

Introduzione e principali conclusioni.

Introduzione.

Il legislatore italiano ha oggi davanti a sé un compito assai arduo: riformare in modo profondo lo stato sociale allo scopo di renderlo finanziariamente sostenibile, più equo e capace di soddisfare le necessità di una società in rapido mutamento.

L'azione di riforma dovrebbe anche prefiggersi il compito fondamentale di far sì che lo stato sociale torni ad essere pienamente uno strumento di giustizia e di coesione sociale. Solo questo può consentire alle istituzioni sociali di tornare ad essere fonte importante di senso di appartenenza e di sviluppo economico. Solo in questa prospettiva si può d'altra parte parlare di stato sociale come strumento (nobile) di consenso: consenso che deriva non dall'applicazione di logiche clientelari e particolari ma dal soddisfacimento efficiente di importanti bisogni collettivi.

L'intervento nel campo dell'assistenza ai non-autosufficienti può costituire sotto questo punto di vista un banco di prova decisivo: come si vedrà, esso deve infatti rispondere a bisogni universali che derivano in larga misura proprio dai profondi mutamenti sociali in atto. In effetti, sia la Commissione Onofri, sia il DPEF del 1997 hanno individuato nell'istituzione di un Fondo per non autosufficienti (realizzato sul modello di quello recentemente introdotto in Germania) uno strumento importante per la riforma delle politiche dell'assistenza in Italia.

Per fare fronte a problemi di natura nuova sembra naturale ammettere che occorre individuare anche strumenti innovativi nell'erogazione dei servizi di assistenza. In questo lavoro si dedica particolare attenzione alle opportunità esistenti per introdurre meccanismi di mercato che, nel pieno rispetto dei bisogni dei più deboli, aumentino l'efficienza del sistema coinvolgendo anche soggetti produttivi del settore privato e « non-profit » ed attivando alcuni meccanismi di mercato.

D'altra parte, si offre oggi al legislatore italiano la possibilità di disegnare un piano di riforma dell'assistenza che anticipi i problemi ed individui soluzioni organiche anziché tamponare i problemi sull'onda delle emergenze che via via si presenteranno. Questa sarebbe una vera novità nel panorama italiano.

Sembra ragionevole che nel perseguire questo obiettivo il legislatore abbia due punti di riferimento: i) i risultati della letteratura teorica sull'argomento e ii) la recente esperienza di paesi avanzati che stanno affrontando problematiche simili a quelle che l'Italia si trova di fronte.

L'approccio metodologico di questo lavoro ricalca quindi questa impostazione. Nella Parte I si passeranno in rassegna i risultati della letteratura più recente in tema di assistenza degli anziani non autosufficienti cercando di fare concreto riferimento all'esperienza italiana. In particolare (Par. 1), cercheremo di illustrare gli argomenti che giustificano l'idea che il tema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti sia centrale per il dibattito politico ed economico: ciò ha a che fare con le dinamiche demografiche ed i mutamenti in atto nella composizione dei nuclei familiari e nella partecipazione alle donne al mercato del lavoro. Condurremo anche una breve analisi di alcuni aspetti dell'offerta di servizi di assistenza ai non autosufficienti allo scopo di meglio comprendere la natura delle risorse necessarie ed i meccanismi più idonei a garantire una produzione efficiente di tali servizi. Si passerà quindi (Par. 2) ad una breve rassegna degli argomenti (in parte noti in parte nuovi) che possono giustificare l'intervento pubblico nel campo dell'assistenza: ciò sembra utile per fornire una « cornice » entro la quale collocare le ragioni profonde che dovrebbero ispirare l'azione di governo ed i limiti ai quali essa dovrebbe essere soggetta. Questo ci conduce direttamente (Par. 3) a discutere le caratteristiche e le implicazioni di modalità alternative di finanziamento (ripartizione e capitalizzazione) soffermandoci anche su alcune possibilità ancora poco esplorate. Ci si riferisce in particolare alla possibilità di arrivare a forme di capitalizzazione attraverso il conferimento o la cessione di proprietà pubbliche e private. A questo proposito, faremo cenno ad alcune esperienze maturate nell'ambito delle « Ipab » e discuteremo la problematica relativa allo sviluppo del mercato della nuda proprietà immobiliare. La Parte I si conclude (Par. 4) con un'analisi dei pregi e dei difetti di tre modalità alternative di erogazione delle prestazioni: l'erogazione di trasferimenti in denaro, la prestazione diretta di servizi e l'attribuzione di « buoni servizio » (« vouchers »).

Nella Parte II svolgiamo (Capp. 5 e 6) un'analisi delle esperienze in materia maturate Germania e Francia e di alcuni aspetti del dibattito in corso.

Le principali conclusioni.

L'analisi condotta porta a delineare un sistema di assistenza articolato su due livelli.

Un *primo livello* di natura pubblica, universale ed obbligatoria, gestito a ripartizione, che eroghi un ammontare di servizi indispensabili e tali da garantire un'esistenza decorosa alle persone non autosufficienti. Queste erogazioni di base con carattere universale e non condizionate alla prova dei mezzi si configurano come un diritto di cittadinanza. Abbiamo individuato in forme di paternalismo, nella possibilità di selezione avversa e di comportamenti opportunistici le

ragioni che giustificano l'obbligatorietà della partecipazione allo schema assicurativo. La gestione diretta dello schema da parte dello Stato si può invece razionalizzare principalmente in base alla circostanza che solo tale gestione diretta consente l'applicazione del metodo ripartitivo. L'adozione del metodo ripartitivo sembra d'altra parte giustificata dall'esigenza di garantire una protezione anche a coloro che oggi sono anziani e/o già non autosufficienti ed a coloro che hanno malattie pregresse tali da aumentare fortemente i rischi di non autosufficienza.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni, sembra che sia opportuno che i trasferimenti in denaro siano limitati a garantire le esigenze di vita *non* dipendenti dalla presenza di handicap e siano quindi intesi a supplire alla mancata capacità di guadagno che la disabilità comporta. Al contrario, riteniamo che nell'erogazione di aiuti intesi a fornire alla persona non autosufficiente servizi di assistenza infermieristica, di cura della persona e di gestione della vita domestica... si dovrebbe utilizzare in modo esteso lo strumento del « voucher ». In effetti, questo meccanismo — pur soggetto ad alcuni limiti — consente di attivare meccanismi di mercato e di competizione nell'offerta di servizi che garantirebbero servizi di qualità superiore. Più concretamente, questi effetti benèfici si realizzerebbero grazie all'esercizio da parte dell'assistito di un effettivo potere di scelta: questo potere consente di selezionare gli erogatori più efficienti di servizi e di rivelare al mercato le effettive preferenze dei destinatari dell'assistenza. Il voucher appare uno strumento idoneo anche a sviluppare forme di mercato sociale nel quale operatori privati orientati al profitto, operatori pubblici ed operatori del settore non profit competano nell'erogazione di servizi sociali. Il settore dell'assistenza alle persone non autosufficienti costituisce in effetti un terreno di confronto particolarmente adatto e capace di stimolare e valorizzare le potenzialità dei diversi tipi di operatori.

