

LA SFIDA DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Le politiche di tutela della disabilità
e della non autosufficienza in Italia

Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Andrea Parma

il punto di welforum

La badante non basta più



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI

LA SFIDA DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia

Costanzo Ranci, Marco Arlotti e Andrea Parma
Laboratorio di Politiche Sociali/Politecnico di Milano

1. Premessa

In questo documento viene presentata un'analisi dell'istituto dell'Indennità di Accompagnamento (d'ora in avanti IA), finalizzata a identificarne le principali criticità e a evidenziare le possibilità di miglioramento. Questa analisi è propedeutica allo sviluppo di un'ipotesi di riforma, che costituisce l'oggetto di un prossimo documento.

Il testo si articola nei seguenti paragrafi:

- una ricostruzione sintetica del modello italiano di tutela della non autosufficienza e, dentro questo, del ruolo particolare svolto dall'IA (parr. 2 e 3);
- l'identificazione delle principali criticità attuali dell'IA in prospettiva comparata (par. 4);
- la ricostruzione delle principali indicazioni in tema di riforma dell'IA a partire dall'analisi delle proposte avanzate nel dibattito degli ultimi anni, (par. 5);
- una breve conclusione che sintetizza i principali risultati dell'analisi (par. 6).

2. La tutela della disabilità e della non autosufficienza nel caso italiano: il contesto

Nel quadro dei processi di invecchiamento della popolazione e di mutamento delle strutture familiari, le politiche di *long term care* (LTC) volte alla copertura dei bisogni di cura delle persone disabili e non autosufficienti, sono divenute cruciali - e lo saranno sempre più in prospettiva - in gran parte dei paesi Occidentali (e non solo) (OECD 2011; Gori *et al* 2016).

Anche se occorre sempre cautela nel considerare le indicazioni dei modelli previsionali, le ultime stime della Ragioneria Generale dello Stato (scenario base) indicano come in Italia il numero dei "grandi anziani" - cioè gli *over 80* che rappresentano la fascia di popolazione in cui l'incidenza della disabilità è più significativa - dovrebbe passare da 1,4 milioni del 2015 a 3,3 milioni nel 2060 (RGS 2017, 402). Al contempo, l'incidenza sul PIL della spesa in LTC passerebbe dall'1,8% al 2,8%, con un incremento trainato proprio dall'aumento dei "grandi anziani", la cui incidenza sulla spesa LTC passerebbe dal 47% del 2015 al 69% del 2060 (RGS 2017, 406).

Nonostante la rilevanza che il bisogno di cura delle persone disabili e non autosufficienti assume nel caso italiano, il nostro paese sconta un notevole ritardo nell'attuare processi di riforma e di investimento in politiche di LTC (Ranci e Pavolini 2013). Mentre a partire dal 1995 gran parte dei paesi europei hanno introdotto riforme sostanziali nel sistema LTC su scala nazionale, in Italia l'architettura istituzionale e finanziaria del sistema è rimasta sostanzialmente invariata. La pressione del bisogno, in questo contesto di forte inerzia istituzionale, è stata dunque scaricata in gran parte sul "fai-da-te" delle famiglie, oppure sull'espansione quantitativa (in termini di spesa) delle misure esistenti. In questo quadro l'IA ha sicuramente giocato un ruolo cruciale.

3. L'indennità di Accompagnamento

Stando ai dati INPS sulla composizione della spesa LTC, l'IA rappresenta da sola oltre un terzo sul totale della spesa (cfr. tab. 1). In termini assoluti, si tratta di una cifra che supera annualmente i 12 miliardi di euro (INPS 2016, 77).

Tab. 1 - La spesa per l'assistenza alla disabilità e LTC in Italia

Tipologia di prestazione	Anno	Prestazioni (in migliaia)	Spesa complessiva (in miliardi di €)
Servizi territoriali e sanitari	2014	1.048	16.3
Indennità di Accompagnamento*	2015	2.024	12.1
Altre prestazioni LTC	2012	n.d.	3.9

*Comprende le prestazioni indennitarie (esclusi arretrati) a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige

Fonte: INPS (2016, 77).

L'IA prevede il riconoscimento di una somma fissa liberamente spendibile (per il 2017: 515,43€ mensili) alle persone con invalidità civile al 100%, sulla base di un accertamento delle condizioni psicofisiche definite come: "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e inabilità nel compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua". Introdotta agli inizi degli anni '80 come misura finalizzata al sostegno per disabili adulti, l'IA si è trasformata nel corso del tempo, e con l'intensificarsi del processo di invecchiamento, nella misura principale di supporto ai bisogni di cura della popolazione anziana, tanto che, nel 2015, tre quarti dei beneficiari (cioè il 76,3%) aveva più di 65 anni (mentre il 38,4% più di 85 anni) (INPS 2016, 83).

Adottando una prospettiva comparata europea, può essere sorprendente constatare che il tasso di copertura, cioè la quota di beneficiari di IA sul totale della popolazione *over 65*, risulta fra i più alti in Europa se posto a confronto con i programmi analoghi esistenti negli altri paesi. Come mostra la tabella 2, nel 2015 l'IA copriva una percentuale di *over 65* pari all'11,6%, inferiore all'*Attendance allowance* inglese, ma al contempo superiore rispetto alla copertura del programma assicurativo tedesco di LTC (la *Pflegestufe*) e dell'APA - *Allocation personnalisée* francese.

