terzo pilastro è composto da coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio annuo detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo di 1291,14€. Spesa pubblica annuale aggiuntiva a regime: 83 milioni di Euro.

**Tab. 6. Scenario “direzione Spagna”: un esempio concreto**

Caratteristica generale	Esempio concreto
<b>Robusto stanziamento statale</b>	+ 8.250 milioni di Euro (cioè 1.375 milioni addizionali ognuno dei sei anni)
<b>Crescita offerta servizi</b>	<p><i>Domiciliarità :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utenza da 4,9% a 9% degli anziani;</li> <li>- intensità + 50%.</li> </ul> <p><i>Residenzialità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti letto da 2,29% a 2,83% degli anziani;</li> <li>- quota sanitaria dal 50% al 60% della spesa;</li> <li>- rimodulazione offerta con più componente sanitaria.</li> </ul> <p><i>Semiresidenzialità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- posti da 1,15% a 1,87% degli anziani.</li> </ul>
<b>Riforma sostegni economici</b>	<p><i>Da indennità di accompagnamento a PAB:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utenza ampliata e suddivisa in tre gruppi secondo il bisogno;</li> <li>- accesso in base al bisogno, ammontare in base anche all'isee, il 44% degli utenti riceve 807 euro mensili;</li> <li>- agevolazioni fiscali assumono la medesima logica;</li> <li>- riforma modalità di accertamento disabilità;</li> <li>- si collegano sostegni economici e rete dei servizi, con un'unica valutazione iniziale.</li> </ul>
<b>Priorità sviluppo intero paese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Approccio “dinamico” ai livelli essenziali dei servizi, con distribuzione delle risorse statali in gran parte secondo il profilo della popolazione;</li> <li>-lo Stato distribuisce alle Regioni le risorse per la Pab in base ai bisogni esistenti, se le Regioni spendono di più si auto-finanziano.</li> </ul>
<b>Elevata attenzione verso attuazione (Pochi obiettivi e precisi, fuoco su transizione, ruolo forte del monitoraggio)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adeguato pacchetto di strumenti per sostenere l'attuazione;</li> <li>- capacità di comprendere cosa accade nelle Regioni, individuare le difficoltà e intervenire per contrastarle.</li> </ul>
<b>Sviluppo assicurazioni private integrative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quadro normativo definito e organico;</li> <li>- maggiori incentivi fiscali;</li> <li>- campagna informativa;</li> <li>- assicurati da 335.000 persone a 3 milioni.</li> </ul>

Veniamo ora alla griglia valutativa. La “direzione Spagna” prevede un incremento di spesa pubblica superiore agli altri scenari e che ammonta - alla fine dei sei anni – a 8.250 Milioni di Euro. E’ un valore pari a circa lo 0,65% del Pil, che porterebbe le risorse pubbliche dedicate dall’attuale 1,13 all’1,8% del Prodotto interno lordo. Il giudizio dipende, come sempre, dai termini di paragone. Rispetto ai bisogni degli anziani autosufficienti ci si colloca nella fascia di sforzi giudicati necessari dalla letteratura per un cambiamento strutturale (Gori e Vanara, 2006). Rispetto alla spesa pubblica del welfare - intorno al 26% del Pil – la fetta dedicata all’assistenza continuativa rimane contenuta, e ciò è ancor più vero nei confronti della spesa pubblica complessiva (intorno al 50% del Pil). Considerando che la gradualità costituisce un aspetto fondante dello scenario si tratta di 1375 milioni l’anno in più rispetto al precedente, una cifra comunque ridotta rispetto ai flussi di spesa annuali della finanza pubblica<sup>55</sup>.

<sup>55</sup>

Considerando anche le persone non anziane con disabilità cambiano alcune cifre ma non si sposta sostanzialmente il ragionamento. Per semplicità utilizziamo anche qui il metodo, pure grossolano, impiegato sopra:



Per quanto riguarda l'efficacia, il sistema migliora sotto ogni profilo poiché vengono aggrediti tutti i relativi nodi su cui può agire una politica nazionale. Nelle strutture è incrementata l'utenza e rimodulata l'offerta (con maggiore componente sanitaria). Nel territorio si realizza l'auspicata crescita di servizi domiciliari e semi-residenziali, per utenza e intensità. A livello di sistema, infine, si supera l'attuale dicotomia tra sostegni monetari e servizi alla persona, finalizzando una parte dei primi alla fruizione dei secondi (con un livello minimo di qualità) e unificando il percorso di valutazione-presenza in carico-monitoraggio nel tempo.