Proprio la possibilità di attivare meccanismi di concorrenza nell'erogazione di servizi attraverso il controllo indiretto da parte degli aventi diritto alle prestazioni dovrebbe garantire la superiorità del « voucher » rispetto all'erogazione diretta di servizi da parte dello Stato: questa superiorità dovrebbe riflettersi sia — come si è detto — nella qualità dei servizi erogati, sia nella limitazione di fenomeni di abusi e di corruzione; questa possibilità ha anche a che fare con le grandi potenzialità offerte dalle nuove tecnologie informatiche. Il « voucher » sembra inoltre garantire al disabile ed ai soggetti deboli che all'interno del nucleo familiare lo assistono una tutela da vari possibili abusi. Rispetto a trasferimenti in denaro, il voucher garantisce infatti la persona non autosufficiente dal rischio che il trasferimento venga inteso come un sostegno al reddito familiare piuttosto che come un riconoscimento da parte dello Stato di un suo diritto a forme di assistenza ben determinate e di livello decoroso; il voucher garantisce d'altra parte ai soggetti deboli che prestano assistenza nell'ambito del nucleo familiare una remunerazione per il lavoro svolto (nel caso in cui il voucher sia loro attribuito per assistere il congiunto) oppure garantisce una possibilità di affrancarsi parzialmente dall'onere dell'assistenza (qualora il voucher sia speso presso erogatori terzi di servizi).

Data l'estrema delicatezza della materia, sembra comunque opportuno un approccio graduale e pragmatico per tenere conto di specificità locali e/o associate ad alcune patologie. È possibile che in talune circostanze i meccanismi di mercato di offerta di servizi non si sviluppino spontaneamente oppure che il loro sviluppo richieda più tempo del previsto: nel breve periodo un ruolo diretto di supplenza per lo Stato rimane probabilmente necessario.

Abbiamo anche messo in guardia dai rischi di un'applicazione parziale o incoerente di filosofie alternative di intervento: per esempio, uno sviluppo del ruolo di istituzioni private (orientate o meno al profitto) nell'erogazione di servizi ha senso solo se si accetta l'idea che al decrescere dell'impegno diretto dello Stato nella produzione di tali servizi si riduca anche il personale occupato allo scopo. Se si ritiene d'altra parte irrealistico ridurre l'occupazione di lavoratori pubblici nel settore, la privatizzazione dei servizi si può tradurre in un impiego complessivamente inefficiente delle risorse.

Nell'ambito di un ruolo di appoggio logistico (cessione in uso di immobili) si suggerisce di percorrere ulteriormente la strada dell'utilizzo di beni di proprietà delle Ipub nell'ambito dell'erogazione pubblica di servizi di assistenza.

Vi dovrebbe poi essere un *secondo livello di assistenza* gestito con una logica privatistica, a capitalizzazione, con il compito di garantire una copertura assistenziale integrativa rispetto al primo livello. L'apporto di integrazione rispetto al servizio di base pubblico può consistere sia nel soddisfacimento di bisogni di assistenza anche a soggetti con livelli di non autosufficienza più bassi di quelli che danno accesso al sistema pubblico, sia nell'erogazione di servizi aggiuntivi (non strettamente indispensabili) che vadano ad aggiungersi a quelli erogati dallo schema pubblico. Anche sotto quest'ultimo punto di vista la scelta dello strumento del « voucher » nell'ambito delle erogazioni del sistema pubblico del primo livello di assistenza appare opportuna: questo strumento può consentire infatti all'assistito di coordinare meglio le prestazioni di base garantitegli dallo schema pubblico con quelle fornitegli dallo schema integrativo privato. Inoltre, si può così realizzare un mix di servizi di assistenza nell'ambito del quale il ricorso a prestazioni integrative non implica la rinuncia a quelle pubbliche di base (vedi Dobson, Par. 7.1).

Dal punto di vista della costituzione del patrimonio che — in una logica di capitalizzazione — alimenta il flusso di prestazioni, si sono individuati due meccanismi. Da un lato deve necessariamente operare il meccanismo tradizionale che attraverso il pagamento di contributi ad un fondo sanitario (con opportuni incentivi fiscali) porta ad una progressiva accumulazione di capitale. Questa « strada » è ovviamente preclusa alle persone oggi relativamente anziane dal momento che i livelli contributivi necessari a creare un capitale adeguato risulterebbero insostenibili. A questo proposito, si suggerisce di sviluppare il mercato della nuda proprietà immobiliare allo scopo di consentire agli anziani di disporre di un capitale liquido da conferire (eventualmente in parte) a fondi sanitari. Si può immaginare un futuro in cui il calo demografico non costituisce solo un problema dal punto di vista delle esigenze dell'assistenza ma costituisce anche un'opportunità. Infatti, un

numero crescente di persone invecchia senza figli e senza incentivi a lasciare cospicui lasciti ereditari: costoro possono cedere la nuda proprietà della prima abitazione ad istituzioni (fondi immobiliari specializzati) che godano reputazione di operare secondo logiche di mercato ma senza spirito predatorio. Il capitale così mobilitato può essere utilizzato per alimentare l'erogazione di prestazioni previdenziali (acquisto di rendite vitalizie sul mercato assicurativo) e per garantirsi coperture assistenziali integrative attraverso conferimenti a fondi sanitari gestiti a capitalizzazione.