Tab. 2 - L'Indennità di accompagnamento in prospettiva comparata: tassi di copertura su popolazione anziana in confronto con alcuni principali paesi Europei, anni vari

Paese	Programma	Anno	Tasso di copertura su popolazione anziana over 65
Italia	Indennità accompagnamento	2015	11,6%
Germania	Pflegestufe	2012	6,4%
Francia	Allocation personnalisée	2014	7,7%
Uk	Attendance allowance	2012	15,2%

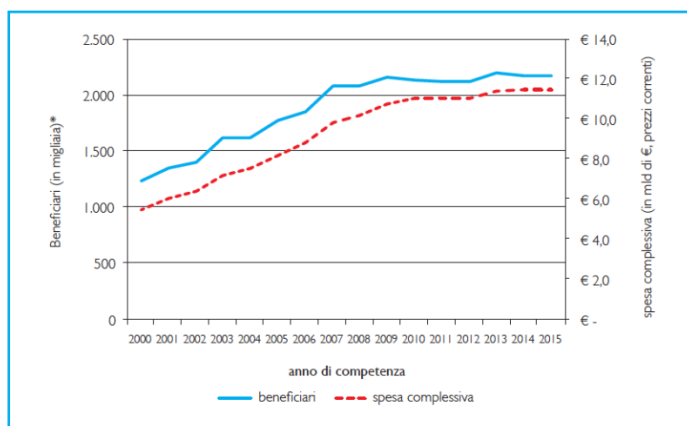
Nota: per la Francia il tasso di copertura è calcolato sulla popolazione anziana over 60 che rappresenta la soglia per l'accesso alla *Allocation personnalisée*.

Fonte: per Italia: nostra elaborazione con % calcolata sulla base del numero di beneficiari IA al 2015 (cfr. INPS 2016, 83) su popolazione *over 65* al 1/1/2016 (cfr. Eurostat online, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> dati scaricati il 21/03/2017); per Germania e UK: dati riportati in Campbell et al. (2016, 56); per Francia: nostra elaborazione con % calcolata sulla base del numero di beneficiari APA al 2014 (cfr. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,546) su popolazione *over 60* al 1/1/2015 (cfr. Eurostat online).

La centralità crescente che l'IA ha assunto nella copertura dei bisogni di cura della popolazione anziana spiega anche il motivo per cui, a partire dai primi anni duemila, l'espansione di questa misura è stata molto significativa, con un incremento del 75,5% nel numero di beneficiari (da 1,2 milioni del 2000 a 2,2 milioni del 2015) (INPS 2016, 81). Se nell'anno 2000 la spesa per IA ammontava a meno di 6 miliardi di euro, nel 2011 ha raggiunto gli 11 mi-

liardi (quasi raddoppiando in una decade) e ha mantenuto una dinamica positiva anche se rallentata negli anni successivi (cfr. figura 1). Negli ultimi anni alcuni cambiamenti avvenuti nelle funzioni di accertamento e verifica dei requisiti sanitari (es. piani straordinari di verifica sui beneficiari; rafforzamento del ruolo dell'INPS)¹ (Barbabella *et al* 2015, 27; INPS 2016, 81) hanno contribuito a moderare la dinamica della spesa. Tuttavia, difficilmente questi interventi potranno comportare una contrazione significativa della spesa nel medio-lungo periodo.

Fig. 1 - Dinamica della spesa e del numero di prestazioni per Indennità di Accompagnamento erogate per anno



* Numero beneficiari di una prestazione IDA in pagamento nel corso dell'anno solare di riferimento.

Fonte: INPS (2016, 82).

La letteratura ha messo in evidenza come, in aggiunta al processo di invecchiamento, diversi fattori hanno giocato un ruolo chiave nella forte espansione dell'IA (Gori e Pelliccia 2012, 88-91).

Fra questi il fattore più importante è costituito dalla forte diffusione delle assistenti familiari (le "badanti"), ad oggi stimate complessivamente fra le 840-850.000, di cui circa la metà irregolari (Pasquinelli 2017). Tale fenomeno ha indubbiamente trovato una certa complementarietà con le caratteristiche strutturali dell'IA, cioè il suo costituirsi come trasferimento monetario indistinto e senza vincoli di rendicontazione. Non a caso, da un'indagine realizzata circa dieci anni fa su un campione di percettori IA, emergeva come oltre un terzo dei beneficiari ricorresse al mercato privato delle assistenti familiari, a fronte anche di una certa limitatezza del sostegno offerto dai servizi pubblici di assistenza domiciliare (erogata in media per solo due ore a settimana, e prevalentemente attraverso prestazioni di tipo infermieristico) (Ranci 2008, 21).

Altri fattori "di successo" rimandano, invece, più specificatamente al disegno istituzionale della misura come, ad esempio, la relativa semplicità di gestione (trattandosi di un'erogazione monetaria mensile svincolata da qualsiasi condizionalità, una volta certificato il diritto a riceverla), l'automaticità della sua erogazione (che, a parte il periodo più recente, è stata sottoposta raramente a controlli ed aggiornamenti), nonché il suo carattere universalistico, che non pone limiti di carattere reddituale o categoriale all'accesso, una volta certificato lo stato di disabilità.

