

Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento

Marco Arlotti, Andrea Parma e Costanzo Ranci

RPS

Il contributo analizza lo stato delle politiche di tutela della non autosufficienza (Ltc) in Italia, focalizzando l'attenzione sulla principale misura di sostegno ai bisogni di cura delle persone non autosufficienti: l'indennità di accompagnamento (IdA). Pur configurandosi come misura universalistica, l'IdA presenta

diversi elementi di criticità, che investono la dimensione dei diritti sociali per come si sono sviluppati nel caso italiano. Nelle conclusioni, vengono individuati quattro punti centrali per una riforma dell'IdA che tenda ad un maggiore allineamento di questa misura ai principali schemi europei di Ltc.

1. Introduzione

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 di più in prospettiva – in gran parte dei paesi occidentali (e non solo) (cfr. Oecd, 2011; Gori e al., 2015).

Anche se occorre sempre una certa cautela nel considerare le indicazioni dei modelli previsionali, le ultime stime della Ragioneria generale dello Stato (Rgs) (scenario base) indicano, infatti, 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 dai circa 1,4 milioni del 2015 ai 3,3 milioni nel 2060 (Rgs, 2017, p. 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, p. 406).

Nonostante questa rilevanza del bisogno di cura delle persone disabili e non autosufficienti, gli studi comparati mettono in evidenza un notevole ritardo del nostro paese nell'attuare processi di riforma e di investimento in politiche di Ltc (Ranci e Pavolini, 2013). Infatti, mentre

nell'arco dell'ultimo ventennio gran parte dei paesi europei ha introdotto riforme sostanziali su scala nazionale, in Italia l'architettura istituzionale e finanziaria del sistema Ltc 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; *in primis*, sulla componente femminile e sul lavoro di cura delle assistenti familiari straniere (le cosiddette «badanti») svolto in larga parte in modo irregolare e sommerso (Da Roit e Sabatinelli, 2013; Ranci e Sabatinelli, 2014). In questo quadro, l'espansione inerziale di alcuni programmi consolidati di spesa nel campo della Ltc, come l'indennità di accompagnamento (d'ora in avanti IdA), hanno giocato un ruolo cruciale.

A partire da queste premesse, svilupperemo nei paragrafi successivi un approfondimento specifico sull'IdA, analizzandone innanzitutto gli assetti e le dinamiche di sviluppo nel corso del periodo più recente (cfr. par. 2), per poi passare agli elementi principali di criticità che questo schema presenta alla luce dello scenario europeo (cfr. par. 3). Infatti, pur rappresentando uno dei principali dispositivi universalistici all'interno del regime di welfare italiano, l'IdA è affetta da diversi nodi critici, in *primis* quello di determinare elementi di forte iniquità sociale nel proprio concreto funzionamento, nonché quello di favorire strutturalmente la diffusione di condizioni di lavoro irregolari e sommerse nel settore della cura. Infine (cfr. par. 4), cercheremo di delineare un'agenda base per una riforma dell'IdA che potrebbe contribuire ad avvicinare maggiormente il nostro paese alla dimensione europea dei diritti sociali nel campo della Ltc.

2. L'indennità di accompagnamento: assetti e dinamiche di sviluppo

Stando agli ultimi dati sulla composizione della spesa Ltc, l'IdA rappresenta oltre un terzo sul totale della spesa (cfr. tabella 1). In termini assoluti, si tratta di una cifra che supera i 12 miliardi di euro (Inps, 2016, p. 77). Questi dati mostrano, dunque, come l'IdA rappresenti a oggi la misura principale di sostegno nel campo dell'Ltc.

L'IdA prevede l'erogazione di una somma fissa liberamente spendibile (per il 2017: 515,43 euro mensili) alle persone con invalidità civile al 100%, unicamente sulla base di un accertamento delle condizioni psicosofiche definite in primo luogo come: «impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e inabilità nel compie-

re gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua». Introdotta agli inizi degli anni ottanta come misura finalizzata al sostegno per disabili adulti, l'IdA si è poi 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%) ha più di 65 anni (mentre il 38,4% ne ha più di 85) (Inps, 2016, p. 83).