L'analisi svolta nella Parte II conferma l'interesse speciale del modello tedesco ispirato alla logica della sussidiarietà. Con riferimento alla sua applicabilità al caso italiano, si pongono in particolare due problemi: quello del finanziamento del suo costo e quello dell'efficienza complessiva della pubblica amministrazione.

Quanto al finanziamento dei costi di funzionamento del sistema, appare evidente che è impossibile farli gravare — sia pur parzialmente — sul costo del lavoro. Anche in questo caso sembra che l'esempio tedesco di un negoziato con le parti sociali volto ad individuare spazi di compromesso costituisca la via da seguire. Il livello complessivamente meno efficiente della pubblica amministrazione italiana rispetto a quella tedesca suggerisce l'adozione di procedure più semplici e soprattutto il ricorso più sistematico a forme di mercato sociale che sostituiscano l'erogazione diretta di servizi da parte della mano pubblica. In questo contesto l'attribuzione agli assistiti di un effettivo potere di scelta e di indirizzo appare indispensabile.

PARTE I: Alcuni aspetti teorici del problema.

1. *La domanda e l'offerta di servizi di assistenza.*

1.1 Introduzione.

Questo capitolo si propone di indagare le probabili caratteristiche dell'evoluzione futura della domanda e dell'offerta di servizi di assistenza alla luce delle tendenze demografiche, sociali ed economiche in atto.

La domanda di servizi di assistenza per persone non autosufficienti (Par 1.2) sembra innanzitutto destinata a crescere per effetto del previsto aumento nella quota di anziani sul totale della popolazione. D'altra parte ci si può anche chiedere se abbia senso immaginare il mondo di domani semplicemente come il mondo di oggi con più anziani (anziani come quelli di oggi). In realtà le cose sono probabilmente più complesse dal momento che il mondo di domani non sarà — in termini di tecnologie, organizzazione del lavoro, mobilità delle persone ... — come quello di oggi. Avere 80 anni tra 20 anni non sarà come avere 80 anni oggi (o come averli avuti 20 anni fa). Con l'allungamento delle aspettative di vita cambiano probabilmente anche la soglia della vecchiaia e le esigenze di chi è vecchio.

Sembra comunque che il numero delle persone non autosufficienti sia destinato a crescere nel futuro anche se non con i ritmi e le modalità che estrapolazioni semplicistiche del quadro demografico potrebbero suggerire.

D'altra parte, a fronte di un verosimile aumento della quota di popolazione con necessità di assistenza, è assai probabile che nel prossimo futuro cambino anche le modalità istituzionali di erogazione. Se fino a qualche decennio fa l'assistenza veniva pressoché esclusivamente prestata in modo informale all'interno di nuclei familiari estesi, oggi mutamenti nella composizione dei nuclei familiari, nella partecipazione delle donne al mercato del lavoro, un'accresciuta mobilità territoriale delle persone fanno sì che una quota crescente della domanda di servizi di assistenza sia rivolta all'esterno del nucleo familiare di appartenenza. Le tendenze in atto suggeriscono che questo processo si accentuerà nel futuro.

D'altra anche le probabili caratteristiche dell'offerta di servizi di assistenza merita qualche considerazione: in particolare, è stato au-

torevolmente suggerito che la produttività nei settori impegnati nell'erogazione di servizi di assistenza sia destinata a crescere più lentamente rispetto alla media degli altri settori dell'economia. Anche le problematiche del coordinamento tra offerta formale ed informale di servizi e dell'efficienza nella loro produzione costituiscono temi rilevanti.

1.2. La domanda di assistenza: demografia ed alcuni problemi definitivi.

Demografia.

Sulla base di previsioni dell'Istat (vedi Egidi, 1996, scenario centrale) la quota di popolazione con più di 65 anni passerà dall'attuale 16,8% al 20,4% del 2010, al 27,1% del 2030. In termini assoluti si passa dai 9,6 milioni del 1996 ai 14,5 del 2030.

Se si considera la classe degli ultra settantacinquenni la senilizzazione della società italiana appare ancora più accentuata: la quota di tale classe sul totale della popolazione passa dall'attuale 6,7% al 10% del 2010, al 13,4% del 2030; in termini assoluti si passa dagli attuali 3,8 milioni ai 7,2 del 2030.

Come sottolineato da Egidi (1996), nel 2030 sono previste 307 persone con più di 65 anni per ogni 100 ragazzi sotto i 15 anni di età. Il contributo delle donne all'invecchiamento della popolazione è assolutamente prevalente: esse rappresentano il 60% degli ultrasessantacinquenni ed oltre il 70% degli ultrasettantacinquenni. Già oggi le regioni del Nord Italia presentano una maggiore quota di anziani rispetto al Sud; il divario è destinato ad ampliarsi ulteriormente.

D'altra parte, è impossibile che inversioni inattese nella dinamica dei tassi di fertilità possano scongiurare il realizzarsi di uno scenario di questo tipo: oltre il 70% dell'aumento nella quota di ultrasessantacinquenni previsto nei prossimi 35 anni è dovuto alla favorevole evoluzione della mortalità. Non è neanche possibile pensare che un contributo significativo possa venire dalle immigrazioni: si stima (Egidi, 1996) in circa 500.000 il numero di immigrati annui che sarebbero necessari per compensare il basso livello di fertilità delle donne italiane. Anche l'intermittenza dei flussi di immigrati (e la loro composizione per classi di età) necessari per garantire alla popolazione italiana una composizione demografica costante nel tempo appaiono del tutto irrealistici.

Naturalmente il problema dell'invecchiamento demografico non riguarda solo l'Italia ma coinvolge tutti i principali paesi industrializzati: si stima (Hennessy, 1995) ad esempio che la quota di anziani oltre gli 80 anni di età nei paesi dell'OCSE crescerà del 70% entro il 2020. D'altra parte, l'invecchiamento della popolazione non potrà non avere ripercussioni sugli equilibri politici all'interno dei singoli paesi: si stima (ibidem) che entro il 2020 oltre il 50% degli elettori europei avrà più di 50 anni.

Essere anziani.