A ciò si aggiunge, infine, sempre sul versante del *design* istituzionale, la separazione di competenze fra il finanziamento della misura (in capo all'INPS) e l'accertamento delle condizioni di bisogno (in capo alle commissioni sanitarie territoriali, sotto la responsabilità delle Regioni). Questa separazione, infatti, congiungendosi alla mancata previsione di una procedura standardizzata di valutazione della condizione di disabilità (cfr. anche *infra*), sem-

¹ Recentemente la Corte dei Conti (2016, 70) ha, tuttavia, messo in evidenza come le misure di rafforzamento del ruolo dell'INPS nelle procedure di accertamento e valutazione del bisogno (es. inserimento medici INPS nelle commissioni mediche Asl, oppure l'intera attribuzione all'INPS della filiera dell'accertamento) stentano ancora a decollare in diverse aree del paese.

bra aver favorito lo sviluppo di pratiche discrezionali e di espansione impropria della platea dei beneficiari, in particolare in alcune aree del paese (Gori e Pelliccia 2012) (cfr. anche *infra*).

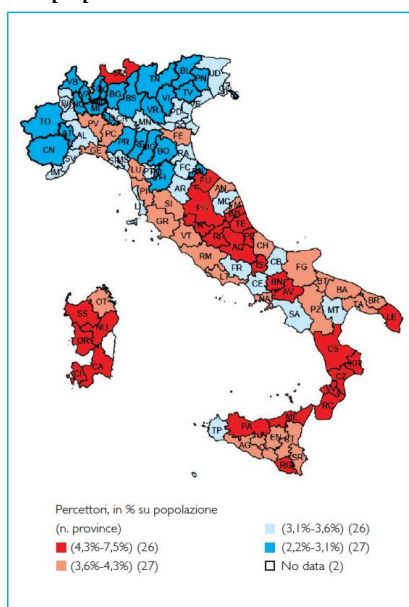
4. I nodi principali

L'IA rappresenta, dunque, ad oggi il principale dispositivo di sostegno ai bisogni di cura, in particolare della popolazione anziana non autosufficiente. Presenta alcuni elementi significativi, come l'elevato tasso di copertura, l'ammontare consistente di risorse mobilitate e l'inquadrarsi in termini di diritto soggettivo esigibile all'accertamento delle condizioni di bisogno. La collocazione della misura, in un'ottica comparata, mette tuttavia in evidenza diversi profili di criticità, da cui conseguono esiti negativi sul terreno dell'appropriatezza, efficienza ed equità (Ranci 2008; Beltrametti 2009). Gli elementi più critici possono essere riassunti nei termini che seguono.

L'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno

In primo luogo, l'accertamento del bisogno per l'accesso all'IA avviene sostanzialmente (cfr. *supra*) facendo riferimento solo a due criteri generali: impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e inabilità nel compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua. La genericità di questi criteri, e soprattutto la mancanza di uno strumento standardizzato e specifico di valutazione del bisogno, hanno favorito la creazione di un ampio spazio di discrezionalità nelle procedure di accertamento, ed una forte differenziazione territoriale nell'erogazione del beneficio (Ascoli e Pavolini 2012; Gori 2012). Come mostra la fig.2, i tassi di copertura della misura sul totale della popolazione variano notevolmente all'interno del territorio nazionale, sino a triplicare in alcune province italiane i valori minimi riscontrati soprattutto nelle province del nord e di alcune zone del centro-Italia².

Fig. 2 - Distribuzione provinciale del numero di beneficiari Indennità di Accompagnamento in rapporto alla popolazione totale



Fonte: INPS (2016, 87).

² Seppur la letteratura metta in evidenza la rilevanza che la deprivazione socio-economica può avere dal punto di vista dell'emergenza delle condizioni di disabilità (INPS 2016, 85), la distribuzione territoriale dei beneficiari, come anche un'anomala preminenza in particolare nelle regioni del Mezzogiorno di beneficiari di età "più giovane" rispetto alle regioni del Centro-Nord (Barbabella *et al* 2015, 29), possono indubbiamente legarsi ad una certa disomogeneità e distorsione nelle procedure di accertamento sanitario, favorite dall'assenza di strumenti standardizzati di valutazione del bisogno e dal decentramento delle responsabilità alle commissioni mediche territoriali, cioè alle Regioni.

Nelle principali esperienze europee, invece, è generalmente prevista una valutazione standardizzata del bisogno basata sull'utilizzo di strumenti e scale *ad hoc*. In Francia, ad esempio, l'accesso all'APA - *Allocation personnalisée*, viene accertato da apposite commissioni territoriali miste (medico-sociali) mediante una scala nazionale standardizzata (l'AGGIR) che colloca -attraverso l'attribuzione di appositi punteggi - le condizioni di bisogno del richiedente in una delle sei classi di valutazione previste, in base alle quali viene stabilito l'ammontare del beneficio.

