

**“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 20

Stime di spesa a confronto

di

Massimo Baldini, Emanuele Ciani

Luglio 2010

Introduzione

L'obiettivo principale di questo capitolo è quello di riprendere gli scenari complessivi proposti nel capitolo 19 e analizzarne più approfonditamente alcuni aspetti quantitativi ed economici¹. In particolare, le variazioni di spesa vengono descritte nel dettaglio e arricchite da alcune elaborazioni sugli effetti redistributivi.

Le elaborazioni proposte fanno un largo uso di modelli di microsimulazione². In sintesi, questi modelli utilizzano un campione rappresentativo della popolazione italiana, contenente informazioni sulla condizione socio-economica delle famiglie e dei loro componenti. Sulla base di questi dati vengono ricostruite le principali caratteristiche del sistema fiscale italiano (in particolare vengono stimate alcune variabili come l'Irpef pagata, il reddito complessivo e l'Isee) e del sistema di previdenza e assistenza sociale. Nel caso in cui alcune informazioni siano assenti, ma disponibili in altri campioni rappresentativi della popolazione italiana, si procede generalmente a ricostruire queste informazioni all'interno del modello, utilizzando dati presenti in entrambi i campioni. L'uso della microsimulazione ha il vantaggio di permetterci di lavorare a un livello di maggior dettaglio (individui o famiglie), consentendoci così di fare analisi di tipo quantitativo anche sull'equità del sistema. È stato possibile utilizzare questa tecnica per l'analisi delle prestazioni monetarie, delle assicurazioni integrative e del ricorso all'assistenza privata a domicilio. Per le elaborazioni sui servizi sociali e socio-sanitari si è reso invece necessario lavorare su dati aggregati di spesa, poiché non erano disponibili indagini campionarie sufficientemente approfondite.

Coerentemente con il capitolo 19, si è scelto di limitare gli scenari alla sola platea di utenti anziani, salvo per quanto riguarda le assicurazioni integrative. Alcune delle analisi contenute nello scenario “Grecia” sono però riferite anche ai disabili adulti, perché abbiamo ritenuto utile espandere alcune riflessioni sulle prestazioni monetarie a tutta la popolazione.

1. Status Quo (Scenario Grecia)

Nello studio dell'impatto economico delle possibili riforme, lo status quo può e deve essere analizzato non solo come punto di partenza, ma anche come uno scenario nel quale le politiche pubbliche rimangono immutate. Risulta così interessante mettere in luce, all'interno di questo paragrafo, almeno due aspetti critici del sistema attuale dal punto di vista dell'impatto sulla condizione economica delle famiglie con componenti non autosufficienti. Il primo è l'equità delle prestazioni monetarie, in particolare l'indennità di accompagnamento, che non prevede attualmente una differenziazione a seconda del livello di gravità della disabilità. Il secondo è la forte diversificazione territoriale della rete dei servizi, unita alla mancata integrazione fra le prestazioni monetarie e le reti di assistenza pubbliche e private.

¹ Il lavoro svolto riprende le elaborazioni svolte da Baldini, Gori *et al.* (2008). I risultati riguardanti punti comuni ai due saggi possono presentare delle differenze, a causa di alcune modifiche nelle proposte discusse, oppure per la scelta di dataset differenti.

² Ci limitiamo qui a una descrizione generale dei metodi di stima. Non riteniamo necessario ripetere tutti i dettagli relativi alle diverse simulazioni. Rinviamo alle spiegazioni contenute nei singoli capitoli.

1.1. L'equità del sistema di prestazioni monetarie

Prima di discutere l'impatto delle attuali prestazioni monetarie, è bene cercare di comprendere come l'assistenza a un familiare non autosufficiente possa avere un impatto sul reddito disponibile delle famiglie italiane³. Il peso del costo dell'assistenza privata a domicilio sui redditi disponibili⁴ può essere elevato, richiedendo in alcuni casi anche il ricorso al capitale risparmiato o all'aiuto di altri familiari (Tab. 1). Si noti infatti che la proporzione fra il costo per l'assistenza e il reddito disponibile risulta particolarmente significativo per le famiglie del primo decile. L'incidenza può apparire sovrastimata, ma si consideri che il reddito disponibile non tiene conto né dell'uso dei risparmi, né dei trasferimenti da parte di familiari non residenti. Il sostegno pubblico per questa componente di spesa familiare è costituito dagli sgravi fiscali, che in media rappresentano circa il 7,1% della spesa, e l'indennità di accompagnamento, che può arrivare a coprire la metà circa dei costi⁵. L'indennità non è però collegata direttamente a questo servizio, potendo essere impiegata dal beneficiario a sua discrezione, senza alcun vincolo.

Tab. 1. Incidenza del costo dell'assistenza privata a domicilio sui bilanci delle famiglie. Italia, 2009 (simulazione)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie che ricorrono all'assistenza privata a domicilio	Solo famiglie che ricorrono all'assistenza privata a domicilio		
		Costo medio dell'assistenza	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	2,2%	11.126	13.877	80%
2	3,0%	11.126	22.726	49%
3	3,5%	11.126	31.235	36%
4	3,3%	11.126	43.824	25%
5	2,6%	11.126	71.932	15%
Totale	2,9%	11.126	37.091	30%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b) e dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana, anno 2006" (Istat, 2007a).

Nota: L'elaborazione assume un costo standard per l'assistenza, con un numero di ore di servizio uguale per tutti coloro che vi ricorrono.

L'indennità di accompagnamento ha infatti un peso notevole all'interno del sistema di *Long Term Care* italiano (Tab. 2), sia dal punto di vista del bilancio dello stato, sia da quello della

³ In questo capitolo ci si limita a considerare l'impatto monetario dell'assistenza continuativa sulle famiglie. Anche la prospettiva più specificatamente economica dovrebbe in realtà inserire nel calcolo costi/benefici anche le ore di lavoro spese dai familiari per l'assistenza informale.

⁴ L'unità di riferimento di questa e delle seguenti analisi redistributive è la famiglia, intesa come unità di coabitazione. Per reddito disponibile si intende la somma di tutti i redditi percepiti dai membri del nucleo familiare, al netto delle imposte dirette e al lordo degli affitti imputati. Il reddito disponibile è reso equivalente utilizzando la scala Ocse modificata, che assegna peso uguale a 1 al primo componente adulto, a 0,5 per gli altri componenti con più di 14 anni e a 0,3 per i minori fino a 13 anni. Dove non altrimenti specificato, per reddito disponibile si intende il reddito non equivalente.

⁵ Nostre elaborazioni sui dati presentati nei capitoli sull'assistenza privata a domicilio e sull'indennità di accompagnamento (si vedano anche le tabb. 1 e 2 presenti in questo capitolo).

condizione economica delle famiglie⁶. Essendo una prestazione universale, la quota di famiglie beneficiarie non è decrescente al crescere del reddito disponibile (considerato al lordo dell'indennità). L'impatto dell'assegno è elevato, soprattutto per le famiglie appartenenti ai decili più bassi⁷.

Tab. 2. Incidenza dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali sui bilanci delle famiglie. Italia, 2009 (simulazione)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti percettori di indennità di accompagnamento	Solo famiglie beneficiarie		
		Importo medio delle indennità	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	3,4%	5.874	16.695	35%
2	5,8%	5.854	24.653	24%
3	6,9%	6.067	30.071	20%
4	6,7%	5.924	39.627	15%
5	4,3%	5.948	63.744	9%
Totale	5,4%	5.943	34.857	17%

Fonte: nostre elaborazioni su campionari dati dell'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. L'importo medio delle indennità è superiore al valore annuo (472,04 euro per 12 mensilità), perché in alcune famiglie sono presenti due percettori.

L'effetto perequativo complessivo è in realtà piuttosto limitato, perché ricevono l'assegno anche famiglie con redditi elevati. Se si considerassero però anche i costi derivanti dalla presenza di un componente non autosufficiente, è probabile che questo effetto sarebbe maggiore⁸. In altri termini, l'equità di questa prestazione andrebbe valutata in relazione alle spese necessarie per l'assistenza dei familiari disabili.