Chi è anziano? La domanda può apparire banale ma in realtà non lo è. Si può infatti osservare che le condizioni psicofisiche, a parità di età anagrafica, sono molto eterogenee tra i diversi individui: il processo di invecchiamento dipende fortemente dal livello di istruzione, dalla condizione sociale ed economica, dal contesto ambientale nel quale si è compiuta la vita lavorativa. Al di là di pur importanti differenze tra individui, esiste inoltre una tendenza di fondo che caratterizza il processo di invecchiamento delle diverse generazioni: le modificazioni negli stili di vita ed i progressi della medicina (anche preventiva) fanno sì che le generazioni attuali non invecchino con gli stessi ritmi di quelle precedenti. Non solo un numero più elevato di persone raggiunge età più avanzate ma le condizioni psicofisiche a parità di età tendono a migliorare?

A questo proposito, è stato suggerito (Egidi, 1996) che la soglia della vecchiaia non debba essere fissata in termini assoluti e statici ma piuttosto in termini relativi e dinamici: per esempio (ibidem) si è proposto di considerare una « soglia dinamica » definendo « anziana » quella persona che ha una speranza di vita inferiore ai 10 anni. Sulla base di questa ipotesi si può costruire la Tavola 1.

Tavola 1: Soglie dinamiche di vecchiaia (età in corrispondenza della quale si ha una speranza residua di vita di 10 anni)

<u>Anno</u>	<u>Soglia vecchiaia</u>	
	Maschi	Femmine
1880	65	63
1890	65	64
1900	65	65
1910	66	66
1920	67	67
1930	68	69
1940	69	70
1950	69	70
1960	70	71
1970	70	73
1980	70	74
1990	72	76
2000	75	79
2010	76	79
2020	77	80

Fonte: Egidi, 1996

Se si adotta questa impostazione « dinamica » circa la soglia della vecchiaia (invece dell'impostazione « statica » con la soglia fissata a 65 anni), lo scenario relativo alla quota di anziani sul totale della popolazione cambia profondamente: per i maschi tale quota al 2020 risulta pari al 7,9% (invece che 20,1%) e per le femmine 8,6% (invece che 26,2%). Ovviamente questa impostazione cambia anche la prospettiva storica del fenomeno. Infatti, con la soglia fissa 65 anni la quota di anziani maschi sul totale della popolazione tra il 1910 ed il 2020 « esplode » passando dal 6,6% al 20,1%; con la soglia variabile la quota cresce in modo molto più contenuto (dal 5,9% al 7,9%). Per le femmine la tendenza è analoga: nel caso di soglia fissa la quota di anziani passa dal 6,4% al 26,2%; nel caso di soglia variabile si passa solo dal 5,6% all'8,6% (Egidi, 1996).

Questa impostazione pone al centro dell'analisi la durata della vita residua attesa; in realtà, al fine di fare qualche previsione circa la domanda di servizi per persone non autosufficienti sembra cruciale domandarsi se l'allungamento della durata media della vita si traduce in un corrispondente aumento nel numero di anni di buona salute. Oppure l'allungamento della vita attesa è associato anche all'allungamento (diminuzione) del periodo di malattia e all'aumento (diminuzione) della probabilità di divenire non autosufficienti?

A questo proposito, l'Istat ha prodotto alcune stime della speranza di vita secondo diverse condizioni di salute (vedi Tavola 2) che forniscono una fotografia della situazione in Italia all'inizio degli anni '90:

Tavola 2: Speranza di vita (anni) secondo diverse condizioni di salute (Italia, 1990-91)

Età	Speranza di vita	In buona salute	Libera da disabilità
MASCHI			
0	73,5	58,6	68
65	14,9	6,1	12,2
75	8,8	2,8	6,3
FEMMINE			
0	80,0	58,4	72,3
65	18,8	6,5	14,2
75	11,1	3,0	7,0
Differenza FEMMINE - MASCHI			
0	6,5	-0,2	4,3
65	3,9	0,4	2,0
75	2,3	0,2	0,7

Fonte: Egidi (1996).

Notiamo in particolare che il vantaggio delle donne rispetto agli uomini si riduce (in termini percentuali) se si guarda alla durata della vita attesa libera da disabilità invece che alla semplice vita residua: per esempio, all'età di 75 anni la vita residua di una donna è del 21% più lunga di quella di un uomo; se si considera invece la vita libera da disabilità il vantaggio si riduce al 10%.

Questi dati riferiti all'Italia sono sostanzialmente in linea con quelli disponibili riferiti ad altri paesi industrializzati anche se collocano il nostro paese tra quelli in cui la durata della vita libera da disabilità all'età di 65 anni (12,2 anni per i maschi e 14, 2 per le femmine) è più lunga (vedi Tavola 3).

Certamente questo tipo di confronti internazionali è reso assai difficile sia dalla forte dipendenza dei risultati dalle ipotesi di lavoro, sia dai problemi di definizione del concetto di disabilità che possono rendere non confrontabili i dati riferiti a paesi diversi (su quest'ultimo punto, vedi Edvartsen, 1996). In effetti, la lettura della Tavola 3 suscita qualche perplessità a causa della grande eterogeneità delle durate della vita libera da disabilità (pur in presenza di vite medie di durata assai simile): anche tenendo conto che le stime si riferiscono ad anni diversi, ciò non ostante appare implausibile, per esempio, che un uomo di 65 anni abbia in Australia una vita residua attesa libera da disabilità di solo 6,4 anni e più che doppia in Giappone (per di più il dato giapponese è anteriore di 7 anni).

Tavola 3: Speranza di vita (all'età di 65 anni) libera da disabilità

	Maschi		Femmine	
	LE*	DFLE**	LE*	DFLE**
Stati Uniti (1985)	14,6	10,5	18,6	13,4
Giappone (1985)	15,5	14,1	18,9	17,1
Spagna (1986)	15,0	6,8	18,4	6,5
Regno Unito (1988)	13,7	7,6	17,6	8,8
Svizzera (1988-89)	15,4	12,2	19,6	14,9
Olanda (1990)	14,0	9,0	19,0	8,0
Francia (1991)	15,7	10,1	20,1	12,1
Canada (1991)	15,6	8,3	19,7	9,2
Australia (1992)	15,4	6,4	19,2	10,2
Austria (1992)	14,9	11,5	18,3	12,2

*LE= vita residua attesa ("life expectancy").

**DFLE= vita residua libera da disabilità attesa ("disability-free life expectancy").

Fonte: Cambois e Robine (1996).

Le stime riportate nelle Tavole 2 e 3 forniscono un quadro statico della situazione; ciò che in realtà ci interessa sarebbe piuttosto una previsione per il futuro della durata della vita libera da disabilità. Per esempio, avendo detto che tra oggi ed il 2030 il numero degli ultrasessantacinquenni aumenterà di 3,4 milioni e sapendo che oggi il 21% di chi ha più di 65 anni è disabile¹ è corretto dire che nei prossimi 35 anni il numero degli anziani disabili crescerà di 700 mila unità (3,4* 0,21)? Per rispondere a questa domanda occorre, come si è detto, fare delle ipotesi sulle tendenze future circa la durata della vita in salute. Pur non disponendo della sfera di cristallo, qualche indicazione può essere tratta dalle tendenze registrate nel passato recente (assumendo che tali tendenze siano destinate a protrarsi nel tempo). A questo proposito Cambois e Robine (1996) introducono il concetto di « health expectancy » definito come il rapporto tra durata dell'attesa di vita priva di disabilità e la durata della vita attesa. A priori, si possono delineare tre scenari possibili: i) uno *scenario « pessimistico »*² prevede che la più lunga durata della vita attesa sia associata ad un aggravamento delle malattie croniche e delle invalidità: in questo caso all'allungamento della vita media si assocerebbe non solo un aumento nella quota di anziani sul totale della popolazione ma anche un aumento della quota di anziani non autosufficienti sul totale degli anziani (si avrebbe una diminuzione dell'« health expectancy » ratio); ii) uno *scenario ottimistico*³ prevede invece che all'allungamento della vita media si associ un aumento dell'« health expectancy » con una riduzione della quota di non autosufficienti tra gli anziani; iii) uno *scenario neutro*⁴ prevede infine che vi sia un « equilibrio dinamico » tra calo della mortalità e maggiore diffusione di malattie croniche: ciò farebbe sì che la durata della vita attesa in assenza di malattie croniche cresca nella stessa proporzione della vita media. In altri termini, la quota di anziani non autosufficienti sul totale degli anziani resterebbe sostanzialmente costante (e quindi il numero assoluto degli anziani non autosufficienti crescerebbe nella stessa proporzione nella quale cresce il numero la quota degli anziani sul totale della popolazione).

Come si è detto, è impossibile oggi sapere con certezza quale di questi tre scenari si realizzerà nei prossimi decenni: molto dipenderà dagli sviluppi futuri della medicina e dall'intensità della diffusione « epidemica » di alcune malattie croniche. Pur nella consapevolezza di questo limite di fondo è possibile sottoporre a test i tre scenari in esame con riferimento alle dinamiche osservate in paesi diversi nei decenni passati. Cambois e Robine (1996) presentano una rassegna dei lavori svolti in diversi paesi su questo tema evidenziando un prevalere⁵ di risultati coerenti con lo scenario « neutro » se si considerano le

¹ A questo proposito risulta che oggi in Germania un'ultra-ottantenne su tre ha bisogno di assistenza almeno una volta al giorno (vedi, Schulte, 1996).

² Cambois e Robine citano a questo proposito Gruenberg (1977) e Kramer (1980).

³ Cambois e Robine citano a questo proposito Fries (1980).

⁴ Cambois e Robine citano a questo proposito Manton (1982).

⁵ Solo per il Canada (periodo 1986-1991) viene riportata evidenza in favore dello scenario « pessimistico ».

disabilità gravi: l'allungamento nella vita media è in parte spiegato da un rallentamento nella progressione delle malattie croniche; pertanto, anche se il declino della mortalità determina un aumento nell'incidenza di disabilità, queste disabilità sono meno gravi. In particolare, per la Francia ⁶ (periodo 1981-1991) i risultati sono più coerenti con lo « scenario ottimistico »: nel decennio considerato la vita media si è allungata di 2,5 anni per uomini e donne mentre la vita residua attesa libera da disabilità è cresciuta di più (ben 3 anni per gli uomini e di 2,6 per le donne).

Una più recente ricerca relativa agli Stati Uniti (Population Reference Bureau, 1997) mostra al contrario dati coerenti con lo scenario più ottimistico: il numero di cittadini americani di età superiore a 65 anni con disabilità croniche è cresciuto nel periodo 1982-1994 molto meno di quanto non fosse prevedibile assumendo invariati i tassi di disabilità osservati nel 1982: si passa dai 6,4 milioni del 1982 ai 7,1 milioni del 1994 mentre le proiezioni ottenute applicando in modo statico i tassi di disabilità del 1982 alle dinamiche demografiche attese portavano a prevedere 8,3 milioni di disabili entro il 1994. sembra inoltre che la tendenza alla riduzione delle disabilità tra gli anziani si stia ulteriormente accentuando.

Essere non-autosufficienti

Un problema preliminare non banale riguarda la definizione stessa di non autosufficienza; sotto questo profilo la legge tedesca del 1994 (vedi Parte II, Cap. 5) è molto dettagliata e costituisce un esempio da seguire. Sulla base di queste definizioni risulta (Schneekloth, 1996) che in Germania lo 0,2% della popolazione totale (191.000 persone) ha bisogno di un'assistenza continuativa 24 ore/24; lo 0,6% (461.000 persone) ha bisogno di assistenza 3 volte al giorno, lo 0,7% (543.000 persone) una sola volta al giorno.

È molto importante a questo proposito abbandonare completamente le astrazioni dell'analisi teorica e cercare di capire concretamente quali sono i bisogni reali delle persone non autosufficienti; la Tavola 4 (tratta da Schneekloth, 1996, p. 176) presenta in dettaglio il tipo di mansioni che le persone con livelli diversi di bisogno *non* riescono a svolgere autonomamente.

La domanda di assistenza formale ed informale

Come si è visto, le dinamiche demografiche determineranno comunque nel prossimo futuro un drastico aumento nel numero di anziani non autosufficienti.

Oggetto del nostro interesse è tuttavia la probabile dinamica futura della domanda di servizi di assistenza che dovrà essere soddisfatta da strutture formali (pubbliche e private) di assistenza: è importante notare quindi che dobbiamo considerare non solo le determinanti del livello assoluto della domanda di assistenza ma anche i fattori che

⁶ Il riferimento è a Robine e Mormiche (1993).

influenzano la quota di tali servizi di assistenza che verrà erogata in modo informale dalle famiglie e la quota che dovrà essere invece soddisfatta da strutture formali.

In effetti, come si è già accennato nell'Introduzione, importanti modificazioni economiche e sociali in corso fanno sì che la tradizionale rete familiare di sostegno ai non autosufficienti tenda a venir meno determinando una crescente quota di assistenza che deve essere erogata da strutture formali.

In altri termini, la domanda che strutture formali di assistenza private e pubbliche dovranno fronteggiare crescerà enormemente nei prossimi decenni per l'effetto congiunto di due importanti tendenze di fondo: l'aumento del numero di anziani non autosufficienti e l'ulteriore sgretolamento della rete informale di assistenza oggi operante. Si noti peraltro che l'evidenza empirica disponibile (vedi Sloan et al, 1996) porta ad escludere che l'esistenza di un'offerta formale di assistenza o di sussidi pubblici causi una minore offerta informale da parte di amici e parenti.

A quest'ultimo proposito, risulta (vedi Egidi, 1996) che oggi in Italia quando gli ultra settantacinquenni hanno figli, il 29% vive con loro, il 34% vive in coppia con il coniuge, il 33% vive da solo. D'altra parte, quando gli anziani hanno figli che non vivono con loro esistono comunque forti legami: il 26% li vede tutti i giorni ed il 25% li vede più di una volta a settimana. Quando invece gli ultra-settantacinquenni non hanno figli il loro grado di solitudine ovviamente aumenta: il 58% vive da solo, il 20% vive con il coniuge e il 22% trova altre soluzioni. Oggi vivono soli il 9% degli uomini e l'11% delle donne della classe di età 65-74 anni ed il 21% degli uomini ed il 48% delle donne con più di 75 anni. Nell'8% delle famiglie i componenti hanno tutti più di 75 anni, nel 14% delle famiglie almeno un componente ha più di 75 anni, nel 33% delle famiglie almeno un componente ha almeno 65 anni.

La tendenza al superamento dei nuclei familiari estesi, la crescente mobilità territoriale dei giovani in cerca di lavoro contribuiscono a spiegare il quadro sopra descritto. D'altra parte queste tendenze sembrano destinate ad accentuarsi nei prossimi decenni: il calo della natalità verificatosi negli ultimi anni determinerà tautologicamente un aumento nel numero di anziani senza figli. Anche l'aumento nel numero di divorzi può determinare un maggiore numero di anziani soli. Klein (1996) trova ad esempio che in Germania la probabilità di usufruire di assistenza di lungo periodo in istituti per anziani è per i « single » circa 6 volte più elevata che per le persone sposate; la probabilità per i divorziati è 5 volte più elevata che per le persone sposate. Il divenire vedove aumenta del 170% la probabilità di lungo degenza in un istituto di ricovero.

Inoltre, poiché nella larghissima maggioranza dei casi sono le donne a prestare i servizi di assistenza ⁷ l'aumento del tasso di attività femminile e, auspicabilmente, del tasso di occupazione costituirà un'ulteriore causa di impossibilità a trovare all'interno del nucleo familiare l'assistenza necessaria. Infatti, la caduta dei tassi di disoc-

⁷ In Germania il 34% dei non autosufficienti dipendono dal coniuge, il 26% dalla figlia, 9% dalla nuora, il 16% dalla mamma (Schneekloth, 1996).

cupazione femminile da un lato produce la non disponibilità ad assistere a tempo pieno i propri cari da parte di molte donne e dall'altro determina un aumento del costo opportunità sopportato da coloro che decidono di dedicarsi all'assistenza informale di persone non autosufficienti.

Tavola 4: Percentuale di persone con livelli diversi di bisogno di assistenza che non riescono a svolgere autonomamente le seguenti mansioni					
Tipo di mansione	Bisogno assistenza permanente	Bisogno di assistenza 3 volte/giorno	Bisogno di assistenza 1 volta/giorno		
Vestirsi/svestirsi	100	30	18		
Pettinarsi e radersi	86	32	16		
Farsi la doccia	98	58	40		
Farsi il bagno	99	67	64		
Usare i servizi igienici	94	23	10		
Restare continente	88	8	7		
Andare a letto/alzarsi dal letto	97	22	11		
Sedersi	86	16	7		
Camminare entro casa	83	18	12		
Salire scale	89	42	49		
Mangiare e bere	66	1	0		
Tagliare il cibo	87	34	19		
Cucinare	97	77	51		
Preparare/assumere medicine	86	49	24		
Pulire la casa	99	86	75		
Riscaldare la casa	99	86	75		
Fare la spesa	97	90	82		
Usare trasporti pubblici	99	88	79		
Usare il telefono	85	49	20		
Fare visita a persone	93	73	59		
Orientarsi all'esterno	96	66	40		
Rimanere a casa soli per più ore	74	32	0		
Gestire affari finanziari	95	74	42		
Fonte: Schneekloth (1996)					

Vi sono dunque molteplici ragioni per ritenere che una quota crescente di servizi di assistenza dovrà in futuro essere erogata da strutture formali. Questa circostanza comporta evidentemente una forte crescita nella spesa (pubblica e privata) per servizi di assistenza. Sarebbe tuttavia improprio considerare questa spesa come un costo netto per la collettività: non si devono infatti trascurare gli enormi costi (espliciti ed impliciti) che l'assistenza informale comunque comporta. Si pensi a questo proposito ai costi opportunità⁸ (mancato guadagno all'esterno delle mura domestiche) ai costi umani e psicologici. Se si considerano globalmente i costi espliciti che la tendenza in atto farà emergere ed i costi impliciti oggi sopportati, è possibile che la prestazione di servizi di assistenza da parte di persone specializzate determini un uso complessivamente più efficiente delle risorse ed un aumento del benessere.