Tabella 1 - La spesa per l'assistenza alla disabilità e Ltc in Italia, anni vari

Tipologia di prestazione	Prestazioni (in migliaia)	Spesa o costo complessivo (in miliardi di €)	Spesa/Pil (%)
Servizi sanitari domiciliari e residenziali	1.048	16,3	1,01
Servizi sociali Comuni	n.d.	3,9	0,24
Indennità di accompagnamento*	2.024	12,1	0,75
Permessi lavorativi	904	3,1	0,19
Stima totale sistema Ltc	3.976	35,4	2,19

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 Valle d'Aosta e Trentino - Alto Adige.

n.d.: non disponibile.

Fonte: nostra elaborazione su dati Inps (2016, p. 77).

Adottando una prospettiva comparata europea, può essere sorprendente constatare che il tasso di copertura, cioè la quota di beneficiari di IdA sul totale della popolazione *over 65*, risulta fra i più alti in Europa se posto a confronto con programmi analoghi esistenti negli altri paesi europei. Come mostra la tabella 2, nel 2015 l'IdA 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 d'autonomie* francese.

La centralità crescente assunta dall'IdA 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 (dai circa 1,2 milioni del 2000 ai circa 2,2 del 2015) (Inps, 2016, p. 81). Se nell'anno 2000 la spesa per IdA ammontava a meno di 6 miliardi di euro, nel 2011 ha raggiunto gli 11 miliardi (quasi raddoppiando in una decade) e ha mantenuto una dinamica positiva anche se rallentata negli anni successivi (cfr. figura 1). Quest'ultimo elemento si lega a una

serie di 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 e al., 2015, p. 27; Inps, 2016, p. 81), che hanno contribuito a moderare la dinamica della spesa. Tuttavia difficilmente questi interventi potranno comportare una contrazione significativa della spesa nel medio-lungo periodo.

Tabella 2 - L'IdA 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	<i>IdA</i>	2015	11,6
Germania	<i>Pflegestufe</i>	2012	6,4
Francia	<i>Apa</i>	2014	7,7
Uk	<i>Attendance allowance</i>	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 all'Apa (*Allocation personnalisée d'autonomie*).

Fonte: per Italia: nostra elaborazione con percentuale calcolata sulla base del numero di beneficiari IdA al 2015 (cfr. Inps, 2016, p. 83) su popolazione *over* 65 all'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 e al. (2016, p. 56); per Francia: nostra elaborazione con percentuale 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 all'1/1/2015 (cfr. Eurostat online, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, dati scaricati il 21/03/2017).

La letteratura ha messo in evidenza come, in aggiunta al processo di invecchiamento, diversi fattori abbiano contribuito all'espansione dell'IdA. Alcuni rimandano 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 sottoposta raramente a controlli e aggiornamenti), nonché il suo carattere universalistico, che non pone limiti di tipo reddituale o categoriale all'accesso, una volta certificato lo stato di disabilità. A ciò si aggiunge, sempre sul versante del *design*

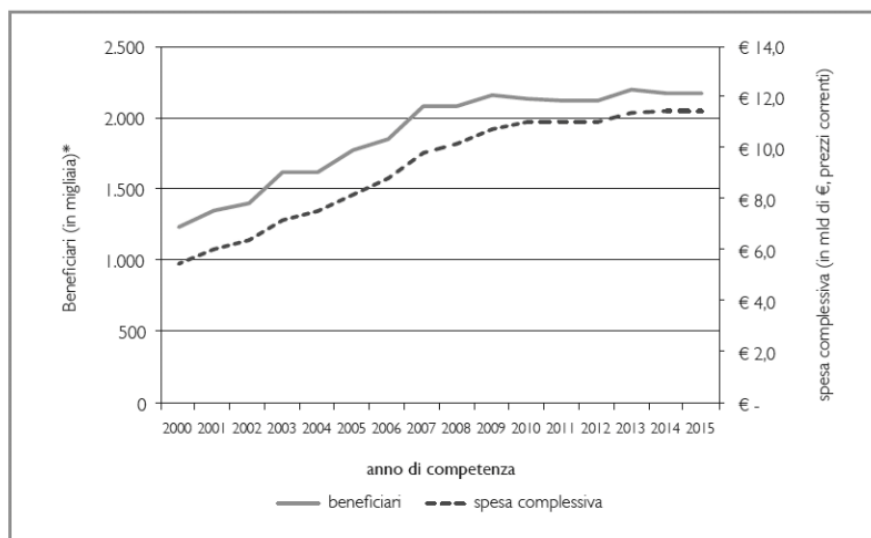
¹ La Corte dei Conti (2016, p. 70) ha, tuttavia, messo in evidenza come le misure di rafforzamento del ruolo dell'Inps nelle procedure di accertamento e valutazione del bisogno (es. inserimento medici Inps nelle commissioni mediche Asl, oppure l'intera attribuzione all'Inps della filiera dell'accertamento)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