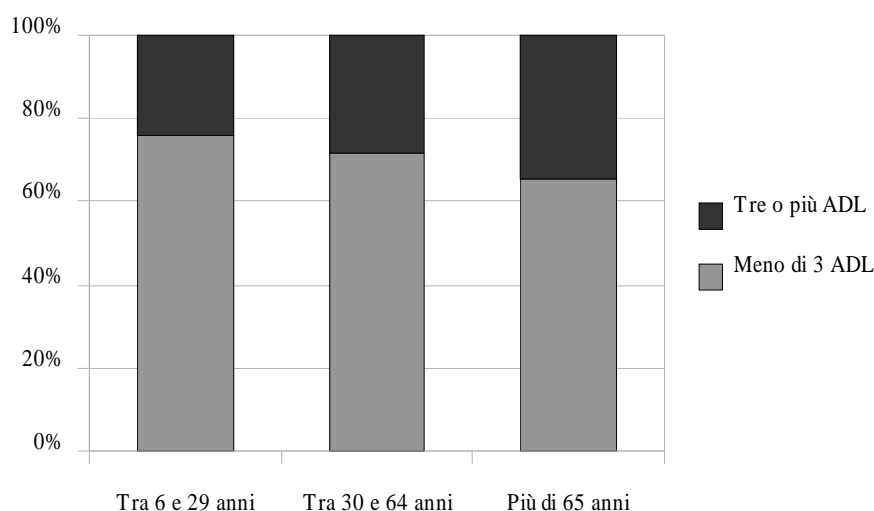
Il costo dell'assistenza va anche messo in relazione con la gravità della disabilità. Utilizzando l'Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" (Istat, 2008c), si stima che il 4,8% della popolazione italiana residente in famiglia con età pari a 6 o più anni presenti almeno una grave limitazione in una delle seguenti aree: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento; difficoltà nelle funzioni quotidiane; difficoltà nella comunicazione (Fig. 1). Di questi, il 33,3% riporta almeno tre gravi limitazioni nelle funzioni quotidiane (ADL). L'indennità di accompagnamento non prevede però nessuna differenziazione a seconda del livello di disabilità. Se assumiamo che ad una situazione di maggior non autosufficienza siano collegati maggiori costi, diventa necessario, dal punto di vista dell'equità, prevedere un aumento dell'importo per le persone con bisogni più elevati.

⁶ Per una discussione approfondita dei punti qui discussi, con riferimento ad altre esperienze internazionali, si veda Ranci (2008).

⁷ Va precisato che non si tiene conto del fatto che, senza indennità, i redditi da lavoro potrebbero essere maggiori perché alcuni familiari potrebbero scegliere di lavorare invece di prestare cura, o esservi costretti per ragioni economiche.

⁸ In appendice abbiamo riportato un semplice esercizio numerico per mettere in evidenza questo aspetto.

Fig. 1 Disabilità nella popolazione italiana residente in famiglia, per classe d'età. Italia, 2005.



Fonte: Elaborazione su dati dell'Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2004-2005 (Istat, 2008c).

Le caratteristiche del sistema attuale di prestazioni monetarie pone però alcuni ostacoli ad ogni progetto di riforma. Da una parte, l'impatto sul bilancio pubblico è già piuttosto elevato e destinato probabilmente a crescere nei prossimi anni. Dall'altra parte, la forte incidenza sui redditi delle famiglie fa sì che diventi difficile raggiungere il consenso necessario ad una sua riforma in senso selettivo, che permetta di aumentare gli importi per i livelli di gravità più elevata riducendo l'assegno per le persone in condizioni economiche più agiate.

1.2. La diversificazione dell'offerta di servizi

Il terzo punto critico del sistema attuale è la forte diversificazione territoriale nell'offerta dei servizi. L'eterogeneità va esaminata sia dal punto di vista dell'offerta di servizi, sia dal punto di vista della ripartizione della spesa fra quota sanitaria (Servizio Sanitario Nazionale) e quota sociale (utente e Comuni).

Nella tavola 3 si può osservare la significativa differenziazione nell'offerta complessiva di servizi per anziani e disabili. Anche la spesa media per utente⁹ presenta ampi margini di variazione tra le diverse aree. Nel 2006, la spesa media per il Sad rivolto ad anziani andava da un minimo di 605 euro in Calabria ad un massimo di 4.487 euro in Valle d'Aosta¹⁰. La spesa media per utente Sad

⁹ Occorre fare attenzione nell'interpretare questi dati. Le variazioni qui riportate sono indicative dell'eterogeneità nell'offerta di servizi, ma non offrono un chiaro quadro del loro sviluppo complessivo se considerate separatamente dagli indici di copertura del servizio. Ad esempio, è possibile che il Sad in una regione con un'alta spesa media per utente raggiunga soltanto una quota molto ristretta della possibile utenza.

¹⁰ Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006). Media italiana: 1646 euro (3407 euro per disabili)

nell'area disabili variava invece tra 1.446 euro in Piemonte e 7.765 euro in provincia di Trento. Per quanto riguarda l'ADI, nel 2006 la spesa sanitaria pro-capite¹¹ variava tra 1,59 euro, in Provincia di Trento¹², e 55,98 euro in Friuli-Venezia Giulia; la spesa comunale pro-capite¹³ assumeva invece valore minimo in Basilicata (0,03 euro) e valore massimo in Veneto (4,58 euro).

Tab. 3. Servizi residenziali e domiciliari per anziani e disabili, per area geografica

	Posti letto nei presidi residenziali ogni 1000 abitanti (2005 ¹)	% di anziani presi in carico Adi (2008 ²)	% di anziani presi in carico Sad (2006 ³)	% di disabili presi in carico Sad (2006 ³)
Nord-ovest	8,4	3,3%	1,6%	5,6%
Nord-est	9,0	5,8%	2,3%	4,7%
Centro	4,7	3,1%	1,4%	8,4%
Sud	2,4	2,4%	1,4%	4,2%
Isole	3,3	1,2%	3,2%	10,4%
TOTALE	5,8	3,4%	1,8%	6,2%

Fonti: ¹ Indagine sull'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2005 (Istat, anno 2008a); ² Ministero dello sviluppo (2009); ³ Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2006 (Istat, 2009b).

Nella tavola 4 si può invece osservare come la suddivisione della spesa per l'assistenza residenziale vari significativamente a seconda dell'area geografica. Si osservi come, in media, il peso a carico dell'utente sia piuttosto elevato: in valore assoluto la retta media annua pagata dalle famiglie di disabili adulti o anziani autosufficienti risulta pari a 14.136 euro (a valori 2009)¹⁴.

La variabilità geografica della quota sanitaria è però piuttosto elevata e la stessa eterogeneità è presente anche nell'intervento comunale. Utilizzando sempre i dati dell' Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006), osserviamo come la spesa comunale per residenza assistenziale nell'area anziani vari tra 1.919 euro ogni mille abitanti in Sud Italia e 12.010 euro nel Nord-Ovest (media italiana 7.998 euro per mille abitanti). La spesa pro-capite per assistenza residenziale nell'area disabili è invece minima nel Sud (184 euro per mille abitanti) e massima nel Nord-Est (8.654 euro), con una media italiana di 3.636 euro per mille abitanti.

¹¹ Fonte: elaborazione su dati resi disponibili dal Ministero dello Sviluppo nel quadro degli Obiettivi di Servizio e sui dati sulla popolazione residente, disponibili online su demo.istat.it. Media italiana: 18,9 euro.

¹² Nella fonte utilizzata (vedi nota 15), il dato per la Provincia di Trento come “stimato” nella fonte. Il secondo valore più basso è quello della Calabria, 5,83 euro pro-capite.

¹³ Fonte: elaborazione su dati Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (anno 2006) e sui dati sulla popolazione residente, disponibili online su demo.istat.it. Media italiana: 1,31 euro.

¹⁴ Il dato originale, relativo al 2004, è tratto da Pesaresi (2008) ed è stato riportato a valori monetari 2009.

Tab. 4. Suddivisione della spesa per assistenza residenziale a disabili adulti e anziani non autosufficienti, Italia, 2004.

	SSN	UTENTE	COMUNE	TOTALE
Nord-ovest	42%	49%	10%	100%
Nord-est	39%	49%	12%	100%
Centro	57%	32%	11%	100%
Sud	50%	39%	11%	100%
Isole	43%	32%	26%	100%
ITALIA	43%	47%	9%	100%

Fonte: rielaborazioni su dati Pesaresi (2008); si veda il capitolo sulla suddivisione della spesa per una spiegazione completa delle stime.

La diversità geografica è quindi notevole sia dal punto di vista dell'offerta complessiva di servizi che da quello delle regole di compartecipazione al costo. Un sistema così eterogeneo, se lasciato immutato, rischia di riflettersi anche nel breve periodo in una profonda disuguaglianza geografica tra le condizioni di vita delle persone non autosufficienti.

2. Scenario “Italia anni ‘80”

Tra le varie opzioni disponibili, è possibile pensare una riforma minimale basandosi sul principale strumento monetario di assistenza alle persone non autosufficienti: l'indennità di accompagnamento. La proposta, applicata solo per le persone con 65 anni o più¹⁵ è molto sintetica e consiste nell'aumentare l'importo mensile da 472 a 572 euro, mentre l'indennità per ciechi civili passerebbe da 733 a 833 euro mensili. L'obiettivo sarebbe quello di alleviare l'onere a carico degli individui e delle famiglie intensificando il trasferimento statale. In questo senso, questo scenario si inserisce in un'ottica puramente risarcitoria e sarebbe di facile applicazione, poiché non richiede alcun cambiamento nelle regole di accesso.