1.3. L'offerta di assistenza: alcune questioni rilevanti

Coordinamento tra offerta formale ed informale di servizi

Obiettivo diffusamente condiviso (vedi ad esempio Hennessy, 1995) nella gestione di politiche di assistenza è quello di privilegiare l'assistenza domiciliare allo scopo di consentire alla persona non autosufficiente di godere dei vantaggi psicologici derivanti dalla frequentazione delle persone e dei luoghi familiari. In effetti, le condizioni di disagio fisico e psicologico si intrecciano in modo spesso indecifrabile mentre il livello di benessere soggettivo resta di fatto inosservabile⁹.

Inoltre abbiamo appena visto che il ruolo dell'offerta formale di servizi è destinato a crescere.

Queste due circostanze implicano congiuntamente che si porrà con sempre maggiore gravità il problema del coordinamento efficiente tra servizi erogati informalmente dalle famiglie e servizi erogati formalmente da strutture di assistenza. Hennessy (1995) parla a questo proposito di un nuovo « welfare mix » che richiede maggiori risorse manageriali e maggiore informazione circa le opzioni ed i costi che deve essere resa disponibile per i gestori, i finanziatori e gli utenti dei servizi. Ciò richiede una grande flessibilità nell'erogazione di servizi ed un atteggiamento nei confronti dell'assistito diverso: occorre sviluppare

⁸ Nocera e Zweifel (1996) utilizzano dati di un'indagine campionaria condotta in Svizzera per stimare « il salario di riserva dell'assistenza »; essi trovano che l'elasticità di tale prezzo rispetto al salario ottenibile sul mercato del lavoro è diversa tra uomini e donne ed è minore di uno. In particolare, risulta che le donne aumentano più degli uomini il loro salario di riserva nell'assistenza al crescere del loro salario sul mercato. Anche se il salario medio delle donne sul mercato del lavoro è più basso di quello degli uomini, esse chiedono sostanzialmente lo stesso salario di riserva per le attività di assistenza. Gli autori ritengono che questa evidenza possa essere addotta come argomento a favore dell'uso di « vouchers » (vedi par. 4.4) qualora l'autorità di politica economica persegua l'obiettivo di incoraggiare la sostituzione di assistenza formale con assistenza informale.

⁹ I livelli di benessere soggettivo sono misurabili solo sulla base di autovalutazioni riportate dai diretti interessati. Per esempio in Italia (vedi Egidi, 1996), il 4% delle persone tra i 65 ed i 74 anni ha dichiarato di sentirsi « molto male », il 20% che ha dichiarato di sentirsi « male ». Tra gli ultrasettantacinquenni, l'8% dichiara di sentirsi « molto male » mentre il 28% dichiara di sentirsi « male ». Il 30% degli ultra ottantenni dichiara di non essere autosufficiente nello svolgimento della vita quotidiana.

la capacità di ascoltare e capire i problemi particolari di ciascuno ed occorre attribuire alla persona non autosufficiente (o ai suoi familiari) un ruolo attivo nell'organizzazione di un'assistenza calibrata sulle reali necessità. Sembra difficile che ciò possa avvenire senza attribuire all'assistito una effettiva possibilità di scelta tra diversi erogatori di servizi e tra tipi diversi di prestazioni.

Un effettivo pluralismo nei soggetti che offrono assistenza e l'attivazione di meccanismi di mercato appaiono sotto questo punto di vista presupposti necessari.

La produttività nell'offerta di servizi di assistenza.

È stata autorevolmente sostenuta la tesi (vedi Snower, 1993) che i costi dello stato sociale siano soggetti ad aumentare inesorabilmente ad un ritmo superiore a quello del PIL. Questa previsione — riconducibile all'idea di Baumol e Bowen (1966) relativa alle « performing arts » — deriva da una caratteristica essenziale dei servizi del welfare state: il fatto che l'output consiste sostanzialmente ed intrinsecamente in input di lavoro. La natura di questo output sarebbe tale da rendere difficile (se non impossibile) sostituire lavoro con capitale nel processo produttivo. Per esempio, Snower (1993, p. 702) sostiene che un medico non può ridurre significativamente il tempo dedicato ad ogni paziente senza ridurre corrispondentemente anche il livello qualitativo complessivo della prestazione. Anche la necessità di un'analisi caso per caso dei bisogni specifici di ciascun assistito e la necessità di un monitoraggio costante della sussistenza dei requisiti individuali per il diritto alle prestazioni sarebbero all'origine di questa tendenza di fondo.

Se si assume che — pur a fronte di una dinamica della produttività più bassa rispetto al resto dell'economia — ciò non ostante i salari del settore crescano ad un ritmo pari a quello del monte salari complessivo¹⁰, segue appunto che la dinamica dei prezzi del settore dei servizi di assistenza eccede la dinamica dell'indice generale dei prezzi.

In sintesi, una crescita della produttività nei servizi di assistenza più bassa rispetto alla media dell'economia implicherebbe l'inesorabile tendenza ad un aumento dei costi dell'assistenza maggiore rispetto a quelli degli altri beni e servizi. D'altra parte, *non* vi è alcuna ragione per pensare che tali servizi siano considerati beni inferiori (la loro domanda calerebbe al crescere del Pil). Queste considerazioni inducono quindi Snower a ritenere che la società nel suo complesso dovrà destinare una quota crescente di risorse ai servizi di assistenza.

Queste pessimistiche conclusioni hanno un vago sapore « malthusiano » che genera qualche perplessità: la storia è piena di situazioni in cui tendenze negative sono sembrate irreversibili. Progressi imprevisi della tecnologia hanno poi mostrato che il pessimismo era eccessivo. Con riferimento al problema dell'assistenza ai non autosufficienti, già oggi si intravedono le prime anticipazioni di quelli che

¹⁰ Oppure restino indietro in misura minore rispetto alla dinamica della produttività.

potranno essere sviluppi prossimi: il riferimento naturale è alla cosiddetta « telemedicina » che consente al medico di controllare le condizioni di più pazienti che si trovano nelle loro abitazioni anche molto distanti tra loro. Anche le tecniche di riabilitazione potranno beneficiare di macchine con crescenti livelli di automazione... Più banalmente, la grande facilità nelle comunicazioni può alleviare in modo notevole il senso di disagio psicologico di anziani soli; anche le moderne tecniche di conservazione dei cibi e di loro preparazione consentono di ridurre enormemente la quantità di lavoro necessaria per raggiungere l'autosufficienza nel campo alimentare...