In Germania l'accesso al programma nazionale assicurativo di LTC si basa su un'apposita valutazione che rileva, nel dettaglio (in termini orari) ed in modo standardizzato, i bisogni di cura della persona disabile su diverse aree di attività della vita quotidiana (igiene personale, mobilità, alimentazione, cura dell'ambiente domestico, competenze cognitive). La stessa cosa avviene in Austria, per quanto riguarda l'accesso alla *Pflegegeld*, uno schema nazionale monetario di sostegno per la disabilità, che si basa su una valutazione standardizzata del carico orario richiesto per la copertura dei bisogni di cura ed assistenza. Anche in Spagna la riforma nazionale del 2007 ha previsto, per l'accesso alle prestazioni di supporto per la non autosufficienza, l'adozione del *Baremo de Valoración de la Dependencia*: uno strumento standardizzato di valutazione che considera dieci macro aree di attività di base della vita quotidiana (più una specifica nel caso di persone con disabilità mentale), a cui vengono attribuiti diversi punteggi in base alle condizioni di gravità del bisogno.

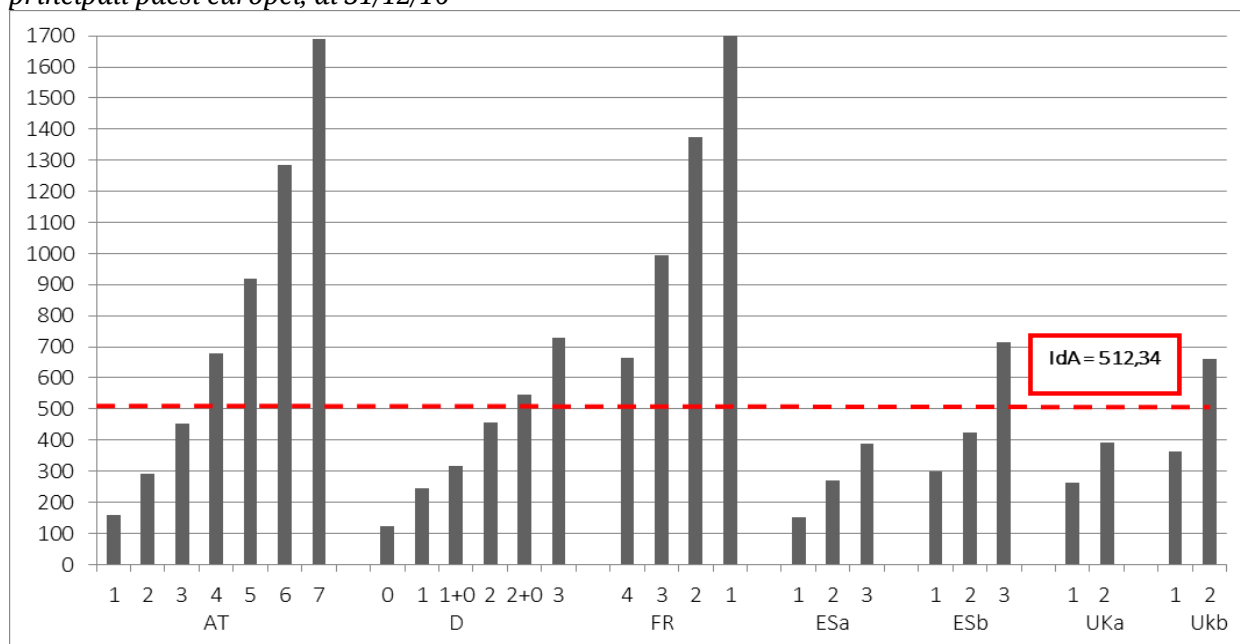
La mancata graduazione della misura in relazione ai livelli di disabilità

Un secondo aspetto critico dell'IA riguarda l'assenza di una differenziazione nell'importo riconosciuto ai soggetti beneficiari della misura, ponderato all'intensità del bisogno assistenziale. L'importo rimane lo stesso per tutti i beneficiari, nonostante l'estrema varietà potenziale del bisogno di cura: da condizioni di lieve limitazione dell'autonomia, ad altre di totale allettamento e richiesta h 24 di cura ed assistenza³.

Tale assetto determina un forte elemento di iniquità "verticale" (Lamura e Principi 2010), che peraltro non sembra trovare analoghi nel panorama europeo, dove l'importo dei benefici a sostegno dei costi di cura per persone non autosufficienti è sempre differenziato in base al grado di gravità del bisogno (cfr. fig. 3). In taluni casi, gli importi mensili destinati a livelli minori di gravità sono inferiori a quelli dell'IA, mentre vengono riconosciuti importi decisamente superiori per le condizioni di non autosufficienza più gravi, incluse le demenze e i problemi cognitivi.

³ Va precisato che, unicamente nel caso dei ciechi civili assoluti, è previsto un importo differente dell'indennità di accompagnamento (911,53 euro mensili nel 2017).

Fig. 3 - Importi mensili (euro) dei trasferimenti monetari di sostegno alla cura domiciliare in alcuni dei principali paesi europei, al 31/12/16



Nota: AT - Austria (*Pflegegeld*); D - Germania (*Pflegestufe*) è considerato l'importo previsto per lo schema di supporto alla cura informale (no servizi); FR - Francia (*Allocation personnalisée*); ES - Spagna (LAPAD):CF riguarda la *Cuantías de la prestación de cuidados en el entorno familiar*, cioè una prestazione monetaria riconosciuta a favore del lavoro di cura svolto da *caregiver* familiari. PA fa riferimento all'importo della *Prestación Económica de Asistencia Personal*, cioè una prestazione monetaria per il sostegno della cura, tuttavia vincolata nell'utilizzo al reperimento di assistenza personale esterna al nucleo familiare, attraverso assistenti familiari domiciliari. UK - Regno Unito: AA è l'*Attendance allowance* (per anziani over 65), nei due gradi *low* e *higher*; PIP è il *personal individual payment*, per persone disabili non anziane che può prevedere la cumulazione di due importi: uno per la copertura delle attività di vita quotidiana (che si articola in due livelli: *standard* e *enhanced*); l'altro per la mobilità (a sua volta sempre articolato in due livelli *standard* e *enhanced*). I due importi nel grafico per il PIP indicano gli importi derivanti dalla combinazione a livello *standard* e *enhanced* di entrambe le componenti.