L'equità migliora sotto diversi profili. Primo, l'incremento dell'utenza porta a raggiungere il gruppo dei "né né", presentato sopra; ciò avviene con l'aumento di coloro i quali fruiscono del domiciliare, degli utenti del residenziale e di chi riceve la Pab. Secondo, si rafforza l'attenzione verso chi sta peggio attraverso l'incremento della Pab per i casi più gravi, la crescita dei posti dedicati all'Alzheimer e l'incremento delle quote sanitarie nelle Rsa. Terzo, si migliora la capacità di rispondere in maniera uguale ai bisogni uguali grazie alla riforma delle modalità di accertamento per l'indennità di accompagnamento/Pab, congegnata per superare le forti eterogeneità attuali.

Per le differenze territoriali nell'offerta di servizi si ripete il precedente scenario. Le differenze si mantengono o, più probabilmente, si riducono leggermente, mentre il minimo nazionale aumenta. Nelle prestazioni monetarie, il combinato delle nuove modalità di accertamento per la Pab e dell'allocazione degli stanziamenti statali commisurata al fabbisogno permette una distribuzione della misura nel territorio più aderente alle necessità della popolazione rispetto all'attuale indennità di accompagnamento.

Venendo alla fattibilità, l'opzione qui illustrata è impegnativa innanzitutto sul piano politico. Al fine di trovare le risorse economiche è evidentemente necessario far salire l'assistenza continuativa nell'ordine delle priorità dei decisori. Nondimeno, ci sono da superare i timori e le opposizioni che la riforma dell'indennità di accompagnamento solleva. Molti sostenitori dei non autosufficienti temono che introdurre il tema della riforma porti a produrre un esito opposto a quello sperato, cioè la riduzione degli stanziamenti dedicati<sup>56</sup>. Inoltre esistono opposizioni all'interno delle rappresentanze dei disabili adulti, tradizionalmente più attente alle prestazioni monetarie rispetto a quelle degli anziani<sup>57</sup>.

Sul piano realizzativo "direzione Spagna" è lo scenario che mette in campo il più robusto pacchetto di strumenti per sostenere il percorso applicativo (a partire da un forte monitoraggio), ma anche quello che pone gli obiettivi più complessi da raggiungere. E' ragionevole attendersi, quindi, che incontrerà notevoli difficoltà attuative, ma dispone di tutte le possibilità per affrontarle con successo. La chiave è la costruzione di un contesto che permetta di impiegare al meglio questi strumenti. Significa un contesto che preveda: a) un patto di collaborazione Stato-Regioni-Enti Locali per lavorare insieme all'applicazione; b) la capacità di proteggere l'attuazione dalle

---

assumiamo che gli anziani siano circa i 4/5 della popolazione non autosufficiente e attribuiamo loro – in maniera evidentemente arbitraria – una percentuale equivalente della spesa necessaria. L'impegno aggiuntivo diventa così 10.400 milioni nei sei anni, cioè 1.733 aggiuntivi ogni anno. La percentuale aggiuntiva di Pil è pari allo 0,8%, che porterebbe la spesa pubblica complessiva (anziani + disabili) dall'attuale 1,4% del Pil al 2% del Pil.

<sup>56</sup> Iniziare il dibattito sulla riforma dell'indennità, detto altrimenti, viene considerato pericoloso perché aprirebbe un varco a chi ritiene che questa sia sì da riformare, ma con lo scopo di ridurre le risorse dedicate.

<sup>57</sup> Le associazioni dei ciechi e dei sordomuti si sono impegnate contro la riforma dell'indennità con una certa efficacia, in particolare se paragonata alla percentuale di utenti che rappresentano. Ciechi e sordomuti ricevono un'indennità di valore più elevato rispetto alle altre categorie di non autosufficienti e temono che la riforma la ridurrebbe. I sordomuti ricevono anche l'indennità di comunicazione, pari a 236 Euro mensili, che si può cumulare con l'indennità di accompagnamento. L'indennità di accompagnamento per i ciechi assoluti è pari a 783 Euro mensili.

turbolenze politiche: gli abituali contrasti, elezioni (più o meno anticipate) e così via; c) la gestione attenta delle naturali difficoltà, soprattutto nella fase iniziale, evitando un eccessivo scoraggiamento<sup>58</sup> e imparando dall'esperienza.