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*), sembra 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).

RPS

Marco Arlori, Andrea Parma e Costanzo Ranci

Figura 1 - Dinamica della spesa e del numero di prestazioni IdA erogate per anno



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

Fonte: Inps (2016, p. 82).

L'espansione dell'IdA ha infine giocato un ruolo chiave nell'organizzazione familiare della cura prestata ai soggetti non autosufficienti (Gori e Pelliccia, 2012, p. 88-91). Fra questi, il fattore più importante è costituito dalla forte diffusione delle assistenti familiari (le «badanti») come strategia di risposta ai bisogni di cura delle persone anziane. Tale fenomeno ha indubbiamente trovato una certa complementarità con le caratteristiche strutturali dell'IdA, 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 IdA, 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, p. 21).

3. Le criticità principali dell'IdA in un'ottica comparata europea

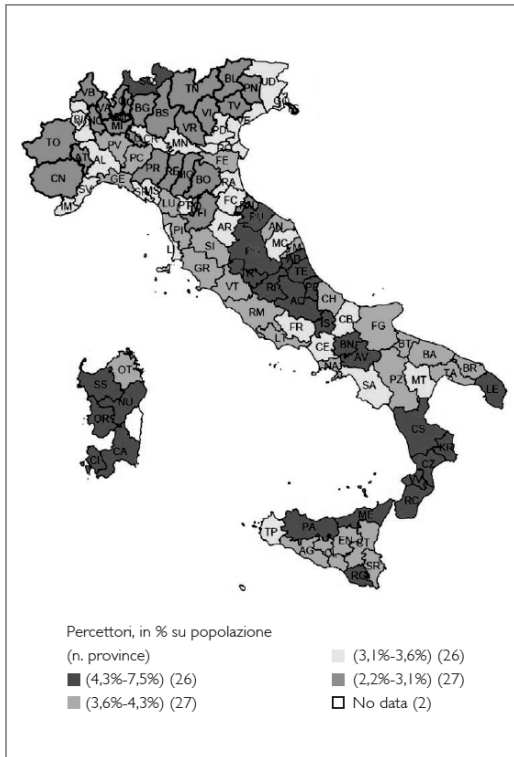
Come abbiamo visto, l'IdA rappresenta, dunque, a oggi il principale dispositivo di sostegno ai bisogni di cura, in particolare della popolazione anziana non autosufficiente. Presenta alcuni elementi significativi, quali l'elevato tasso di copertura, l'ammontare consistente di risorse mobilitate e l'inquadrarsi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

3.1 L'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno

In primo luogo, l'accertamento del bisogno per l'accesso all'IdA avviene sostanzialmente (cfr. *supra*) facendo riferimento solo a due criteri generali: impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e incapacità nel compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua. La genericità di questi criteri e 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, e una forte differenziazione territoriale nell'erogazione del beneficio. Come mostra la figura 2, i tassi di copertura della misura sul totale della popolazione variano notevolmente all'interno del territorio nazionale, sino a triplicare in alcune province i valori minimi riscontrati soprattutto nelle aree del Nord e in alcune zone del Centro-Italia².

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, p. 85), la distribuzione territoriale dei beneficiari, come anche un'anomala preminenza in particolare nelle regioni del Mezzogiorno di benefi-

Figura 2 - Distribuzione provinciale del numero di beneficiari IdA in rapporto alla popolazione totale



Fonte: Inps (2016, p. 87).