Fonte: analisi documentazione istituzionale al 31/12/2016.

La modalità solo monetaria di erogazione dell'IA

Un terzo elemento critico riguarda le modalità di erogazione della misura. In primo luogo, infatti, il trasferimento dell'IA al beneficiario avviene senza fornire alcun supporto, consulenza e informazione, nonché al di fuori di dispositivi, come la stesura di un piano assistenziale individuale, in grado di individuare le modalità più efficaci di intervento a copertura del bisogno di cura.

L'IA viene, inoltre, erogata senza introdurre alcun vincolo, e relativo eventuale controllo rispetto all'utilizzo delle risorse. Essa va quindi ad integrare il reddito disponibile secondo una logica esclusivamente "risarcitoria" (ovvero, come risarcimento per la perdita di reddito o per i maggiori costi sostenuti a causa della disabilità), che appare lontana dagli scopi di una misura espressamente finalizzata alla cura.

Il mancato inquadramento della misura all'interno di dispositivi di presa in carico, oppure di dispositivi che ne vincolino l'utilizzo a specifiche prestazioni di cura, se da un lato garantisce la piena libertà di scelta dei beneficiari rispetto all'impiego delle risorse trasferite, dall'altro lato finisce per delegare l'intera organizzazione pratica della cura ai familiari (generalmente mogli/partner oppure figlie) delle persone non autosufficienti: una soluzione che non solo è spesso di difficile praticabilità (soprattutto se gli altri componenti della famiglia hanno un'occupazione lavorativa o risiedono altrove), ma che diventa fortemente penalizzante per le persone non autosufficienti che non hanno familiari a cui affidare la cura,

e che pertanto rischiano un forte isolamento sociale e psicologico. In questo quadro, inoltre, viene diffusamente favorito un utilizzo distorto dell'IA: non solo ad integrazione del reddito familiare, ma anche per il reperimento irregolare di assistenti familiari, alimentando così il mercato sommerso della cura.

Infine, non è prevista alcuna forma di integrazione tra l'IA e le reti di offerta dei servizi implementate a livello territoriale, nonché con i vari schemi LTC (come assegni di cura e/o voucher) introdotti nel corso degli ultimi anni da Regioni e Comuni (NAA 2015). L'assenza di integrazione crea indubbiamente problematiche in termini di mancata appropriatezza, duplicazioni e sovrapposizioni di interventi. Né consente che l'IA possa essere utilizzata in congiunzione con servizi di cura offerti a livello locale.

In sintesi, è chiaro che, in assenza di una rete territoriale di servizi di cura accessibili almeno dalla popolazione a basso e medio reddito, l'erogazione di una misura LTC di natura monetaria e non finalizzata a sostenere direttamente l'offerta di servizi di cura, finisce per delegare al fai-da-te delle famiglie l'intera responsabilità della cura effettiva e, nei casi sempre più frequenti in cui le famiglie non siano in grado di adempiere a queste funzioni, alimenta la creazione di un mercato illegale in cui la cura viene erogata senza alcuna forma di contrattualizzazione e di controllo.

Anche in altri paesi europei sono presenti programmi LTC imperniati su trasferimenti monetari a sostegno della cura di persone disabili e non autosufficienti. Tuttavia, in gran parte di essi il trasferimento monetario viene completato da altre prestazioni offerte a livello nazionale, come ad esempio in Austria dove è previsto un apposito schema nazionale integrativo per regolarizzare il lavoro di cura prestato a domicilio h 24. Nel Regno Unito, l'indennità è di basso valore e non sostituisce l'obbligo delle autorità locali a sostenere, spesso in via indiretta, servizi di assistenza domiciliare o residenziale. In Germania come in Spagna, ai beneficiari viene offerta l'opzione tra "cash" e "care", ovvero tra ricevere un trasferimento monetario oppure servizi di cura, con quest'ultima componente incentivata attraverso la corresponsione di importi maggiori rispetto all'erogazione monetaria (nel caso della Germania), oppure prevista per legge come opzione principale di scelta (nel caso della Spagna)⁴. In Francia, in Germania, in Olanda e nei programmi inglesi di "care budget", i trasferimenti sono previsti solo in forma di voucher utilizzabili per l'acquisto di servizi oppure talvolta per l'impiego regolare di assistenti individuali.

Un doppio problema di iniquità verticale

Come si è detto in precedenza, la mancata graduazione dell'IA per intensità di bisogno determina forti elementi di iniquità "verticale", poiché a livelli di gravità differenziati viene fornita la stessa risposta in termini di supporto. Al tempo stesso, l'impostazione universalistica della misura, cioè indipendente dal reddito dei beneficiari come peraltro avviene nella gran parte dei paesi europei (eccetto il caso francese), vincola la possibilità di riconoscere sostegni più elevati a chi presenta una maggiore intensità del bisogno sia da un punto di vista funzionale che economico (Lamura e Principi 2010), come mostra nella tabella 3 la distribuzione della spesa IA per decili ISEE.

⁴Stando, infatti, alla normativa nazionale approvata nel 2006, le prestazioni di supporto sotto forma di trasferimento monetario, dovrebbero essere attivate solo allorquando l'offerta di servizi è insufficiente a garantire il diritto alle prestazioni (Gutiérrez *et al.* 2010). Ciononostante, in particolare, nella prima fase di implementazione della riforma, si è avuta un'espansione molto significativa delle prestazioni monetarie a discapito dei servizi (Montserrat Codorniu 2014).

Tab. 3 - Distribuzione (%) della spesa per decili ISEE e per gruppi di prestazioni

	Totale prestazioni "famiglia"	Totale prestazioni "povertà"	Indennità di Accompagnamento
1	14%	13%	10%
2	21%	13%	9%
3	17%	12%	10%
4	14%	14%	12%
5	11%	11%	11%
6	8%	11%	13%
7	7%	9%	12%
8	4%	6%	10%
9	3%	5%	8%
10	2%	3%	6%
Totale	100%	100%	100%

Nota: le prestazioni "famiglia" includono: assegno nucleo familiare, assegno maternità, detrazioni. Le prestazioni "povertà" includono: pensione sociale, integrazione al minimo; quattordicesima; carta acquisti; assegno 3 figli.

Fonte: Ranci Ortigosa e Mesini (2016, 17).

L'analisi della distribuzione dell'IA per decili ISEE va effettuata, tuttavia, con estrema cautela. Infatti, un'analisi più di dettaglio sui percettori di prestazioni per non autosufficienza e disabilità mostra come, in una parte significativa dei casi, l'innalzamento dei valori medio-alti di ISEE è determinato dalla componente patrimoniale, ad esempio la *proprietà* della casa largamente diffusa fra le fasce più anziane della popolazione (Chiatti e Di Rosa 2011, 124). Questo configura, dunque, nuclei "ricchi" di patrimonio, ma "poveri" di reddito. Non a caso i dati INPS segnalano come i due terzi della spesa per IA si concentrino su soggetti percettori di reddito da pensione inferiore a 15 mila euro annui (INPS 2016, 85).

5. Le proposte di riforma e gli schemi sub-nazionali di LTC

Alla luce dei principali nodi critici evidenziati nel paragrafo precedente, analizziamo ora alcune delle proposte in tema di riforma dell'IA avanzate nel corso degli ultimi anni⁵, nonché le indicazioni emergenti da schemi analoghi di LTC (cfr. "Assegno di cura") implementati in esperienze significative a livello territoriale (le Province Autonome di Trento e Bolzano)⁶.

Nella tabella 4 vengono confrontate - sinteticamente - tre proposte di riforma: quella del Politecnico (Ranci 2008), elaborata a partire da un'indagine specifica condotta sui beneficiari di IA; la proposta di prestazione assistenziale di base (PAB) avanzata in Baldini et al. (2008); infine lo schema della "dote di cura" proposta da ARS nel 2016 (Ranci Ortigosa e Mesini, 2016).

⁵ Anche in ambito sindacale sono state avanzate nel corso degli anni diverse proposte di riforma sul sistema delle politiche per la non autosufficienza (SPI, FNP, UILP 2006; FNP 2017) che, seppur non specificamente finalizzate alla riforma dell'IA, ne hanno comunque fatto riferimento, in particolare per quanto riguarda la modifica dei sistemi di valutazione del bisogno e l'integrazione e coordinamento della misura col sistema degli interventi e dei servizi territoriali.

⁶ Per queste due misure è stata condotta un'analisi su dati istituzionali al 31/12/2016. Nel caso di Trento va segnalato che l'Assegno di cura costituisce una misura integrativa destinata unicamente a beneficiari di IA.

Tab. 4 - Ipotesi di riforma dell'IA

	Politecnico (2008)	Baldini et al. (2008)	ARS (2016)
Valutazione del bisogno	Procedura standardizzata	Procedura standardizzata e presa in carico individualizzata	Procedura standardizzata e presa in carico individualizzata
Definizione sostegno	a) 600 € b) 450 € c) 300 € d) Struttura (retta – reddito)	a) 465-900 € b) 465 € c) 300-465 €	a) 800 € b) 600 € c) 300 €
Variazione in base a situazione economica	Eventuali forme di variazione del sostegno in base a condizione economica (reddito o ISEE)	Si, per fascia 1) e 3) in base a valore ISEE	No
Modalità di erogazione	Opzione fra trasferimento monetario e fruizione di servizi accreditati (quest'ultimi di importo doppio a parità di bisogno)	Introduzione progressiva vincoli per utilizzo servizi	Opzione fra trasferimento monetario e fruizione di servizi accreditati (quest'ultimi di importo incrementato del 30% a parità di bisogno)

Fonte: nostre elaborazioni.

Se si considera la prima criticità dell'IA evidenziata nel paragrafo precedente, cioè la valutazione del bisogno, tutte le proposte indicano innanzitutto la *necessaria introduzione di schemi di valutazione standardizzati*, in grado di limitarne l'elevata discrezionalità territoriale. In aggiunta, nella proposta Baldini et al. e ARS viene esplicitamente prevista l'introduzione di una presa in carico individualizzata, in grado di orientare e sostenere la persona beneficiaria del nuovo schema. Va osservato che anche nelle due misure di LTC introdotte nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, è prevista un'apposita valutazione multidimensionale del bisogno, effettuata da equipe con competenze sia sanitarie che sociali, attraverso scale standardizzate che considerano diversi aspetti: mobilità fisica, limitazioni nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (ADL), disturbi cognitivi, bisogni relativi alla cura del corpo. In entrambe queste misure si prevede, inoltre, la definizione di un Piano individuale di cura.

Il secondo punto rimanda ad una modifica dell'assetto *flat* dell'importo dell'IA, attraverso *una graduazione degli importi* in grado di cogliere la variabilità e la diversa intensità dei bisogni di cura. Nel caso del Politecnico, viene proposta un'articolazione su quattro livelli, di cui tre destinati al sostegno domiciliare ed uno specifico nel caso di ricovero in struttura (l'importo per quest'ultimo verrebbe definito come differenza fra l'importo della retta e il reddito di riferimento del beneficiario). Nella proposta Baldini et al. e ARS i livelli (strutturati in funzione delle limitazioni ADL) risultano tre. Coerentemente con questa impostazione, anche nei casi di Trento e Bolzano si prevedono importi differenziati sulla base del grado di non autosufficienza, comprovato in sede di valutazione del bisogno. A Trento, i livelli assistenziali sono quattro e gli importi destinati al sostegno dei costi della cura variano da un minimo di 100 € mensili ad un massimo di 1.100 € mensili per le situazioni di maggiore gravità. Similmente a Bolzano i livelli di gravità sono quattro e variano da un valore minimo mensile di 555 € per arrivare ad un valore massimo di 1800 € mensili nei casi più gravi. Per quanto riguarda il terzo profilo di criticità dell'IA, le tre proposte condividono l'importanza di innovare le modalità di erogazione, in particolare attraverso il superamento di un'erogazione monetaria non finalizzata. In particolare a tale proposito viene prevista una duplice modalità di erogazione. Da un lato si prevede un sostegno monetario senza condizionalità che riproduce l'assetto attuale dell'IA. Dall'altro lato (opzione incentivata) (cfr. in particolare la proposta Politecnico e ARS) si prevede l'erogazione di un *voucher* servizi, spendibile con libertà di scelta all'interno di un circuito di fornitori pubblici-privati accreditati, includendo fra questi assistenti familiari appositamente formate ed iscritte ad albi territoriali, al fine di favorire una maggiore qualificazione del sistema di intervento e promuovere l'emersione del lavoro irregolare di cura.

Questa impostazione è quella già prevista nei programmi LTC attuati nelle Province di Trento e Bolzano, dove l'erogazione dell'Assegno di cura prevede la possibilità che i beneficiari possano utilizzarlo opzionalmente anche per stipendiare un assistente familiare o per coprire i costi di compartecipazione (attraverso "buoni servizio") per l'utilizzo di servizi accreditati (privati o pubblici). A Bolzano si prevede, inoltre, la possibilità di utilizzare l'Assegno di cura per pagare i contributi previdenziali di un familiare che assume responsabilità dirette di care-giving.

Infine, un ultimo punto riguarda la possibilità di ridurre l'iniquità verticale dell'IA, cioè assicurare un sostegno più elevato a chi presenta bisogni funzionali ed economici maggiori, attraverso l'introduzione di variazioni nel sostegno in base alla condizione economica dei beneficiari. Come si è visto nel paragrafo precedente, nei principali paesi europei (eccetto la Francia), l'accesso a programmi di LTC, così come la definizione del beneficio, non richiede alcuna valutazione del reddito disponibile dei potenziali beneficiari. La considerazione di questa dimensione potrebbe, tuttavia, realizzare un'allocatione più equa delle risorse dell'IA, disincentivando peraltro comportamenti opportunistici da parte di beneficiari non in condizione di reale bisogno. A tal proposito nella proposta del Politecnico, sulla scorta dell'esperienza francese⁷, si propone una forma di co-payment, che equivale alla riduzione degli importi garantiti dal sistema pubblico per le fasce di reddito più elevate con una conseguente richiesta di compartecipazione a copertura dell'ammontare di spesa previsto a fronte del livello di gravità del bisogno. In Baldini et al. è prevista l'adozione dell'ISEE per una differenziazione degli importi rispettivamente sulle fasce di maggiore gravità e di minore intensità del bisogno. La proposta ARS, in un disegno più generale di riforma delle politiche sociali, non prevede invece alcuna condizionalità economica per i beneficiari della dote di cura, ma un sostegno economico graduato alle famiglie economicamente svantaggiate, assicurato con una revisione dell'attuale pensione di invalidità. Allargando alle esperienze territoriali, la valutazione delle condizioni economiche è ripresa dall'esperienza dell'Assegno di Cura nella provincia di Trento, dove tale parametro è considerato sia per quanto riguarda l'accesso al sistema (attraverso la definizione di una soglia massima misurata attraverso l'ICEF, l'ISEE trentino), sia sul versante di definizione dell'importo delle prestazioni⁸.