Dopo i cambiamenti ipotizzati, nel futuro non si prevederebbero riforme strutturali. Infatti i nodi di fondo sarebbero già stati aggrediti e, comunque, successivamente a questo robusto finanziamento per lungo tempo sarebbe difficile immaginare nuovi stanziamenti di rilievo. Le sfide da affrontare diventerebbero la manutenzione del sistema – particolarmente impegnativa alla luce delle profonde innovazioni introdotte dalla riforma - e la capacità di rispondere all'evoluzione dei bisogni (tab. 7).

**Tab. 7. Griglia Valutativa: scenario “direzione Spagna”**

<i>Dimensione</i>	<i>Contenuti</i>
<b>Finanza pubblica</b>	+ 8.268 (+ 1.378 milioni annui)
<b>Efficacia</b>	Aggredite le principali criticità, grazie a: - residenziale: crescita di posti letto e di componente sanitaria; - domiciliare e semi-residenziale: incremento di utenza e d'intensità; - percorso assistenziale unitario per sostegni economici e servizi alla persona; - parte dei sostegni economici utilizzati per servizi (con livello minimo di qualità).
<b>Equità</b>	Aggredite le principali criticità, grazie a: - a favore dei “né né”: ampliamento utenza di domiciliare, residenziale e Pab; - a favore di chi sta peggio: incremento Pab, + nuclei Alzheimer e maggiore quota sanitaria; - per equità orizzontale: riforma modalità di accertamento Pab.
<b>Differenziazioni territoriali</b>	- Per i servizi: s'interrompe la crescita delle distanze tra le Regioni, il livello minimo assicurato in tutto il paese è superiore rispetto a oggi; - per i sostegni monetari: Pab è distribuita nel territorio in modo più coerente ai bisogni di Indennità di accompagnamento.
<b>Fattibilità</b>	Scenario impegnativo ma con gli strumenti per riuscire. Dipende da: - patto Stato/Regioni/Enti Locali; - protezione da turbolenze politiche; - evitare scoraggiamenti iniziali e imparare da esperienza.
<b>Welfare futuro</b>	Nessuna riforma strutturale futura perché: - i nodi di fondo sono stati aggrediti; - improbabile un nuovo cospicuo stanziamento. Le sfide sono la manutenzione della riforma e la capacità di rispondere all'evoluzione dei bisogni

<sup>58</sup> L'eccessivo scoraggiamento nella fase iniziale è un pericolo da non sottovalutare, dovuto a: a) la mancanza di esperienza causata dall'assenza di una tradizione di politiche nazionali per la non autosufficienza rende naturali elevate difficoltà quando le si attiva; b) questa assenza ha creato negli anni aspettative molto elevate verso l'intervento nazionale, la cui ampiezza le rende particolarmente vulnerabili nei confronti di tali difficoltà.

## 8. Uno sguardo complessivo

Ho esaminato sin qui le principali alternative che le politiche nazionali di assistenza continuativa hanno davanti a loro. Coerentemente con il disegno complessivo del progetto, ho considerato le più accreditate ipotesi oggi sul tappeto e mi sono concentrato sugli interventi attivabili dal livello statale. Il capitolo ha privilegiato la visione d'insieme, dunque di ogni ipotesi affrontata vari aspetti – per semplicità - non li ho esaminati. Giunti al termine, voglio proporre uno sguardo comparativo sulle opzioni, partendo dalla logica politico-culturale che le sorregge per arrivare alle conseguenze attese.