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 d'autonomie*) viene accertato da apposite commissioni territoriali miste (medico-sociale) 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.

ciari di età «più giovane» rispetto alle regioni del Centro-Nord (Barbabella e al., 2015, p. 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.

In Germania l'accesso al programma nazionale assicurativo di Ltc si basa su un'apposita valutazione che rileva, nel dettaglio (in termini orari) e 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). 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 e 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. Di fatto, quindi, l'assenza di uno strumento unitario e standardizzato di valutazione del bisogno crea le premesse per un utilizzo differenziale e altamente discrezionale di una misura di impostazione universalistica e fondata, almeno in linea di principio, su un diritto sociale esigibile.

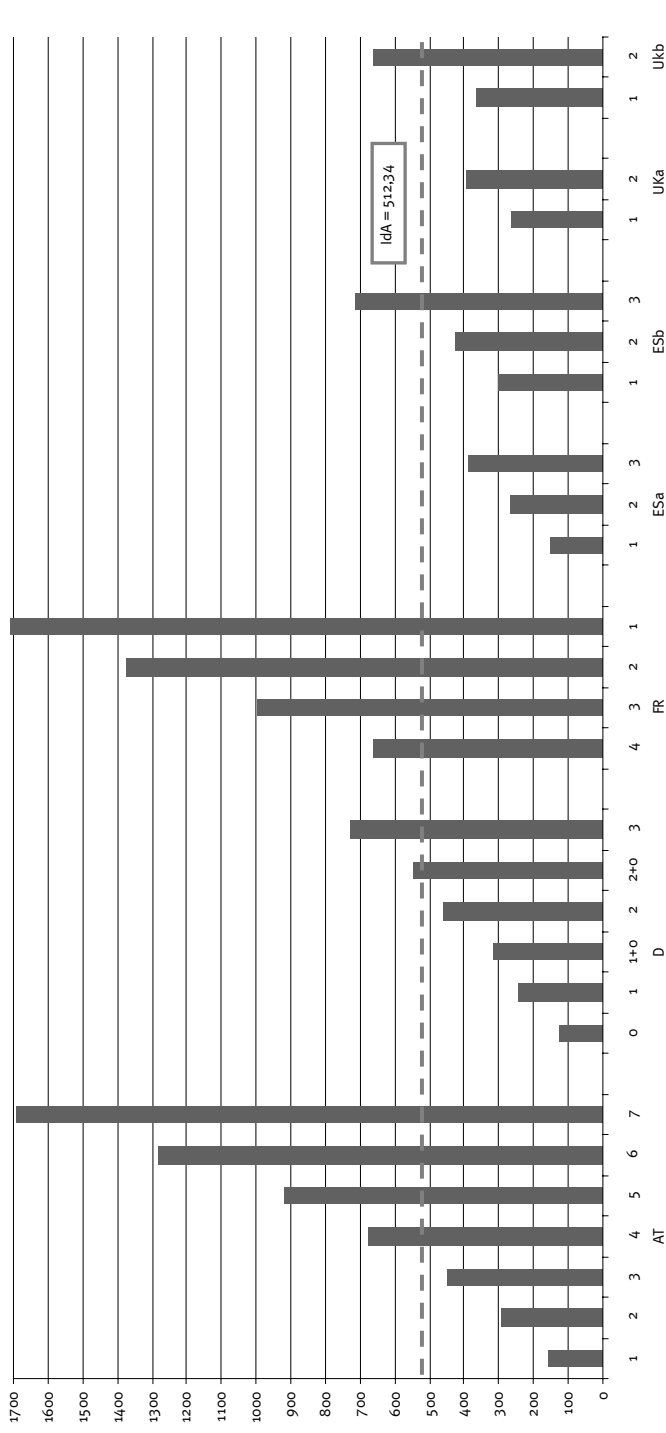
3.2 La mancata graduazione della misura in relazione ai livelli di disabilità

Un secondo aspetto critico dell'IdA 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 del bisogno di cura che può variare da condizioni di lieve limitazione dell'autonomia ad altre di totale allettamento e richiesta h24 di cura e assistenza³.