6. Conclusioni

In sintesi, la pressione demografica e i cambiamenti sociali, hanno reso sempre più manifeste le criticità strutturali del sistema di LTC esistente in Italia, da cui discende *in primis* una necessaria revisione dello strumento principale attraverso cui sinora si è affidata la risposta istituzionale ai problemi della non autosufficienza: l'Indennità di accompagnamento (IA). Questo importante strumento di policy ha infatti una doppia caratteristica. Da un lato, costituisce la fonte per un ampio e riconosciuto diritto soggettivo esigibile, di tipo universalistico, a protezione del rischio di non autosufficienza. Dall'altro lato, l'IA presenta tuttavia diverse criticità, che derivano da un impianto regolativo risalente agli anni ottanta e mai adattato alle mutate condizioni contestuali. Le principali criticità sono tre: a) l'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno di cura che riduca il grado di discrezionalità nell'accesso al beneficio; b) l'assenza di una graduazione negli importi della misura che consenta alle persone con autosufficienza più grave di poter contare su una protezione più elevata; c) la natura esclusivamente monetaria e non finalizzata della misura, che non offre un effettivo sostegno in termini di servizi a chi non è in grado di organizzare autonomamente la propria cura. Si tratta di limiti ormai ben noti, che tuttavia possono essere superati attraverso una ricalibrazione mirata della misura. Le dimensioni

⁷ Nell'APA è prevista una forma di compartecipazione dell'utente al budget di cura stabilito per livello di gravità, con la sola eccezione dei redditi inferiori agli 800 euro mensili: Sino a 1.000-1.250 euro la compartecipazione è ridotta (10-15% del beneficio complessivo), mentre aumenta sensibilmente per livelli più elevati di reddito.

⁸A Bolzano, invece, l'Assegno non prevede alcuna differenziazione in base alla valutazione delle condizioni economiche dei beneficiari.

dell'impegno finanziario pubblico destinato a questa misura (circa 12 miliardi di euro ogni anno) e della platea dei beneficiari (quasi 2 milioni di cittadini) rende urgente e necessaria un'operazione di restyling. Se cambiare è dunque necessario, l'estensione e la relativa generosità della strumentazione esistente rendono questo cambiamento oggi possibile.

Riferimenti bibliografici

Ascoli, U. e Pavolini, E. (2012), *Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme*, in "Stato e Mercato", 96, pp. 429-64.

Baldini, M., Gori, C., Mazzaferro, C. e M. Morciano (2008), *Costi e argomenti*, in Gori, C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, pp. 283-327.

Barbabella, F., Chiatti e M. Di Rosa (2015), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NAA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti*, 5 Rapporto, Santarcangelo di R., Maggioli, pp. 15-34.

Campbell, J., N. Ikegami, C. Gori, F. Barbabella, R. Chomik, F. d'Amico, H. Holder, T. Ishibashi, L. Johansson, H. Komisar, M. Ring and H. Theobald (2016), *How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot*, in Gori et al. (2015), pp. 47-76.

Chiatti, C. e M. Di Rosa (2011), *La modificazione dei criteri d'accesso alle prestazioni monetarie*, in Gori, C. (ed.), *Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo. Un'analisi a partire dai dati*, Roma, Forum del Terzo Settore, pp. 115-129.

Corte dei Conti (2016), *Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'INPS, 2013 - 2014*, Roma.

FNP (2017), *Proposta di legge: Livelli essenziali per la protezione delle persone non autosufficienti*, Roma.

Gori, C., J. Fernández e R. Wittenberg (a cura di)(2015), *Long-Term Care Reforms in OECD Countries. Successes and Failures Bristol*, Policy Press.

Gori, C. e L. Pelliccia (2012), *I nodi della Long term care in Italia*, in AGENAS, *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, Quaderni Monitor, Roma, pp. 83-96.

Gori, C. (2012), *Home care in Italy: a system on the move, in the opposite direction to what we expect*, in "Health and Social Care in the Community", 20, 3, pp. 255-264.

Gutiérrez, L. et al. (2010) *The long-term care system for the elderly in Spain*, Enepri research report no. 88, June, http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf

INPS (2016), *XV Rapporto Annuale*, Roma, <https://www.inps.it/portale/default.aspx?lastMenu=11499&iMenu=12&iNodo=11499&p1=2>

Lamura, G. e A. Principi (2010), *Le prestazioni di invalidità civile*, in Gori, C. (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, IRS, pp. 317-351, http://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf

Montserrat Codorniu, J. (2014), *El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia*

¿Hacia un cambio de modelo?, Documento de Trabajo 5.6, Fundación Foessa

http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf

OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris.

Pasquinelli, S. (2017), *Le badanti non crescono più*, in “welforum.it”, <https://welforum.it/le-badanti-non-crescono-piu/>

Ranci, C., e E. Pavolini (a cura di) (2013), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York, Springer.

Ranci, C. (a cura di) (2008), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'Indennità di accompagnamento*, Roma, Carocci.

Ranci Ortigosa E. e Mesini D. (a cura di) (2016), *Ridefinire le politiche sociali su criteri di efficacia e di equità*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 2, Numero speciale. In particolare il capitolo 4: Pasquinelli S., Castegnaro C., Cicoletti D, *Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza*.

RGS - Ragioneria Generale dello Stato (2017), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 18 - Nota di aggiornamento, Roma, http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf

SPI, FNP e UILP (2006), *Proposta di legge di iniziativa popolare sulla non autosufficienza dei sindacati dei pensionati di Cgil, Cisl e Uil*, Roma.