Iniziamo dalla logica politico-culturale, cioè l' "idea di welfare" alla base di ogni possibile percorso. Esistono diversi modi di guardare al confronto proposto in tabella 8, se il discrimine è la necessità di intervenire sulle politiche nazionali solo lo scenario "Grecia" non lo prevede. Se lo spartiacque consiste in un maggiore stanziamento pubblico, a non contemplarlo sono gli scenari "Grecia" e "Usa". Se, invece, il confine risiede nella ricerca di un nuovo modello di welfare, non la perseguono "Grecia" e "Italia anni '80". Quest'ultima punta su maggiori risorse pubbliche per consolidare le politiche esistenti (crescita dell'importo dell'indennità di accompagnamento senza alcuna modificazione al suo profilo), rinunciando a migliorare la qualità degli interventi e puntando su un consenso facile e immediato da raccogliere.

Tra chi vuole cercare un nuovo modello di welfare, si confrontano diverse strategie. "Usa" significa non avere fiducia nella possibilità di recuperare maggiori risorse per il welfare pubblico e – comunque – anche se vi si riuscisse, nella reale possibilità di migliorare gli interventi, mentre si ritiene che le assicurazioni private offrano notevoli opportunità. "Italia 97-2007" vuol dire vedere esclusivamente i servizi, puntando sulla loro crescita e non considerando i sostegni monetari; significa anche non nutrire particolare interesse per gli aspetti attuativi. "Direzione Spagna" significa prendere in considerazione l'insieme degli interventi - sia i servizi sia i sostegni monetari – e immaginare una loro riforma complessiva, dedicando grande attenzione alla dimensione attuativa.

Un altro modo per guardare alle diverse alternative è collocarle lungo un continuum con il nocciolo di ognuna: "non agiamo sulle politiche pubbliche" (Grecia), "agiamo per confermare le caratteristiche delle politiche esistenti" (Italia '80), "cambiamo puntando solo sulle assicurazioni private" (Usa), "cambiamo puntando solo sui servizi" (Italia 97-07) e "cambiamo puntando alla riforma di sistema" (Direzione Spagna).

Torniamo così all'interrogativo posto all'inizio del capitolo, cioè se si voglia costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa. Solo lo scenario "direzione Spagna" risponde affermativamente: prevede, infatti, una riforma nazionale che definisce un pacchetto di regole valide nell'intero paese e riguardanti tutte le diverse componenti dell'assistenza continuativa (servizi sociali, sociosanitari e sostegni economici). Regole che forniscono alcune indicazioni in merito a quali interventi si ha diritto quando si diventa anziani non autosufficienti e in che modo il costo economico dell'assistenza deve essere suddiviso tra la persona coinvolta, i suoi familiari e il settore pubblico. Si tratta di poche regole, definite in modo chiaro e misurabile, che lasciano tutto lo spazio necessario all'autonomia di Regioni e Comuni.

L'approccio di sistema, peraltro, è stato perseguito nelle riforme regionali (spesso denominate "Fondi regionali per i non autosufficienti") realizzate nell'ultimo decennio nelle Regioni più avanzate. Tali riforme, infatti, prevedono una visione d'insieme, laddove tutte contemplano un mix

di sviluppo di domiciliare, residenziale e prestazioni monetarie (assegni di cura), obiettivi misurabili e un percorso graduale per la realizzazione. La definizione di siffatte riforme regionali è una novità degli anni 2000 poiché in precedenza la progettualità regionale considerava separatamente i singoli interventi. Costruire un sistema nazionale di assistenza continuativa significherebbe agire nella stessa direzione, anche se con obiettivi in numero inferiore e meno circostanziati, trattandosi dello Stato, un livello di governo più lontano dal territorio, e alla luce del rilevante grado di eterogeneità territoriale che contraddistingue il welfare italiano. L'utilizzo del termine "sistema" non vuole qui dare adito a interpretazioni errate: non stiamo affatto parlando di puntare ad un irrealistico sistema iper-regolato, bensì di coniugare visione di quadro e definizione di pochi obiettivi chiari.

I sostenitori di questo approccio ritengono che il vero discrimine oggi non risieda tra puntare solo sulle politiche pubbliche e guardare esclusivamente alle assicurazioni private ("Italia 1997-2007" vs "Stati Uniti") o tra rimanere nel solco nel modello attuale e modificarne una parte ("Grecia" e "Italia anni '80" vs "Italia 1997-2008" e "Stati Uniti"). L'alternativa decisiva, invece, viene individuata tra un progetto complessivo di riforma dell'assistenza continuativa e una visione parziale (quindi Spagna vs altre ipotesi) (tab. 8).