La possibilità che la spesa per l'assistenza cresca in futuro a tassi maggiori rispetto al Pil appare comunque oggi molto concreta. Sembra interessante notare che ciò costituisce un forte argomento a favore della tesi che occorra introdurre elementi di capitalizzazione nella gestione degli schemi di assistenza: è noto infatti (vedi Abel et al, 1989) che un'economia dinamicamente efficiente è strutturalmente caratterizzata nel medio periodo dal fatto che il tasso di interesse è maggiore del tasso di crescita dell'economia. Se così è, risulta evidente (vedi par. 3.1) che solo i sistemi gestiti a capitalizzazione possono offrire un tasso di crescita della capacità di spesa maggiore rispetto al al tasso di crescita del Pil ¹¹ in un'economia dinamicamente efficiente.

L'efficienza nella produzione in relazione alla natura del produttore

Esiste un interessante filone della letteratura ¹² che sostiene l'idea che le imprese « non profit » godano di un vantaggio in termini di efficienza rispetto alle tradizionali imprese « for profit » nella produzione di servizi sociali. Questo vantaggio deriverebbe dalla loro possibilità di meglio gestire i noti problemi associati a fenomeni di informazione imperfetta ed asimmetrica. In effetti tali problemi risultano essere particolarmente gravi « tanto maggiore è l'eterogenità dei servizi offerti, quanto minore è la possibilità di una loro standardizzazione... » (Borzaga, 1994, p.8): sotto questo profilo la produzione di servizi di assistenza soffre dunque di questi problemi in forma acuta. D'altra parte, (ibidem, p.8) « un'impresa che massimizza il profitto è spinta a sfruttare a proprio vantaggio l'asimmetria informativa, riducendo la qualità del servizio una volta stipulato il contratto ». Le difficoltà che incontra lo Stato nell'erogare direttamente servizi di qualità adeguata sono ben note. Le organizzazioni non profit possono a questo proposito godere di numerosi vantaggi: innanzi tutto, l'assenza dell'obiettivo di massimizzazione del profitto diminuisce l'incentivo a ridurre la qualità del servizio. Più interessante appare inoltre la possibilità che (Bacchiega e Borzaga, 1997, p. 2)) « la capacità

¹¹ È noto che i sistemi a ripartizione offrono invece un tasso di crescita della capacità di acquisto esattamente pari al tasso di crescita del monte salari.

¹² Oltre ai lavori citati nel seguito, vedi in particolare, Borzaga, 1997a, 1997c, 1997c; Borzaga e Mittone 1997a, 1997b). Sulla questione dei fattori di successo delle organizzazioni non profit, viste sotto la prospettiva dell'economista aziendale, si rinvia all'interessante lavoro di Caselli (1995).

di queste organizzazioni non profit di coinvolgere e motivare i lavoratori ne influenzi positivamente l'efficienza, contribuendo a spiegarne la crescita proprio nei settori dove particolarmente difficile e costoso è il controllo dei lavoratori». Sotto il profilo della teoria dell'organizzazione, l'efficienza delle imprese non profit potrebbe beneficiare di un sistema di incentivi più efficace che rende meno stringente l'esigenza di controlli e monitoraggi: la frequente presenza all'interno dell'organizzazione di persone che condizionano il loro impegno alla soddisfazione di determinati livelli di bisogno propri o di terzi riduce l'asimmetria informativa esistente sia tra fornitore e consumatore, sia tra management e operatori che erogano il servizio (Borzaga, 1994). Certamente importante è anche la possibilità per le imprese non profit di remunerare il fattore lavoro meno delle altre forme organizzative «in cambio di un maggior coinvolgimento nelle decisioni e di una condivisione degli obiettivi» (ibidem). Al contrario, un elemento a svantaggio delle imprese non profit può essere rappresentato dalla maggiore difficoltà che esse possono incontrare a reperire risorse finanziarie. Un altro significativo elemento a sfavore delle imprese non profit può consistere nella difficoltà di controllo dell'efficienza del gruppo dirigente e del suo ricambio (Morley-Fletcher, 1996a).

2. Le ragioni dell'intervento pubblico nell'assistenza: una breve rassegna

Lo Stato può intervenire nel campo dell'assistenza principalmente ¹³ in due modi: i) imponendo la partecipazione obbligatoria ad uno o più programmi assicurativo/assistenziali; ii) gestendo direttamente tali programmi. Si noti innanzi tutto che l'obbligatorietà della partecipazione non implica necessariamente la gestione diretta da parte dello Stato: è possibile infatti che lo Stato si limiti ad imporre ai cittadini l'acquisto di una copertura assicurativa (si pensi al caso della responsabilità civile auto) senza impegnarsi direttamente nell'erogazione di tale servizio. In tal caso l'offerta della copertura assicurativa viene garantita da una pluralità di soggetti (non necessariamente lo Stato o un'impresa pubblica sono tra questi)». D'altra parte è ovviamente immaginabile che lo Stato sia erogatore di un servizio di assistenza ma non imponga in modo obbligatorio la partecipazione allo schema.

Sembra utile discutere separatamente le ragioni che possono giustificare l'obbligatorietà della partecipazione a programmi assicurativo/assistenziali e le ragioni che possono giustificare la loro gestione diretta da parte dello Stato.

2.1. L'obbligatorietà della partecipazione a schemi assicurativi.

La decisione di rendere obbligatoria la partecipazione ad uno schema assicurativo può essere razionalizzata principalmente sulla

¹³ In linea di principio lo Stato può intervenire nel campo dell'assistenza in una molteplicità di forme: finanziando il sistema, gestendolo, regolamentandolo, prestando servizi accessori, verificando l'esistenza dei requisiti per il diritto alle prestazioni... Si può dunque immaginare in astratto una grande varietà di combinazioni tra pubblico e privato nel campo dell'assistenza (vedi ad esempio Leichsenring e Prinz, 1997). Naturalmente il finanziamento può essere parziale (per esempio solo per la quota relativa ai familiari a carico) così come può essere parziale la gestione...