Nella tabella 5 si riportano i livelli attuali dell'indennità di accompagnamento¹⁶ per invalidi civili totali e per ciechi civili. L'aumento sarebbe pari a 1200 euro annui per beneficiario, per un totale di maggior spesa annuale a regime pari a circa 1,47 miliardi. I dati contabili qui riportati mettono in luce l'incapacità di questa riforma di ridurre le criticità della situazione attuale. La sostenibilità nel futuro rimarrebbe immutata, in quanto l'importo aggiuntivo è agganciato a uno strumento già esistente, l'indennità di accompagnamento. Inoltre, occorre considerare che i 1200 euro annuali, soprattutto nei casi di maggior gravità, non sembrano essere sufficienti a coprire le

¹⁵ Questa scelta è legata alla decisione di concentrare l'analisi della situazione dei disabili adulti nel capitolo curato da Barbieri, in modo da non confondere la loro situazione con quella degli anziani non autosufficienti.

¹⁶ I dati utilizzati sono relativi alle indennità vigenti all'1/1/2008 e sono tratti dall'Osservatorio Pensioni INPS (disponibile su www.inps.it, ultimo accesso: 23/09/09). Non comprendono le province autonome di Aosta, Bolzano e Trento, in quanto l'erogazione in queste aree non è compito dell'Inps (l'impatto è però limitato). Al momento della stesura finale sono stati resi disponibili dati più recenti (1/1/2009), che non è stato possibile utilizzare per il capitolo di Giovanni Lamura. Per coerenza, si è scelto di considerare anche qui i valori all'1/1/2008.

spese necessarie. Si osservi che, secondo il contratto collettivo nazionale per colf e badanti del 16/2/07, la retribuzione minima mensile per un assistente a persone non autosufficienti (“C super”) è pari a 880,17 euro¹⁷. Infine, l'aumento dell'indennità beneficerebbe maggiormente l'Italia meridionale, dove è più elevata la quota di beneficiari. Ciò non è però sufficiente a contrastare la significativa frammentazione territoriale dell'offerta di servizi, che richiederebbe un investimento notevolmente superiore.

Tab. 5. Numero di indennità di accompagnamento vigenti all'1/1/2008

Classe d'età	Invalidi totali	% beneficiari	Ciechi civili	% beneficiari	Totale	% beneficiari
da 65 a 70	69.939	2,1%	9.425	0,3%	79.364	2,4%
da 70 a 80	285.479	5,3%	28.707	0,5%	314.186	5,8%
80 e oltre	776.292	23,8%	52.646	1,6%	828.938	25,4%
Totale	1.131.710	9,5%	90.778	0,8%	1.222.488	10,2%

Fonte: rielaborazione su dati dell'Osservatorio Pensioni INPS, vedi nota 19.

Utilizzando il modello di microsimulazione possiamo approfondire alcuni aspetti legati alle caratteristiche familiari dei percettori di indennità di accompagnamento. Nella tabella 6 si mette in luce come questa riforma non avrebbe un carattere particolarmente progressivo, anche se valgono le stesse considerazioni sull'impatto dei costi per l'assistenza sul reddito disponibile familiare (si veda l'appendice).

Tab. 6. Impatto dell'aumento sui percettori anziani di indennità di accompagnamento. Italia, 2009 (simulazione status quo)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani percettori di indennità di accompagnamento	Solo famiglie beneficiarie dell'aumento		
		Importo medio degli aumenti	Reddito disponibile medio	Incidenza sul reddito disponibile
1	2,4%	1.206	14.443	8%
2	4,6%	1.231	22.600	5%
3	5,5%	1.250	28.324	4%
4	5,2%	1.256	36.391	3%
5	3,0%	1.214	59.456	2%
Totale	4,1%	1.237	31.980	4%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dell'Indagine “Reddito e Condizioni di vita, anno 2005” (Istat, 2007b) e dell'Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana, anno 2006” (Istat, 2007a). In questa tabella (ma non nei totali di spesa) non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. L'importo medio dell'aumento è superiore al valore annuo perché in alcune famiglie sono presenti due percettori.

¹⁷ http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/News/20090127_Lavorodomestico_minimi_retributivi.htm (ultimo accesso 25/09/09).

3. Scenario USA: sviluppo delle sole assicurazione integrative private

In questo scenario si ipotizza che lo Stato si limiti a ridefinire in senso estensivo gli incentivi fiscali per le assicurazioni private, seguendo lo scenario 1 descritto all'interno del rispettivo capitolo. La simulazione svolta, qui ripresa, si basa sui dati campionari dell'Indagine sui Bilanci delle Famiglie Italiane della Banca d'Italia (anno 2006¹⁸), e su alcuni dati forniti da Simone Pellegrino¹⁹ (Università di Torino). Abbiamo previsto due tipi di polizze. Le prime sono collettive e organizzate da fondi sanitari. Il premio corrisponde a un importo pari allo 0,5% del reddito da lavoro, mentre la prestazione in caso di non autosufficienza corrisponde a una rendita annua di 12.000 euro reali. Le altre polizze previste sono di tipo individuale, ad accumulazione per le persone con meno di 65 anni e del tipo malattia per gli anziani. La rendita annua in caso di non autosufficienza è sempre pari a 12.000 euro reali.

Gli incentivi fiscali vengono potenziati per favorire lo sviluppo di questo mercato (tab. 7). Per le polizze collettive viene prevista una deduzione Irpef integrale del premio versato (fino a 4000 euro) e un contributo di solidarietà ridotto al 10%. Per le polizze individuali, invece, l'importo massimo soggetto a detrazione viene innalzato da 1291,14 euro a 3000 euro. Tutte le altre componenti (servizi, prestazioni monetarie, incentivi fiscali per l'assistenza domiciliare privata) rimangono invece immutate. L'aumento complessivo della spesa annua sarebbe pari a 53,5 milioni di euro²⁰.

Tab. 7. Assicurati, raccolta premi e spesa fiscale nello scenario “Stati Uniti”

	Assicurati per 1000 residenti	Raccolta premi totale (migliaia di euro)
Polizze collettive	20,3	201.700
Polizze individuali	1,7	73.000
Totale	21,4	274.700
		Spesa fiscale (migliaia di euro)
Minor gettito IRAP		4.635
Minor i contributi sociali		16.028
Minor gettito Irpef		50.500
Totale spesa fiscale		71.163

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Il problema principale di questo scenario è legato alla capacità del mercato assicurativo *Long Term Care* di espandersi fino a coprire una quota consistente della popolazione. La situazione

¹⁸ Si veda il capitolo sulle assicurazioni integrative per maggiori dettagli.

¹⁹ Simone Pellegrino ci ha gentilmente messo a disposizione alcuni risultati ottenuti attraverso un modello di microsimulazione sul campione dell'Indagine Banca d'Italia (anno 2006). Per la descrizione di un suo precedente modello, e di un'applicazione, si veda Pellegrino (2007a, 2007b). Chiaramente, Simone Pellegrino non ha alcuna responsabilità nella nostra elaborazione dei dati.

²⁰ Tenendo conto dei circa 17,69 milioni spesi attualmente, da noi stimati nel capitolo sulle Assicurazioni integrative.

attuale, come abbiamo visto, presenta un'elevata variabilità sia nell'offerta dei servizi, sia nella compartecipazione al costo da parte dell'utente. Le tensioni future che si verranno a creare sulla spesa pubblica per l'assistenza continuativa rendono ancora più incerto l'ammontare dei servizi offerti in futuro dal servizio pubblico e le regole di compartecipazione al costo da parte dell'utente. Questa incertezza ostacola lo sviluppo delle assicurazioni integrative, rendendo difficile ipotizzare un'espansione ai livelli di un paese come la Francia, dove la riforma del sistema pubblico ha dato impulso al mercato assicurativo privato.

La copertura integrativa complessiva non sembra quindi destinata a colmare le lacune del sistema pubblico. Per procedere alla simulazione abbiamo posto uno sviluppo massimo pari a 1.300.000 polizze di cui 100.000 individuali. Il limite è evidentemente arbitrario²¹, ma crediamo possa offrire un'indicazione sulla direzione in cui potrebbe svilupparsi questo scenario nel prossimo futuro.

L'assicurazione collettiva ha dei vantaggi in termini di equità, sia perché il rischio viene distribuito fra tutti gli assicurati indipendentemente dall'età e dal sesso, sia perché il premio pagato costituisce una percentuale del reddito da lavoro. Il costo di questo tipo di assicurazione è piuttosto limitato, in quanto verrebbe sottoscritto da persone in media più giovani. Inoltre, le sue caratteristiche lo rendono notevolmente più conveniente. Nella simulazione, il premio medio pagato risulta infatti di 168 euro annui per la polizza collettiva, contro i 734 euro della polizza individuale.