Tale assetto determina un forte elemento di iniquità verticale (poiché l'entità della prestazione non è commisurata in alcun modo alla gravità del bisogno, i soggetti in condizioni più gravi si trovano in una situazione di minore protezione pubblica), nonché di elevato rischio di inadeguatezza (per la stessa ragione). Peraltro questa situazione non trova analogie 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. figura 3). In

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).

Figura 3 - Importi mensili dei trasferimenti monetari di sostegno alla cura domiciliare in alcuni dei principali paesi europei, al 31/12/16



Nota: AT - Austria (*Pflegegeld*); D - Germania (*Pflegezeit*), solo importo per cura informale (no servizi); FR - Francia (*Allocation personnalisée d'autonomie*); ESa - Spagna (*Cuotas de la prestación de cuidados en entorno familiar*); ESb - Spagna (*Prestación Económica de Asistencia Personal*); Uka - Regno Unito (*Attendance allowance*, solo per anziani over 65); UKb (*personal individual payment*).

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

taluni casi, gli importi mensili destinati ai livelli minori di gravità sono inferiori a quelli dell'IdA, mentre vengono riconosciuti importi decisamente superiori per le condizioni di non autosufficienza più gravi, incluse le demenze e i problemi cognitivi.

RPS

3.3 La modalità solo monetaria di erogazione dell'IdA

Un terzo elemento critico riguarda le modalità di erogazione della misura. In primo luogo, infatti, il trasferimento dell'IdA 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'IdA viene, inoltre, erogata senza introdurre alcun vincolo, e relativo eventuale controllo rispetto all'utilizzo delle risorse. Essa va quindi a 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 tuttavia lontana dagli scopi di una misura 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 favorisce diffusamente un utilizzo distorto dell'IdA: non solo a mera integrazione del reddito familiare, ma anche per il pagamento irregolare di assistenti familiari, alimentando così il mercato sommerso della cura. Si determina così la situazione paradossale per cui una importante prestazione monetaria pubblica, in assenza di altre misure in grado di offrire servizi «in kind», contribuisce indirettamente ad alimentare un segmento di lavoro nero e irregolare di amplissime dimensioni, senza che alcuna forma efficace di controllo possa essere messa in atto, data la natura del tutto svincolata del trasferimento monetario.

Infine, non è prevista alcuna forma di integrazione tra l'IdA 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'IdA possa essere utilizzata in congiunzione con servizi di cura offerti a livello locale.

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 h24. 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 Olanda e nei programmi inglesi di *care budget*, i trasferimenti sono previsti solo in forma di voucher, utilizzabili per l'acquisto di servizi oppure per l'impiego regolare di assistenti individuali.

In definitiva, alla luce della dimensione europea, le criticità relative alle modalità di erogazione dell'IdA riguardano sostanzialmente il carattere non vincolato del trasferimento monetario e l'impossibilità per i beneficiari di optare per servizi di cura. È, quindi, presente una contraddizione nell'erogazione dell'IdA: da un lato, come strumento di «cash-for-care», dovrebbe sostenere il bisogno di cura delle persone non autosufficienti; dall'altro lato, tuttavia, opera unicamente come una misura di tipo «risarcitorio», cioè di sostegno al reddito.

3.4 Un doppio problema di iniquità verticale

Come si è visto in precedenza, la mancata graduazione dell'Ida 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 peral-

⁴ Stando, 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 e 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).

tro 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.

Tabella 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: Ars, Irs e Capp (2016, p. 17).

L'analisi della distribuzione 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, p. 124). Questo configura, dunque, nuclei «ricchi» di patrimonio, ma probabilmente al tempo stesso «poveri» di reddito. Non a caso i dati Inps segnalano come due terzi della spesa per IdA si concentri su soggetti percettori di reddito da pensione inferiore a 15 mila euro annui (Inps, 2016, p. 85).