**Tab. 8 . Gli scenari a confronto: la logica politico-culturale**

"Grecia"	"Italia anni '80"	"Usa"	"Italia 97-2007"	"Direzione Spagna"
- Conferma della marginalità della non autosufficienza .	- Rinuncia a migliorare la qualità degli interventi;  - ricerca di consenso immediato e 'facile'.	-Scarsa fiducia nel welfare pubblico;  -grande fiducia nelle assicurazioni private.	- Investimento su welfare pubblico, con attenzione esclusivamente ai servizi ;  -poco interesse agli aspetti attuativi.	-Investimento su welfare pubblico, con attenzione all'insieme degli interventi;  -molto interesse agli aspetti attuativi

Passiamo adesso dal confronto delle logiche delle diverse opzioni a quello delle conseguenze attese, cioè la comparazione condotta in tabella 9 rispetto alle dimensioni valutative impiegate nella disamina degli scenari. Al fine di rendere sinteticamente comparabili le analisi proposte nei precedenti paragrafi si utilizza qui una scala comune, che prevede da tre meno (la peggiore performance rispetto alla dimensione in oggetto) a tre più (la migliore performance)<sup>59</sup>. Il giudizio dei criteri è da intendere – come in precedenza - riferito a ciò che accadrebbe tra sei anni se s'intraprendesse la strada indicata.

La prima riga contiene i maggiori stanziamenti pubblici a regime in milioni di Euro e come crescita percentuale del Prodotto interno lordo, insieme all'incremento annuale necessario per

<sup>59</sup> I + indicano la migliore probabilità di ottenere risultati positivi in direzione di efficacia e di equità, e la migliore fattibilità. Nel caso delle differenziazioni territoriali i + indicano le maggiori probabilità di ridurle e per il welfare future segnalano le prospettive più rosee.

arrivarci<sup>60</sup>. L'aumento di spesa è proporzionale all'ambizione degli scenari. Bisogna però ricordare che le riforme più ampie potrebbero suddividere la propria crescita in piccoli incrementi annuali, così da rendere l'impatto graduale. In ogni modo, lo scenario di maggiore espansione porterebbe la spesa dedicata dall'1,1% all'1,65% del Prodotto interno Lordo, rispetto a una spesa per il welfare intorno al 26% e ad una spesa complessiva intorno al 50%. Con tutta la gradualità necessaria – un robusto aumento della spesa costituisce un obiettivo realizzabile. Raggiungerlo o meno dipende dalle scelte politiche, cioè si vuole assegnare una priorità o meno all'assistenza continuativa. Lo mostra la vicenda degli ultimi 15 anni, dove mentre si affermava “non ci sono risorse per una riforma nazionale a favore degli anziani non autosufficienti” intanto la spesa pubblica continuava a crescere e venivano dedicate risorse a numerosi altri obiettivi.

Veniamo ai risultati attesi in termini di efficacia ed equità. Gli scenari “Grecia” e “Usa” mantengono i tratti negativi della situazione attuale per entrambe le dimensioni. Tanto l'immobilità del primo quanto l'investimento del secondo esclusivamente sulle assicurazioni private, infatti, non alterano le politiche pubbliche. Lo sviluppo delle assicurazioni, peraltro, è così ridotto da non avere alcun impatto a livello di sistema. Il quadro migliora con lo scenario “Italia 97-2007”. Questo produce evidenti passi in avanti, anche se sconta i limiti dovuti all'assenza d'interventi su i. accompagnamento e aiuti alla spesa per assistenti familiari. Coniugando la riforma dei servizi con quella dei sostegni monetari, lo scenario “direzione Spagna” colma queste lacune.

Le attuali differenziazioni territoriali si confermano in “Grecia” e “Usa” mentre aumentano ulteriormente in “Italia anni '80”. Qui, infatti, l'incremento dell'importo dell'indennità di accompagnamento si concentra dove questa è già più diffusa, cioè nel meridione. Cresce così ancora di più la distanza – in termini di modello di welfare - tra il sud, sempre più fondato sulle prestazioni monetarie, e il nord, maggiormente imperniato su un mix tra denaro e servizi. “Italia 97-2007” permette di raggiungere un livello minimo di servizi assicurato in tutto il paese superiore rispetto a oggi e di interrompere la crescita del gap tra le Regioni che ha contraddistinto gli ultimi anni. Rimangono, invece, inalterate le notevoli differenze nella fruizione di i. accompagnamento. Queste ultime sono ridotte nello scenario “direzione Spagna”. In generale, anche se gli ultimi due scenari menzionati producono una diminuzione delle differenze territoriali, questa non risulterà particolarmente accentuata poiché le ipotesi di sviluppo non possono che – alla prova dei fatti – perlopiù favorire in misura omogenea l'intero paese.