Nonostante l'assicurazione collettiva abbia dei vantaggi in termini di equità e rappresenti buona parte delle polizze ipotizzate nella nostra simulazione, le persone che risultano coperte sono in prevalenza in condizioni economiche più agiate. Osservando la tab. 8, si può notare come gli assicurati tendano ad appartenere ai decili di reddito più alti e a concentrarsi nella fasce d'età attorno ai 50 anni. Le categorie professionali con una maggior quota di assicurati sono infatti quelle degli impiegati, dei dirigenti/direttivi e degli imprenditori o liberi professionisti. Abbiamo infatti assunto che lo sviluppo delle polizze tenda a concentrarsi tra le categorie che attualmente hanno una maggior probabilità di avere delle polizze sanitarie private. L'ipotesi, che pare plausibile per simulare il breve periodo, mette in evidenza come un sistema puramente privato, anche se incentrato su polizze collettive, rischi di lasciare senza copertura proprio le fasce sociali più deboli. Infine, un ulteriore problema di equità riguarderebbe le persone che si trovano attualmente in condizione di disabilità, che risulterebbero non assicurabili.

²¹ Se avessimo informazioni campionarie sulla disponibilità a pagare per assicurazioni *Long Term Care*, potremmo costruire un modello in cui l'incremento delle sottoscrizioni si genera endogeneamente al variare degli sgravi fiscali. Al momento non abbiamo dati che ci permettano di procedere in questo senso. In ogni caso, occorre considerare che, vista la recente introduzione di questi tipi di polizze in Italia, sarebbe comunque difficile sostenere che le aspettative delle persone, e di conseguenza la loro disponibilità a pagare, non si modifichino significativamente nei prossimi anni.

Tab. 8. Distribuzione delle persone assicurate per decile di reddito e classe d'età, solo popolazione con almeno 16 anni di età. Simulazione scenario “Stati Uniti”

	Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate		Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate
Quintile di reddito disponibile equivalente			Classe di età		
1	0,5%	3,9%	<=30	0,9%	6,8%
2	1,3%	10,1%	31-40	4,3%	31,4%
3	1,7%	13,8%	41-50	5,1%	37,8%
4	3,6%	28,4%	51-65	2,2%	18,5%
5	5,5%	43,7%	>65	0,6%	5,5%
Totale	2,5%	100,0%	Totale	2,5%	100,0%

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Dal punto di vista della sostenibilità nel futuro, questo sistema presenta problemi significativi per quanto riguarda l'impatto dei premi sul reddito degli assicurati. Nella simulazione abbiamo infatti assunto che la proporzione di pensionati sul totale degli assicurati con polizze collettive sia circa il 7%, come si osserva nella situazione attuale, ma nel futuro questa quota è destinata a crescere. Non abbiamo elaborato modelli dinamici per fare una previsione quantitativa di questo incremento, ma è ragionevole affermare che se l'età media degli assicurati si alza, il premio medio raccolto dovrà crescere di conseguenza, poiché aumenta la proporzione di persone a maggior rischio di non autosufficienza. Chiaramente, in questo sistema ciò non costituisce un problema rilevante per il bilancio pubblico, visto il basso importo complessivo che viene speso per gli sgravi fiscali. L'impatto sui bilanci familiari rischia però di diventare elevato, aumentando, per le persone in condizioni più disagiate, l'incentivo a non sottoscrivere una polizza integrativa.

4. Scenario “Italia 1997-2007”

I precedenti tre scenari avevano, tra i loro limiti, l'assenza di una proposta di sviluppo dell'offerta di servizi pubblici per le persone non autosufficienti e il tentativo di ridurne le differenziazioni territoriali. Sembra invece necessario elaborare delle ipotesi che vadano in questa direzione, ponendosi almeno due obiettivi:

- ridurre il peso a carico delle famiglie nell'assistenza delle persone non autosufficienti, sia dal punto di vista della spesa, sia dal punto di vista delle ore di cura prestate;
- colmare i divari nell'offerta di servizi garantendo, inoltre, chiare regole di accesso²².

²² Vista la complessità della materia, per ragioni di spazio non verranno qui discusse le questioni relative alle regole di accesso, già approfondite nei diversi capitoli.

4.1. I possibili percorsi di sviluppo

Nelle tabelle che seguono vengono riassunte tutte le possibili opzioni di sviluppo dell'offerta di servizi. Nelle colonne si trovano le diverse riforme proposte da Guerrini a riguardo dell'assistenza domiciliare (Adi e Sad). Nelle righe si ritrovano invece alcune delle ipotesi di Pesaresi per l'assistenza residenziale. La tabella 9 riporta tutte le possibili combinazioni in termini di utenza complessiva dei servizi in rapporto alla popolazione anziana, distinte fra primo triennio e secondo triennio, dove quest'ultimo corrisponde alla situazione "a regime". La tabella 10 contiene invece la maggior spesa totale (sanitaria e comunale) relativa ad ogni ipotesi combinata.

Tab. 9. Utenza complessiva dei servizi, in rapporto alla popolazione residente con 65 o più anni

Riforme assistenza residenziale	Riforme assistenza domiciliare							
	Status quo		Più utenza		Più intensità		Aumento globale	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Status quo	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%
Aumento quota RSA al 60% + riforma semiresidenziale	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%	8,0%	8,0%	8,8%	11,8%
Sviluppo residenzialità con quote al 60%	8,1%	8,8%	8,9%	2,6%	8,1%	8,8%	8,9%	12,6%

Fonte: elaborazioni svolte sulla base delle ipotesi di Pesaresi e Guerrini. Si rimanda ai rispettivi capitoli. Il rapporto fra anziani ospitati e numero di posti letto è relativo al 2005 e ricavato da Brizioli e Pesaresi (2009) e da Istat (2008a).

Note: Per utenza dei servizi residenziali si intende il totale di anziani ospitati durante l'anno, ottenuto moltiplicando il rapporto fra anziani ospitati durante l'anno e numero di posti letto per il numero totale di posti letto, così come stimato nelle elaborazioni del capitolo sull'assistenza residenziale. Se un anziano viene ospitato solo per una periodo in una struttura residenziale, e riceve assistenza domiciliare nel resto dell'anno, viene conteggiato due volte. Non siamo a conoscenza di dati che ci permettano di distinguere questa situazione.

Tab. 10. Variazioni di spesa complessiva per la riforma dei servizi per anziani non autosufficienti, in milioni di euro

Riforme assistenza residenziale	Riforme assistenza domiciliare							
	Status quo		Più utenza		Più intensità		Aumento globale	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Status quo	0	0	+236	+1.058	+427	+712	+735	+2.299
Aumento quota RSA al 60% + riforma semiresidenziale	+358	+400	+595	+1.458	+785	+1.112	+1.093	+2.699
Sviluppo residenzialità con quote al 60%	+960	+2.473	+1.197	+3.531	+1.388	+3.186	+1.695	+4.772

Fonte: elaborazioni svolte sulla base delle ipotesi di Pesaresi e Guerrini. Si rimanda ai rispettivi capitoli.

Note: (1) Nell'analisi della domiciliarità, per scarsità di dati, non abbiamo potuto stimare la maggior spesa comunale per Adi (si veda il capitolo di G. Guerrini).

- (2) Si è ipotizzato che la variazione della quota sanitaria nelle RSA non riduca la quota di intervento dei comuni ma vada tutta a beneficio degli utenti.
- (3) Si è ipotizzato che la quota dei comuni di spesa dei comuni rimanga costante nello sviluppo della residenzialità rispetto ai livelli stimati da Brizioli e Pesaresi (2009) sui dati del 2004. Questa spesa comunale non viene considerata nel capitolo sulla residenzialità, perché si concentra sulla spesa sanitaria.
- (4) Lo sviluppo della residenzialità comprende i 312 milioni dell'introduzione della quota Rsa al 60%.

Nel vertice in alto a sinistra troviamo l'ipotesi minimale, ovvero quella di status quo. La maggior spesa in questo caso sarebbe chiaramente zero, anche se occorre sottolineare ancora una volta come i costi complessivi siano destinati a crescere nei prossimi decenni. Nel vertice in basso a destra è invece riportata un'ipotesi massimale, nella quale si uniscono tutte le proposte sia relative all'assistenza domiciliare che a quella residenziale.

È interessante ragionare procedendo su una sola riga (o colonna) e mantenendo fisso l'altro servizio allo status quo. Iniziando dall'assistenza domiciliare e tenendo ferma l'assistenza residenziale alla situazione attuale, il primo passaggio sarebbe quello di aumentare l'utenza di Adi e Sad, arrivando ad un minimo di 5% di anziani nel secondo triennio (2% Sad e 3% Adi), per una media nazionale del 9%. Se a questa riforma si aggiunge un aumento dell'intensità dei servizi, prima del 30% e poi del 50% a regime, ci si sposta nello scenario di "sviluppo globale dei servizi". Il costo associato a questa ipotesi è pari, a regime, a circa 2,3 miliardi di euro in più per anno (di cui il 75% di spesa sanitaria e il 25% di spesa comunale).