4. Un'agenda di lavoro: più vicini all'Europa?

I bisogni crescenti della popolazione e le prospettive di sostenibilità del welfare state rendono sempre più cruciale un intervento volto ad

allineare il disegno dell'IdA ai principali schemi europei, così da migliorarne il grado di equità ed efficacia nel sostegno ai bisogni della popolazione disabile e non autosufficiente. L'analisi precedente ha mostrato come una misura per alcuni versi pienamente inscritta in una prospettiva di cittadinanza sociale universalistica, a causa di incompletezze nel disegno istituzionale della misura e di una carente implementazione, determini effetti perversi che alimentano situazioni caratterizzate da iniquità di trattamento e/o inadeguatezza delle prestazioni. Potremmo definire l'IdA come una misura caratterizzata da un «universalismo incompleto» da cui discendono effetti perversi particolarmente gravi, che finiscono non solo per ridurne la portata universalistica, ma anche di rendere poco chiaro e completo il diritto dei cittadini alla protezione contro il rischio della non autosufficienza.

Tali limiti non devono tuttavia far dimenticare che l'IdA rappresenta comunque una delle misure portanti del welfare italiano, solidamente ancorata a un impianto universalistico da cui occorre partire in un'ottica volta a migliorare il grado complessivo di equità ed efficacia nel nostro sistema di Ltc.

Mantenendo intatta la garanzia del diritto soggettivo esigibile, così come la permanenza del sistema in essere per gli attuali beneficiari, è possibile a questo proposito identificare almeno quattro punti principali per una strategia di riforma dell'IdA (Ranci, 2008; Ars, Irs e Capp, 2016).

Il primo punto rimanda alla necessaria individuazione di strumenti oggettivi di valutazione del bisogno, in grado di cogliere la multidimensionalità del bisogno stesso, limitando i fenomeni di discrezionalità e diversificazione esistenti nelle pratiche di valutazione. L'esperienza internazionale converge, peraltro, nell'assumere che la disabilità venga valutata attraverso strumenti multidimensionali e analitici, gestiti da équipe multidisciplinari, che considerino tutti i diversi aspetti in cui la non autosufficienza si manifesta: dai problemi di mobilità fisica a quelli di gestione autonoma dell'ambiente domestico, dalla cura del corpo alla gestione dei problemi di natura psichico-mentale. Esiste oggi una strumentazione ricca e adeguata, già testata in diversi contesti, che consente di tradurre la misurazione analitica della disabilità in una stima attendibile del fabbisogno di cura (espresso in termini di tempo) di cui le persone necessitano. Tale strumentazione dovrebbe, pertanto, essere progressivamente introdotta anche nelle procedure di valutazione del bisogno di cura svolte dalle commissioni di accertamento dell'invalidità civile del nostro paese. Ciò consentirebbe non

RPS

Marco Arlori, Andrea Parma e Costanzo Ranci

solo di ridurre le discrezionalità e i possibili usi distorti, ma anche di migliorare sensibilmente l'esigibilità soggettiva della misura, la cui accessibilità verrebbe a dipendere da meccanismi in parte automatici e comunque socialmente e istituzionalmente controllabili.

Il secondo punto riguarda la necessaria introduzione di elementi di graduazione dell'IdA in relazione ai livelli di disabilità, in grado di superare l'attuale impostazione *flat* che penalizza fortemente i cittadini in maggior bisogno, con una forte distorsione in termini di equità verticale (per cui a bisogni differenti, corrisponde una medesima risposta). Il nodo maggiore riguarda, qui, la difficoltà di poter introdurre elementi di differenziazione che non penalizzino troppo le forme meno gravi di disabilità, generalmente maggiormente concentrate nelle fasce di età più giovani. La graduazione consentirebbe inoltre di migliorare l'adeguatezza della misura, soprattutto quando essa è rivolta a proteggere le situazioni di maggiore gravità.