La fattibilità<sup>61</sup> è massima per i primi tre scenari, ognuno dei quali non modifica in alcun modo il profilo delle politiche nazionali. Anche laddove si prevede un maggiore stanziamento – “Italia anni '80” – questo riguarda esclusivamente l'incremento di importi di una prestazione monetaria (i. accompagnamento). Diventa minima nell'ipotesi “Italia 1997-2007”, poiché questa rivela una ridotta capacità dell'amministrazione centrale di sostenere l'attuazione, con poco funzionante il meccanismo basato su definizione dei livelli essenziali e loro monitoraggio, e più in generale deboli gli strumenti di sostegno alla concreta realizzazione. Il concreto pacchetto di questi strumenti è

---

<sup>60</sup> Come detto, la logica dello scenario “Italia anni '80” non prevede la possibilità di suddividere l'aumento su più anni.

<sup>61</sup> Ci si riferisce qui alla dimensione della fattibilità come definita nell'introduzione, cioè “le possibilità di realizzare nel territorio l'ipotesi considerata in modo coerente con le indicazioni statali”. Nel testo sono state proposte alcune considerazioni in merito alla fattibilità di natura politica, che è tendenzialmente minore quanto maggiori sono le risorse da recuperare e, inoltre, è minore quando bisogna confrontarsi con la riforma dell'indennità di accompagnamento.

molto più solido per “Direzione Spagna”, dove peraltro gli obiettivi di cambiamento sono particolarmente ambiziosi. Si ritiene, comunque, che si possano raggiungere gli obiettivi

Il welfare futuro porta difficoltà per possibili riforme nei primi tre scenari perché ognuno di questi prevede un ulteriore radicamento del sistema esistente e delle differenze territoriali e l’

ulteriore disabitudine alla funzione di governo a livello centrale. Inoltre l’introduzione del federalismo non accompagnata da livelli essenziali di sostanza scoraggia successivi tentativi di cambiamento sul piano sia operativo sia simbolico. Questo è il punto chiave dei prossimi anni, non abbastanza discusso: introdurre il federalismo senza i livelli essenziali costituirebbe un colpo molto forte non solo per l’oggi ma anche per chi volesse immaginare riforme nazionali domani. Positivo, invece, lo scenario “Italia 1997-2007”, che lascerebbe però radicarsi ulteriormente l’indennità di accompagnamento nella sua versione attuale, mentre decisamente positiva la “Direzione Spagna”, perché non rimanderebbe a domani nessuno dei nodi affrontabili oggi (Tab 9).

**Tab. 9. Gli scenari a confronto: le conseguenze attese**

	Grecia	Italia anni ‘80	USA	Italia 97-07	Direzione Spagna
<b>Spesa pubblica addizionale complessiva (Incremento annuo) (crescita complessiva Pil dedicato)</b>	0	1.470 (1.470) (da 1,1% di Pil a 1,2%)	53,5 (53,5) (da 1,1% di Pil a 1,1%)	4.772 (795) (da 1,1% di Pil a 1,4%)	8.250 (1.375) (da 1,1% di Pil a 1,65%)
<b>Efficacia</b>	--	--	--	++	+++
<b>Equità</b>	--	--	--	++	+++
<b>Differenziazioni territoriali</b>	--	---	--	+	++
<b>Fattibilità</b>	+++	+++	+++	--	+
<b>Welfare futuro</b>	---	---	---	+	+++

## 9. Conclusioni

Nell’introduzione ho notato che questa costituisce - a mia conoscenza - la prima valutazione ex ante di politiche di assistenza continuativa e, più in generale, di politiche sociali<sup>62</sup> promossa in Italia dal governo centrale. È uno studio, dunque, con un’intrinseca natura sperimentale e notevoli margini di miglioramento. Si colloca peraltro all’interno di un filone – quello del monitoraggio e della valutazione e, più in generale, dell’analisi delle politiche di welfare basata sui dati – con ampi spazi di crescita nel nostro paese. Giunti in conclusione voglio evidenziare varie piste di lavoro che il presente progetto mette in luce.

Alcune riguardano lo sviluppo della valutazione ex-ante da noi realizzata. Per ogni ipotesi illustrata nei capitoli precedenti si potrebbe: a) esaminarla in maggior dettaglio, specificando

<sup>62</sup> Per “politiche sociali” s’intendono qui – come nell’introduzione - le politiche legate a interventi e servizi sociali, sociosanitari e socioeducativi.

ulteriormente le conseguenze attese<sup>63</sup>, b) nelle opzioni che prevedono la crescita di servizi e prestazioni compiere altri approfondimenti concernenti le possibili suddivisioni di tale incremento tra le Regioni e le loro implicazioni, c) dettagliare maggiormente i percorsi attuativi, gli ostacoli che è lecito attendersi li s'incontrerebbero e le strategie per superarli. Venendo alle ipotesi di scenari complessivi presentate in questo capitolo si potrebbe, oltre a seguire i punti già menzionati, investigare in maggior profondità come interagirebbero i diversi interventi previsti<sup>64</sup>.

Ampliando lo sguardo, si potrebbero utilizzare le valutazioni ex ante abitualmente nel processo decisionale delle politiche sociali a livello nazionale (si pensi ad esempio, ai servizi alla prima infanzia e agli interventi contro la povertà), come accade in un numero crescente di paesi europei. Considerando il ruolo delle Regioni nelle politiche sociali sarebbe parimenti consigliabile la diffusione di questa prassi anche nelle loro realtà. La disponibilità di dati, conoscenze e analisi è oggi tale da rendere possibile questa diffusione a livello sia nazionale sia regionale. Non è necessario realizzare progetti ampi come il nostro, si possono compiere sforzi di minor ampiezza ma di grande rilievo. Ciò che conta è accompagnare il dibattito sulle scelte con: la mappa delle strade che si potrebbero seguire e - per ognuna - i risultati attesi, i costi attesi e le ipotesi su come potrebbe concretizzarsi il percorso attuativo, il tutto valorizzando al meglio i dati disponibili.

Vi è poi il più generale filone del monitoraggio e della valutazione dell'assistenza continuativa, così come delle politiche sociali. La necessità di farlo crescere è nota e sono disponibili autorevoli contributi sulle strategie da impiegare a tal fine (tra cui De Felici et alii, 2009, Trivellato, 2009). L'esperienza svolta nel presente progetto ci ha mostrato la crescente disponibilità di dati utilizzabili. Sono oggi in corso importanti sforzi tesi ad ampliare questa disponibilità, sforzi necessari se si vuole rispondere in modo adeguato ai fabbisogni informativi richiesti dal nuovo sistema federale<sup>65</sup>. In materia di analisi delle politiche attuate e di proposte su quelle da compiere, nondimeno, già con i dati oggi esistenti si potrebbero realizzare molti più lavori di quanto accada.

### *9.1 Come valutare questo progetto*

Il testo ha indicato alcuni criteri per valutare le diverse strade che le politiche nazionali di assistenza continuativa potrebbero intraprendere nel breve/medio periodo (3 e 6 anni). Giunti alla fine voglio indicare quali saranno – a mio parere – i tre criteri per giudicare l'impatto di questo progetto nel tempo. Primo, se verrà utilizzato dai decisori per compiere le proprie scelte nelle politiche nazionali di assistenza continuativa (qualunque siano le scelte). Secondo, se servirà ad alimentare un dibattito il più possibile basato sui dati e sul confronto aperto in merito alle concrete implicazioni delle diverse opzioni. Terzo, se stimolerà altri colleghi a svolgere lavori di questa natura, che migliorino quanto da noi realizzato. Le cose da fare non mancano, sul piano degli interventi così come della ricerca applicata.

---

<sup>63</sup> Eventualmente con altre simulazioni riguardanti gli effetti a livello individuale e di spesa aggregata.

<sup>64</sup> L'idea vale per gli scenari "Italia 1997-2007" e "Metodo Spagna", che prevedono di sviluppare vari interventi simultaneamente. Si potrebbe approfondire l'analisi, ad esempio, di come interagirebbero la crescita di servizi residenziali con quella dei servizi domiciliari, oppure quest'ultima con la riforma dell'indennità di accompagnamento e così via.

<sup>65</sup> Ci si riferisce in particolare alla costruzione del Sina (Sistema informativo nazionale sui servizi e interventi per la non autosufficienza), in merito cfr. cap 17 di Caruso.

## Riferimenti bibliografici

- AARP European Leadership Study, 2006, *European Experiences with Long-term care. France, the Netherlands, Norway and the United Kingdom*, AARP, Washington.
- AAVV, 2010, *Advancing long-term care services and supports*, numero monografico di “Health Affairs”, 1.
- Baldini, M, Gori, C, Mazzaferro, C e Morciano M. ( 2008), *Costi e argomenti*, in Gori, C (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 283-327.
- Capp, Cer, Servizi Nuovi (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti. Un contributo per la definizione dei livelli essenziali dei servizi per la non autosufficienza (Lesna)*, Roma, Edizioni Libereta’.
- De Felici P., Giorgi G., Ranci C., Sansonetti S., Stame N. (2009), *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*, I Quid, “Prospettive Sociali e Sanitarie”, Milano.
- Fargion V (1997), *La geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Fernandez JL and others, (2009), *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?*, Who regional office for Europe and European Observatory on Health Systems and policies, Policy brief 11.
- Gabriele S. (2009) *Livelli essenziali delle prestazioni e federalismo fiscale: la solidarietà poggia su due gambe*, 15 maggio, disponibile sul sito [www.nelmerito.com](http://www.nelmerito.com).
- Glendinning C and Moran N, 2009, *Reforming Long-Term Care: Recent Lessons from Other Countries*, York, SPRU.
- Gori C e Vanara F, (2006), *Di quante risorse abbiamo bisogno? Una rassegna delle stime*, in Gori, C (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 83-107.
- Gori C, 2008, *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Id (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 237-282.
- Gori C e Casanova G, (2009), *La riforma per i non autosufficienti in Spagna*, in “Tendenze Nuove”, 1.
- Gori, C e Zanardi, A (2008), *Le politiche sociali in un contesto di federalismo fiscale*, in Guerra M.C. - Zanardi, A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana – 2008*, Bologna, Il Mulino, pp.159-189.
- Gruppo per la Riforma dell’Assistenza Continuativa (2006), *Riforma l’assistenza ai non autosufficienti in Italia*, in Gori C, (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino, pp. 423-472.
- Hanau C. (2002), *Sul “fondo per la non autosufficienza”*, “Appunti sulle politiche sociali”, 6, pp 16-19.
- Lamura G., Principi A. *I trasferimenti monetari*, in Network Non Autosufficienza (a cura di): *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli ([www.maggioli.it/rna](http://www.maggioli.it/rna)), pp. 69-82.
- Leon M, (2009), *Recent developments in long-term care in the Spanish welfare state: restructuring “familistic” practices*, paper distributed at the ESPANET Conference, Urbino 17-19 September,



- Mattesini M. (2008), *I servizi dell'infanzia*, Rimini, Maggioli.
- OECD, (2005), *Long-term care policies for older people*, Paris: OECD.
- Prospettive Assistenziali, Anni Vari, Editoriali, scaricabili dal sito:  
<http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA>
- Ranci, C. (a cura di), (2008), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma.
- Ragioneria Generale dello Stato (2009) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Aggiornamento 2009*, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.
- Rebba V. (2006), *Il ruolo dell'assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 395-419.
- Stevenson D. G., Cohen M.A., Tell E.J., Burwell B. (2010), *The Complementarity of Public and Private Long-Term Care Coverage*, in "Health Affairs, 29, 1, pp. 96-101.
- Trivellato U, (2009), *La valutazione degli effetti di politiche pubbliche: paradigmi e pratiche*, IRVAPP Discussion Paper 1, IRVAPP Trento, disponibile in  
<http://irvapp.fbk.eu/pubblicazioni/discussion%20papers>