Se invece procediamo lungo la prima colonna, tenendo ferma la situazione dell'assistenza domiciliare allo status quo, troviamo innanzitutto la definizione delle regole relative alla ripartizione fra sanitario e sociale dei costi per utente. Il primo passaggio è in sintesi l'aumento dal 50% al 60% della quota sanitaria nelle RSA per anziani (più alcune proposte relative alla semiresidenzialità presenti nel capitolo di Pesaresi). Il costo complessivo, pari a circa 400 milioni di euro, andrebbe a beneficio dei circa 140.000 anziani ospitati in RSA durante l'anno²³ (pari a circa l'1,14% della popolazione anziana). Il secondo passaggio è invece quello dello sviluppo dell'assistenza residenziale, che Pesaresi ha articolato in una prima fase (a tre anni) di rimodulazione dell'offerta di posti letto verso le RSA e i centri alzheimer, a parità di posti totali. Successivamente si procederebbe invece ad aumentare l'offerta fino a 28,3 posti ogni mille anziani²⁴, per una maggior spesa complessiva annua pari a 2,5 miliardi di euro, prevalentemente a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

4.2. Le caratteristiche dello scenario

Lo scenario "Italia 1995-2007" è uno scenario di sviluppo completo dei servizi. Consideriamo quindi sia l'aumento globale dei servizi domiciliari, sia la rimodulazione e crescita del numero di posti letto per anziani proposta da Pesaresi.

²³ Vedi nota alla tab. 9.

²⁴ Se si mantenesse lo stesso rapporto fra anziani ospitati durante l'anno e numero di posti letto, circa il 3,6% degli anziani residenti beneficerebbero di servizi residenziali, contro il 2,9% attuale. Vedi nota alla tab. 12.

La riforma dei servizi domiciliari (tab. 11) permetterebbe di ridurre le differenziazioni introducendo dei minimi regionali. Dal punto di vista regionale, l'unica area che si differenzierebbe significativamente sarebbe quella del Nord-Est, ma in senso positivo e quindi senza problemi dal punto di vista delle nostre considerazioni.

Tab. 11. Un possibile percorso di sviluppo della riforma. Percentuale di anziani presi in carico dai servizi domiciliari nella riforma prevista

	% di anziani presi in carico Adi			% di anziani presi in carico Sad			% totale di anziani assistiti		
	Status quo	A 3 anni	A 6 anni	Status quo	A 3 anni	A 6 anni	Status quo	A 3 anni	A 6 anni
Nord-ovest	3%	4%	6%	2%	2%	3%	5%	5%	8%
Nord-est	6%	7%	10%	2%	2%	4%	8%	9%	14%
Centro	3%	4%	5%	1%	2%	2%	5%	5%	8%
Sud	2%	3%	4%	1%	2%	2%	4%	5%	7%
Isole	1%	2%	3%	3%	3%	5%	4%	5%	8%
TOTALE	3%	4%	6%	2%	2%	3%	5%	6%	9%

Fonte: elaborazioni svolte seguendo le ipotesi del capitolo sull'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda invece l'assistenza residenziale, lo sviluppo proposto da Pesaresi permetterebbe innanzitutto di aumentare l'offerta di posti letto in RSA nelle regioni con un basso numero di posti letto. Nella tabella 12 riportiamo un possibile percorso di sviluppo, coerente con l'ipotesi presentata nel capitolo sull'assistenza residenziale (proposte 3 e 4). Nella prima fase, a 3 anni, si ipotizza che le varie regioni, e di conseguenza le aree geografiche, mantengano lo stesso livello di offerta complessiva, aumentando però il numero di posti letto in RSA. Nella seconda fase viene invece aumentato il numero totale di posti letto nel Centro, nel Sud e nelle Isole, allo scopo di ridurre i differenziali nazionali.

Tab. 12. Un possibile percorso di sviluppo della riforma. Numero posti letto in strutture residenziali ogni 1000 anziani nella riforma prevista

	Numero posti letto ogni 1000 anziani			Numero posti letto in RSA ogni 1000 anziani		
	Status quo	A 3 anni	A 6 anni	Status quo	A 3 anni	A 6 anni
Nord-ovest	34,3	34,3	34,3	18,3	17,0	13,2
Nord-est	35,7	35,7	35,7	6,1	11,0	14,7
Centro	16,1	16,1	22,2	6,9	8,1	9,0
Sud	8,4	8,4	22,2	1,4	3,7	9,0
Isole	10,0	10,0	22,2	1,8	4,1	9,0
TOTALE	22,9	22,9	28,3	8,3	9,9	11,3

Fonti: elaborazioni svolte seguendo le ipotesi presentate nel capitolo sull'assistenza residenziale.

Nota: l'obiettivo di questa tabella è quello di mostrare un possibile percorso di sviluppo relativo alle ipotesi sviluppate nel capitolo sull'assistenza residenziale; i diversi sviluppi territoriali non coincidono con una specifica proposta di Pesaresi.

Questo scenario, la cui maggior spesa complessiva annuale a regime sarebbe di 4.772 milioni di euro, concentrandosi sulla riforma dei servizi pubblici per le persone non autosufficienti, ha il pregio di intervenire efficacemente sulla differenziazione territoriale. I principali limiti sono due. Il primo è legato all'effettiva capacità di mettere in campo le risorse disponibili e di monitorarne l'effettivo utilizzo. In un contesto di risorse pubbliche tendenzialmente in calo può essere complesso raggiungere un accordo sullo stanziamento e l'utilizzo di questi fondi. Il secondo limite è quello di non considerare altri aspetti di non minore importanza, in particolare il ruolo dell'indennità di accompagnamento, che continua a rappresentare la principale voce di spesa per il Ltc. Questo scenario costituisce, in sintesi, una buona base per procedere a una proposta più articolata.

5. Scenario “Spagna”

Nel ripercorrere i diversi scenari sono stati messi in evidenza i rischi di riforme parziali, circoscritte ad un solo ambito dell'assistenza. La proposta “Italia 1985”, limitata ad un aumento dell'importo mensile dell'indennità di accompagnamento, è di facile applicazione ma lascia immutate tutte le criticità principali. Lo scenario “Stati Uniti”, concentrandosi su una risposta prevalentemente privata al problema della non autosufficienza, rischierebbe di esacerbare le iniquità attuali, trascurando le fasce sociali con maggior disagio economico, che tenderebbero a non essere coperte dall'assicurazione. Infine, la proposta “Italia 1997-2007”, se da un lato riduce le differenziazioni regionali, dall'altro non interviene sulle prestazioni monetarie.

Lo scenario Spagna cerca di mettere insieme gli aspetti legati allo sviluppo dei servizi con quelli di una riforma dell'indennità di accompagnamento. L'obiettivo è quello di trasformare l'attuale assegno mensile di 472 euro, universale e indipendente dal livello di bisogno, nella Prestazione Assistenziale di Base (da qui Pab, si veda Baldini, Gori, *et. al.*, 2008), prevedendo una gradazione dell'importo in funzione della gravità della situazione e della condizione economica dell'assistito e dei suoi familiari.

In un contesto nel quale l'offerta di assistenza e le regole di accesso vengono chiaramente definite appare ragionevole aspettarsi anche un maggior sviluppo delle assicurazioni integrative private. Da un lato, infatti, è più chiaro alle singole persone quale sia il rischio in caso di non autosufficienza, ovvero quali siano le prestazioni garantite dal pubblico e l'eventuale livello di compartecipazione. Dall'altro lato, queste regole consentono alle compagnie assicurative di definire meglio i contratti. L'esperienza francese, come già discusso da Rebba nel capitolo sulle assicurazioni integrative, è proprio questa: il mercato delle polizze Ltc ha conosciuto un periodo di espansione successivamente alla riforma del sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.

Nella discussione dello scenario “Spagna” ci soffermiamo prevalentemente su questi due aspetti, la trasformazione dell'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base e lo sviluppo delle assicurazioni integrative. L'aspetto relativo ai servizi non viene discusso perché

riprende la proposta “Sviluppo globale” di Guerrini, già discussa a riguardo dello scenario “Italia 1995-2007”.

5.1. Il primo passo: la riforma a 3 anni

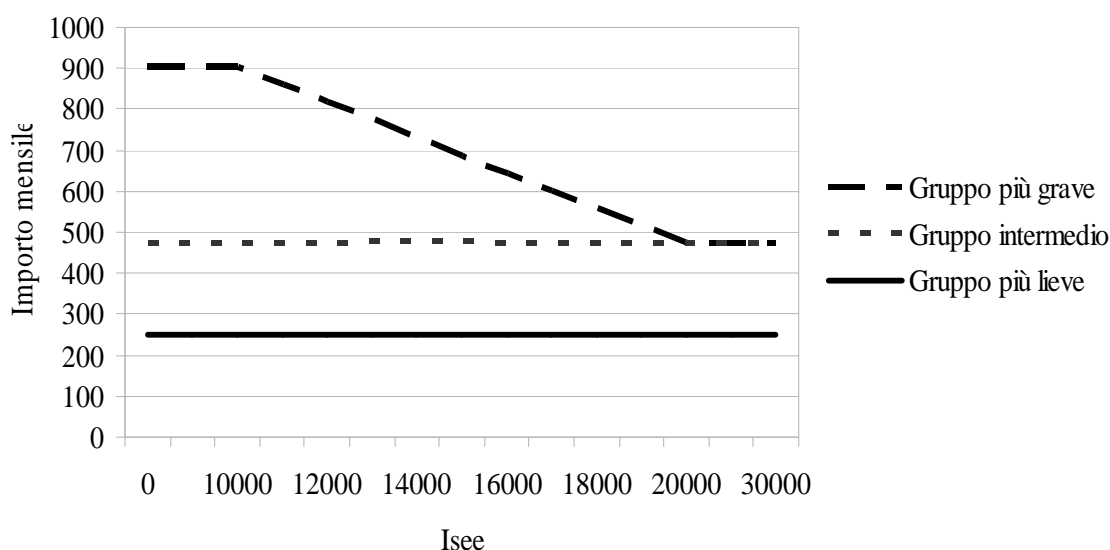
Il primo passo di riforma cerca di raggiungere un obiettivo intermedio, evitando di mettere in discussione i diritti acquisiti. In questa fase, si prevede la differenziazione, all'interno della platea dei beneficiari anziani di indennità di accompagnamento, del gruppo di coloro che presentano un maggior bisogno di assistenza continuativa²⁵. A queste persone viene assegnato un importo mensile pari a 900 euro se il loro Isee²⁶ è inferiore a 10.000 euro, che si riduce linearmente fino agli attuali 472 euro per redditi superiori a 20.000 euro.

Nella figura 2, relativa alla Pab definitiva, si può osservare questo meccanismo per il gruppo dei più gravi. L'aumento della prestazione offre inoltre l'occasione per introdurre un collegamento fra la prestazione monetaria e l'offerta dei servizi. L'idea è quella proposta da Beltrametti all'interno del capitolo sulla qualificazione delle assistenti familiari: l'importo aggiuntivo non viene erogato sotto forma monetaria, ma come buono servizio, utilizzabile per pagare lavoro di cura regolare o acquistare determinati beni e servizi.

²⁵ I gruppi costruiti servono a dare un'idea della possibile direzione del cambiamento, senza pretesa, quindi, di stabilire in questa sede i criteri che si ritengono più opportuni per individuarli. In particolare, il gruppo con disabilità più grave è stato costruito sulla base dei dati dell'Indagine Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (Istat, 2008c). Corrisponde a tutti coloro che presentano una grave limitazione in almeno 7 delle attività rilevate nel questionario, più circa la metà di coloro che ne riportano 6. A questi vengono aggiunti gli anziani non autosufficienti che vivono in residenza, stimati sulla base dei dati dell'Indagine sull'assistenza residenziale, anno 2004” (Istat, 2007c), opportunamente riportati alla popolazione nel 2009.

²⁶ L'Isee (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) viene definito sulla base dei redditi percepiti dai componenti del nucleo familiare della persona considerate e dei loro patrimoni. In sintesi, è composto da una componente reddituale (reddito complessivo da lavoro e redditi finanziari), a cui viene aggiunta una componente patrimoniale (patrimonio immobiliare e mobiliare), opportunamente “redditalizzata” utilizzando un coefficiente previsto dalla legge. Queste due componenti vengono sommate e divise per una scala di equivalenza che tiene conto della numerosità familiare, della presenza di figli e/o di componenti con invalidità.

Fig. 2 Schema di graduazione della Pab al variare dell'Isee



Gli effetti redistributivi di questa prima fase²⁷ della Pab sono quelli prevedibili. Osservando la tab. 13 si può notare come i percettori della prestazione aggiuntiva tendano a concentrarsi sulle fasce di reddito mediane, se il reddito viene considerato al lordo dell'indennità di accompagnamento attuale. Ciò non dipende dalla gradazione dell'importo sulla base dell'Isee, ma dalla ripartizione delle famiglie con disabili più gravi a seconda del reddito disponibile equivalente. Come già evidenziato a più riprese, il principale limite di questa tabella è quella di non tener conto, nel valutare la situazione economica di queste famiglie, dei maggiori costi legati alla presenza di una persona non autosufficiente. Se tenessimo conto di questi, le famiglie che percepiscono la Pab sarebbero in maggioranza posizionate nei primi tre quintili.

E' interessante comunque osservare, nella quarta colonna relativa alle sole famiglie beneficiarie, come il meccanismo di gradazione dell'importo funzioni, assegnando un importo aggiuntivo medio alle persone con redditi disponibili più bassi.

Tab. 13. Quota di famiglie che ricevono la prestazione aggiuntiva Pab e incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito. Simulazione scenario Spagna (a 3 anni).

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani percettori di indennità di accompagnamento	Quota di famiglie con componente anziano che riceve la prestazione aggiuntiva Pab	Solo famiglie con beneficiari anziani della prestazione aggiuntiva		
			Importo medio della prestazione aggiuntiva	Reddito disponibile medio	Incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito disponibile
1	2,4%	0,7%	4.997	15.785	32%
2	4,6%	2,3%	5.165	22.879	23%

²⁷ In questa prima fase viene lasciato intatto il sistema delle pensioni di invalidità civile e di pensioni sociali ex-invalidità civile.

3	5,5%	2,7%	4.835	26.726	18%
4	5,2%	2,4%	4.654	32.431	14%
5	3,0%	0,7%	3.649	41.390	9%
Totale	4,1%	1,8%	4.797	27.473	17%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Si veda il capitolo sulle prestazioni monetarie.

Nota: il reddito disponibile è considerato al lordo dell'attuale indennità di accompagnamento. In questa tabella vengono considerate solo le persone residenti in famiglia. L'importo medio del beneficio può essere superiore al massimo importo annuo, perché in alcune famiglie sono presenti due percettori. Le famiglie delle ultime tre colonne non comprendono coloro i quali avrebbero diritto alla prestazione aggiuntiva in quanto appartenenti alla fascia di bisogno alta, ma il cui Isee fa sì che ricevano l'ammontare attuale dell'indennità d'accompagnamento.

Per quanto riguarda, invece, le assicurazioni integrative, questa prima fase di riforma si collega allo scenario 3 del capitolo sulle assicurazioni integrative. Rebba ipotizza una razionalizzazione e potenziamento dell'intervento pubblico, con incremento della spesa pubblica e riordino dell'indennità di accompagnamento. In questo caso è ragionevole aspettarsi due effetti:

1. la definizione delle regole di accesso e dei servizi offerti favorisce uno sviluppo delle assicurazioni private, perché facilita l'offerta di polizze Ltc e al tempo stesso ne stimola la domanda;
2. il potenziamento dei servizi e delle prestazioni monetarie riduce il ruolo dell'assicurazione integrativa e, di conseguenza, si riducono gli importi previsti in caso di non autosufficienza e i relativi premi. Nella simulazione si è previsto che sia gli importi che i premi si dimezzino rispetto allo scenario 2 (si veda il capitolo di V. Rebba).

La diffusione delle assicurazioni viene favorita da incentivi fiscali più favorevoli rispetto allo status quo (tab. 14). In questa prima fase possiamo ipotizzare un livello incrementale intermedio di assicurati. Questo scenario si compone di una quota consistente di assicurazioni collettive (circa 1.200.000 polizze, con premio medio 84 euro e beneficio in caso di n.a. pari a 6.000 euro annui) e di un numero ridotto di assicurazioni individuali (circa 30.000 polizze, con premio medio 388 euro e beneficio in caso di n.a. pari a 6.000 euro annui in caso di assicurazione del ramo vita). A queste si aggiungono gli schemi ad accumulazione rivolti ai lavoratori più giovani, che sono state ipotizzate pari a 270.000 (per un premio di 327 euro annui, con beneficio in caso di n.a. in età anziana pari a 6.000 euro).

Tab. 14: previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale nello scenario "Spagna" a 3 anni

	Assicurati per 1000 residenti	Raccolta premi totale (migliaia di euro)
collettive	20,3	100.850
collettive ad accumulazione (giovani)	4,6	88.290
individuali	0,5	11.650
Totale	24,5	200.790
Totale spesa fiscale		58.418

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Tab. 15. Variazioni di spesa pubblica annua nella riforma a 3 anni (rispetto allo status quo)

Domiciliarità	Spesa sanitaria: +568 mln Spesa comunale: +167 mln TOTALE: +735 mln
Ripartizione quota sanitaria	Quota sanitaria RSA per anziani al 60%: + 312 mln
Residenzialità	Spesa sanitaria: + 577 mln Spesa comunale: + 26 mln TOTALE: +603 mln
Semiresidenzialità	Spesa sanitaria: + 46 mln
Sostegno monetario	Invalidi civili: + 2.449 mln
Assicurazioni private:	Spesa per incentivi fiscali: + 41 mln
TOTALE	+ 4.186 mln

Nota: possono essere presenti piccole incoerenze con altre tabelle, per via dell'arrotondamento. Inoltre, avendo ristretto lo scenario ai soli anziani ed avendo aggregato spesa comunale e spesa sanitaria, possono essere presenti alcune differenze con i valori di spesa presenti nei capitoli relativi alle singole proposte.

5.2. Il secondo passo: la riforma a 6 anni

Nella seconda fase si prevede di completare la riforma dell'offerta dei servizi. Per quanto riguarda la Pab, invece, viene introdotto il gruppo dei disabili più lievi, i quali ricevono 255 euro mensili (si veda figura 2). Tra gli anziani, c'è un aumento del 22% nel numero di prestazioni, a cui corrisponde in larga parte il gruppo dei più lievi. Solamente il 6% degli attuali percettori di indennità finisce per rientrare in questa categoria.

Nella tab. 16 si può osservare come la Pab presenti due caratteristiche positive. La prima è quella di aumentare l'impatto sul reddito disponibile delle famiglie beneficiarie, in misura maggiore se appartengono alle fasce più basse. Nonostante l'introduzione di un gruppo che riceve un importo ridotto, infatti, l'incidenza sul reddito delle famiglie appartenenti ai primi due quintili aumenta del 10% circa rispetto all'indennità, mentre cresce solo dell'1% per le famiglie appartenenti all'ultimo

quintile. La seconda caratteristica è quella di prevedere una reale gradazione dell'assegno a seconda del bisogno: in media, l'importo annuo ricevuto dalle famiglie con disabili più gravi è del 41% superiore a quello ricevuto dal complesso delle famiglie beneficiarie.

Tab. 16. Quota di famiglie che ricevono la prestazione aggiuntiva Pab e incidenza della prestazione aggiuntiva sul reddito. Simulazione scenario Spagna (a 6 anni)

Quintile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con componenti anziani beneficiari della Pab	Solo famiglie con beneficiari anziani della Pab			Solo famiglie con beneficiari anziani delle prestazioni per disabili più gravi		
		Importo medio della Pab	Reddito disponibile medio	Incidenza della Pab sul reddito disponibile	Importo medio della Pab	Reddito disponibile medio	Incidenza della Pab sul reddito disponibile
1	3,2%	5.634	13.836	41%	10.661	15.785	68%
2	5,9%	7.031	21.287	33%	11.179	22.879	49%
3	6,3%	7.463	28.23	26%	10.854	26.726	41%
4	5,8%	7.309	36.627	20%	10.790	32.431	33%
5	2,9%	6.179	57.946	11%	9.505	41.390	23%
Totale	4,8%	6.922	30.285	23%	10.805	27.473	39%

Fonti: nostre elaborazioni su dati campionari dall'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Si veda il capitolo sulle prestazioni monetarie.

Nota: il reddito disponibile è considerato al lordo dell'attuale indennità di accompagnamento. In questa tabella vengono considerate solo le persone residenti in famiglia. L'importo medio del beneficio può essere superiore al massimo importo annuo, perché in alcune famiglie sono presenti due percettori. Le famiglie delle ultime tre colonne non comprendono coloro i quali avrebbero diritto alla prestazione aggiuntiva in quanto appartenenti alla fascia di bisogno alta, ma il cui Isee fa sì che ricevano l'ammontare attuale dell'indennità d'accompagnamento.

La sostenibilità futura della Pab dipende da come verranno definiti i criteri di accesso alla prestazione. Se il sistema di valutazione rimane quello attuale, il rischio è che anche la Pab mostri la stessa tendenza alla rapida crescita che si sta osservando nell'indennità di accompagnamento. L'articolazione di questo strumento offre però più possibilità al decisore politico per governare questa crescita, perché introduce l'opzione di distribuire maggiori risorse a chi si trova nelle condizioni peggiori.

Infine, per quanto riguarda le assicurazioni private, si può prevedere, a 6 anni, un avvicinamento del mercato di polizze Ltc italiano alla situazione francese. Il totale di polizze salirebbe a circa 3.000.000, di cui 2.550.000 collettive, 400.000 ad accumulazione rivolte ai più giovani e 50.000 individuali (tab. 17).

Tab. 17. Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale nello scenario "Spagna" a 6 anni

	Assicurati per 1000 residenti	Raccolta premi totale (migliaia di euro)
Collettive	43,2	211.900
Collettive ad accumulazione (giovani)	6,8	130.800
Individuali	0,8	18.950
Totale	49,4	361.650
Totale spesa fiscale		101.078

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, anno 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

Rispetto allo scenario "Stati Uniti", si osserva una maggior diffusione delle assicurazioni anche fra le persone con redditi più bassi (tab. 18). Il motivo principale è l'introduzione del forte incentivo fiscale per la sottoscrizione di polizze collettive ad accumulazione fra i lavoratori più giovani. In effetti, il numero di assicurati con età inferiore a 30 anni aumenta più che proporzionalmente. Di conseguenza, anche gli sgravi fiscali presentano un carattere meno regressivo. Inoltre, promuovendo questo tipo di assicurazione si procede nella direzione di una maggior sostenibilità futura del sistema, perché la polizza è ad accumulazione e garantirà al lavoratore, una volta superata l'età pensionabile, una prestazione aggiuntiva in caso di non autosufficienza.

Tab. 18. Distribuzione delle persone assicurate per decile di reddito e classe d'età, solo popolazione con almeno 16 anni di età

	Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate		Quota persone assicurate	Ripartizione persone assicurate
Quintile di reddito disponibile equivalente			Classe di età		
1	2,4%	8,4%	<=30	4,4%	14,6%
2	4,1%	13,9%	31-40	9,2%	29,0%
3	5,5%	19,0%	41-50	10,3%	32,8%
4	7,7%	26,6%	51-65	5,4%	19,8%
5	9,3%	32,1%	>65	1,0%	3,7%
Totale	5,8%	100,0%	Totale	5,8%	100,0%

Fonte: elaborazioni discusse nel capitolo sulle assicurazioni integrative, sulla base di dati campionari Banca d'Italia (Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 2006) e dati forniti da S. Pellegrino, Università di Torino.

I pregi dello scenario "Spagna" sono chiari se si tiene conto che mette insieme alcune delle proposte già presenti nelle altre, limitandone gli aspetti più problematici. Così facendo, viene costruito un sistema più coeso, che permette di ridurre l'onere a carico degli assistiti e delle loro famiglie evitando un uso non appropriato delle risorse. L'introduzione di un collegamento fra la Pab e l'offerta di servizi è un significativo passo in questa direzione.

L'aumento di spesa complessivo è però elevato e pari a circa 8,3 miliardi di euro. Questo aspetto costituisce il principale limite ad una riforma di questo genere. L'introduzione di vincoli finanziari potrebbe rendere necessario ridurla sotto alcuni aspetti, anche se una tale modifica farebbe venir meno il carattere di completezza che caratterizza questo scenario.

Tab. 19. Variazioni di spesa pubblica annua nella riforma a 6 anni (rispetto allo status quo)

Domiciliarità	Spesa sanitaria: +1.732 mln Spesa comunale: +567 mln TOTALE: +2.299 mln
Ripartizione quota sanitaria	Quota sanitaria RSA per anziani al 60%: + 312 mln
Residenzialità	Spesa sanitaria: + 1.856 mln Spesa comunale: + 217 mln TOTALE: +2.073 mln
Semiresidenzialità	Spesa sanitaria: + 88 mln
Sostegno monetario	Invalidi civili: + 3.395 mln
Assicurazioni private:	Spesa per incentivi fiscali: + 83 mln
TOTALE	+ 8.250 mln

Nota: possono essere presenti piccole incoerenze con altre tabelle, per via dell'arrotondamento. Inoltre, avendo ristretto lo scenario ai soli anziani ed avendo aggregato spesa comunale e spesa sanitaria, possono essere presenti alcune differenze con i valori di spesa presenti nei capitoli relativi alle singole proposte.

6. Conclusioni

Ripercorrere le varie ipotesi ci ha permesso di mettere in evidenza come sia possibile progettare riforme mirate a ridurre alcune delle principali criticità evidenziate.

La sostenibilità del sistema dal punto di vista dei bilanci familiari può essere migliorata con un significativo investimento nel campo dei servizi e prevedendo una graduazione dell'importo a seconda del livello di non autosufficienza. In particolare, lo sviluppo dei servizi permetterebbe di colmare i consistenti divari regionali, mentre la Pab assegnerebbe più risorse alle persone in condizione di maggior bisogno, con riguardo non solo alla condizione economica ma anche alla gravità della non autosufficienza. I due aspetti possono essere collegati inserendo un legame fra una parte dell'assegno mensile (indennità di accompagnamento o Pab) e l'offerta di servizi qualificati.

Dal punto di vista del bilancio pubblico, sia le riforme, sia la situazione attuale presentano una tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa sul prodotto interno lordo, come conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione. Gli scenari che prevedono un intervento più consistente (in particolare "Italia 1995-2007" e "Spagna") rischiano di peggiorare questa tendenza, perché prevedono uno sviluppo dell'offerta di servizi pubblici e una maggior generosità delle prestazioni monetarie. Diversamente dal sistema attuale, però, queste proposte prevedono una chiara definizione delle regole di accesso, permettendo all'amministrazione pubblica di definire meglio le previsioni di spesa. Inoltre, una riforma del sistema pubblico sembra essere una condizione di base importante per lo sviluppo delle assicurazioni integrative, un aspetto che

potrebbe portare, nel lungo periodo, a migliorare la sostenibilità finanziaria del sistema di assistenza.

I diversi scenari hanno messo in luce come i punti critici discussi richiedano di essere presi in considerazione in modo congiunto. Il rischio di riforme parziali, come lo scenario “Stati Uniti”, è quello di non riuscire a raggiungere l’obiettivo a causa dei problemi derivanti dagli aspetti che non sono stati affrontati.

In conclusione, è d'obbligo un commento sul metodo seguito per simulare la spesa pubblica e l'impatto sulle famiglie dei vari scenari. Le elaborazioni svolte, basate non solo su dati aggregati ma anche su modelli di microsimulazione, non hanno la pretesa di essere complete, ma hanno il pregio di introdurre un dato di realtà nelle ipotesi discusse e di favorire la comprensione dei loro effetti. Lo scopo è quello di dare un'indicazione sui potenziali percorsi di sviluppo, mettendo in luce il peso relativo, sulle finanze pubbliche ma anche su quelle familiari, dei singoli aspetti considerati. Esperienze di altri paesi (Wiener, Illston, Hanley, 1994) suggeriscono la possibilità di costruire in futuro, anche per l'Italia, un modello di microsimulazione che permetta di tenere conto non solo delle prestazioni monetarie, ma anche della domanda e dell'offerta di servizi.

Appendice

Nel valutare l'equità delle prestazioni monetarie per la non autosufficienza, può essere importante tenere conto dei maggiori costi che l'assistenza continuativa può comportare per una famiglia. Se teniamo conto del loro impatto sulla condizione economica familiare, è probabile che l'indennità di accompagnamento riveli un carattere maggiormente progressivo.

A titolo di semplice esercizio numerico, proviamo quindi a utilizzare come scala di equivalenza la scala Isee, prima escludendo la maggiorazione di 0.5 punti per i componenti con invalidità superiore al 66%, poi includendola per tener conto, in modo evidentemente forfettario, dei significativi costi legati alla loro assistenza. Nella tavola 20, l'unità di riferimento è la famiglia, mentre la condizione economica è valutata utilizzando il reddito disponibile al lordo dell'indennità.

È interessante osservare come la quota di famiglie che percepiscono l'indennità risulti non decrescente rispetto ai redditi se escludiamo la maggiorazione per l'invalidità, con percentuali più elevate attorno ai redditi mediani. Differente è la situazione se si considera la maggiorazione: la quota di famiglie con un componente che riceve l'assegno, così come l'importo medio su tutte le famiglie, si riduce significativamente al crescere del reddito. L'effetto era chiaramente facilmente prevedibile a priori, essendo legato essenzialmente alla maggiorazione. La tavola, che abbiamo appunto definito come un semplice esercizio numerico, mette però in evidenza come i costi per l'assistenza continuativa andrebbero considerati nel valutare gli effetti perequativi degli assegni per l'invalidità.

Tab. 20. Quota di famiglie percettrici dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali e importo medio per decile di reddito disponibile reso equivalente con la scala Isee

Scala Isee senza maggiorazione per l'invalidità				Scala Isee con maggiorazione per l'invalidità			
Decile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con un percettore di indennità	Importo medio equivalente dell'indennità (tutte le famiglie)	Reddito disponibile medio	Decile di reddito disponibile equivalente	Quota di famiglie con un percettore di indennità	Importo medio equivalente dell'indennità (tutte le famiglie)	Reddito disponibile medio
1	3,2%	198	12.934	1	6,5%	387	12.689
2	3,0%	168	20.572	2	8,6%	528	20.427
3	4,1%	236	24.560	3	10,0%	601	23.988
4	6,3%	373	27.603	4	7,7%	455	28.025
5	8,0%	491	31.773	5	6,4%	374	31.209
6	6,5%	390	35.891	6	4,9%	288	36.440
7	6,5%	390	40.049	7	3,9%	229	40.427
8	7,1%	416	44.766	8	2,7%	152	44.969
9	5,4%	322	53.778	9	1,7%	99	53.792
10	3,9%	233	88.750	10	1,7%	104	88.712
Totale	5,4%	322	38.066	Totale	5,4%	322	38.066

Fonte: nostre elaborazioni su dati campionari dell'Indagine "Reddito e Condizioni di vita, anno 2005" (Istat, 2007b). Non si tiene conto delle persone ospiti in residenze. Il reddito disponibile include l'indennità.

Riferimenti bibliografici

Age.Na.S. (2009), *Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard*, disponibile in rete:

http://www.assr.it/agenas_pdf/convegno_modelli_costi_anziani_assist_primaria/Relazione_finale_Anziani_non_autosufficienti.pdf (ultimo accesso: 26/09/2009)

AWG, Ageing Working Group, (2007), *The impact of ageing on public expenditure projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2005)*, in "European Economy", special report n. 1/2006

Baldini, M, Beltrametti, L, (2007), *Distributive Implications of Long Term Care Policies: An International Comparison*, *Economia Internazionale / International Economics*, Camera di Commercio di Genova, vol. 60(1), 1-31.

Baldini, M, (2007), *Gli effetti distributivi delle principali riforme del sistema di tax-benefit italiano nel primo anno della XVI legislatura*, in Commissione di indagine sull'esclusione sociale (2007), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, disponibile online <http://www.commissione-poverta-cies.it/Archivio/Archivio.htm> (ultimo accesso: 09/07/2009)

Baldini, M, Gori, C, Mazzaferro, M, Morciano, M, (2008), *Costi e argomenti*, in Gori (2008)

Baldini, M, Mazzaferro, C, Morciano, M, (2008), *Assessing the implications of long-term care policies in Italy: a microsimulation approach*, in "Politica Economica", 1.

- Battisti A., Hanau C. (2004), *Criteri per la definizione della gravità delle persone con disabilità: un'applicazione ai dati italiani*, in "Tendenze nuove", 3.
- Brizioli, E, Pesaresi, F, (2009), *I servizi residenziali*, in "Network Non Autosufficienza (2009)".
- Comas-Herrera A., (2007), *Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050*, in "Journal of European Social Policy", 17 (1), pp. 33-48
- Gori C. (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Biblioteca di testi e studi, Roma, Carocci.
- Istat, (2007°), *La vita quotidiana nel 2006. Indagine multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*, Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/ (ultimo accesso: 10/12/2009).
- Istat, (2007b), *Reddito e condizioni di vita, anno 2005*. Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20070719_01/ (ultimo accesso: 10/12/2009).
- Istat, (2007c), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2004*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00/ (ultimo accesso: 25/09/2009).
- Istat, (2008a), *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, anno 2005*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20081028_00/ (ultimo accesso: 4/09/2009).
- Istat, (2008b). *L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni, anno 2005*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080626_00/ (ultimo accesso: 4/09/2009).
- Istat, (2008c), *Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari 2004-2005*. Tavole disponibili in rete: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/ (ultimo accesso: 6/12/2009).
- Istat, (2009°), *Statistiche sulla previdenza e l'assistenza sociale: II - I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anno 2006* http://www.istat.it/dati/catalogo/20090618_01/ Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/catalogo/20090618_01/ (ultimo accesso: 10/12/2009).
- Istat, (2009b), *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2006*. Disponibile in rete: http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/ (ultimo accesso: 3/12/2009).
- Network Non Autosufficienza, a cura di, (2009) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.
- OECD, 2006, *Projecting Oecd health and long-term care expenditures: what are the main drivers?*
- Mesini D., Gambino A., (2006), *La spesa per l'assistenza continuativa in Italia*, in Gori (2006)
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, aggiornamento ottobre 2008.

- Ministero dello Sviluppo Economico, 2009, http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/dati.asp (ultimo accesso: 6/12/2009)
- Pellegrino S. (2007°), *Il modello di microsimulazione Irpef 2004*, SIEP “working paper”, n. 583, gennaio 2007.
- Pellegrino S. 2007b, *IRPEF 2007: una redistribuzione (quasi) irrilevante?*, SIEP, 2007, WP n. 584.
- Pesaresi F., (2008), *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori (2008).
- Ranci, C, (a cura di), 2008, *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.
- Ragioneria dello Stato, 2008, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - aggiornamento 2008*, disponibile online <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit--d/2009/index.asp> (ultimo accesso: 09/07/2009)
- Savegnago M. (2008), *Rappresentatività campionaria delle indagini Banca d'Italia e Silc*, CAPPaper n. 46, giugno 2008, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia
- Wiener J.M, Illston, L H. Hanley R. J. (1994), *Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance*, Washington, The Brookings Institution.