Il terzo punto rimanda alle modalità di utilizzo dell'IdA che, nell'impostazione attuale, hanno favorito lo sviluppo del *fai da te* familiare, con forte coinvolgimento delle reti familiari (e *in primis* della componente femminile), espansione del sommerso, dequalificazione del lavoro di cura. Da questo punto di vista, l'introduzione di un sistema complementare finalizzato, cioè che preveda – riprendendo il modello tedesco – una maggiorazione degli importi a parità di condizione di bisogno nel caso di opzione per un'assistenza familiare contrattualizzata oppure per servizi erogati da soggetti accreditati, comporterebbe un forte sostegno all'emersione e al miglioramento delle condizioni di lavoro e di cura. Riprendendo altre esperienze europee, questa finalizzazione dell'IdA dovrebbe, inoltre, prevedere da un lato misure volte alla qualificazione e al riconoscimento professionale e previdenziale del lavoro di cura mentre, dall'altro lato, forme individualizzate di presa in carico, con modalità di sostegno, affiancamento e consulenza capaci di garantire ai beneficiari un'effettiva libertà di scelta nell'utilizzo dei diversi pacchetti di assistenza così configurati. Anche in questo caso, una regolazione più precisa e incisiva della misura, che ne fissi le possibilità di utilizzo, consentirebbe non solo una finalizzazione più chiara dell'IdA, ma anche la possibilità di collegare all'erogazione monetaria forme di incentivazione alla realizzazione di servizi qualificati di cura.

Infine, un ultimo punto riguarda la possibilità di ridurre l'inequità verticale dell'IdA, 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 benefi-

ciari. 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, tuttavia, potrebbe, realizzare un'allocazione più equa delle risorse dell'IdA, disincentivando peraltro comportamenti opportunistici da parte di beneficiari non in condizione di reale bisogno.

In sintesi, la pressione demografica e i cambiamenti sociali hanno reso più manifeste le storture 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'IdA. L'esperienza europea indica in modo chiaro la direzione da seguire per rendere i diritti sociali nel nostro paese meno iniqui di quanto risultano attualmente.

Riferimenti bibliografici

- Ars-Irs-Capp, 2016, *Ridefinire le politiche sociali su criteri di efficacia e di equità*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 2, Numero speciale.
- Barbabella F., Chiatti C. e Di Rosa M., 2015, *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NAA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti*, 5° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, pp. 15-34.
- Campbell J., Ikegami N., Gori C., Barbabella F., Chomik R., d'Amico F., Holder H., Ishibashi T., Johansson L., Komisar H., Ring M. e Theobald H., 2016, *How Different Countries Allocate Long-term Care Resources to Older Users: A Comparative Snapshot*, in Gori C., Fernández J. e Wittenberg R. (a cura di), 2015, *Long-Term Care Reforms in Oecd Countries. Successes and Failures*, Policy Press, Bristol, pp. 47-76.
- Chiatti C. e Di Rosa M., 2011, *La modificazione dei criteri d'accesso alle prestazioni monetarie*, in Gori C. (a cura di), *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.
- Da Roit B. e Sabatinelli S., 2013, *Nothing on the Move or just Going Private? Understanding the Freeze on Child and Elder Care Policies and the Development of Care Markets in Italy*, «Social Politics», vol. 20, n. 3, pp. 430-453.
- Gori C., Fernández J. e Wittenberg R. (a cura di), 2015, *Long-Term Care Reforms in Oecd Countries. Successes and Failures*, Policy Press, Bristol.
- Gori C. e Pelliccia L., 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.
- Gutiérrez L., Jiménez-Martín S., Vegas Sánchez R. e Vilaplana C., 2010, *The Long-term Care System for the Elderly in Spain*, «Enepri Research Report», n. 88, di-

sponibile all'indirizzo internet: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANGIEN_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf.

Inps, 2015, *Non per cassa ma per equità*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.Inps.it/nuovoportaleInps/default.aspx?lastMenu=46392>.

Inps, 2016, *XV Rapporto Annuale*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.Inps.it/portale/default.aspx?lastMenu=11499&iMenu=12&iNodo=11499&p1=2>.

Lamura G. e Principi A., 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, disponibile all'indirizzo internet: http://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/DocumentsRicercaIRS_nonaautosufficienzaott2010.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, disponibile all'indirizzo internet: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf.

NAA, 2015, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Quinto rapporto*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Parigi.

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

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

Ranci C. e Sabatinelli S., 2014, *Long Term and Child Care Policies in Italy between Familism and Privatisation*, in Leon M. (a cura di), *The Transformation of Care in European Societies*, Palgrave Macmillan, Uk.

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, disponibile all'indirizzo internet: http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf.