

mercato della piena proprietà nel caso in cui esso sia occupato³⁵ meno il valore attuale del mancato reddito (al netto dell'imposizione fiscale) percepito durante la durata attesa dell'usufrutto. La valutazione di quest'ultimo valore può risultare molto complessa ed incerta. La complessità della valutazione deriva dal processo di attualizzazione di un flusso di redditi (mancati redditi in questo caso); l'incertezza riguarda ovviamente la durata dell'usufrutto che dipende dalla durata della vita attesa dell'usufruttuario (e dell'eventuale coniuge contitolare del diritto di usufrutto)³⁶. La presenza di questa incertezza comporterà quindi anche la necessità di corrispondere all'acquirente un « premio per il rischio ». Boitani e Pace (1991) presentano un interessante esercizio in cui determinano il prezzo della nuda proprietà di un immobile in percentuale del prezzo della piena proprietà. In tale esercizio si presentano i risultati per valori alternativi dell'età del venditore, del tasso di interesse utilizzato per scontare i flussi futuri, del canone di affitto « normale » e dell'aliquota fiscale alla quale il compratore è soggetto. L'esercizio assume che *non* vi sia un premio per il rischio associato all'incertezza relativa alla durata dell'usufrutto: quest'ipotesi implica evidentemente una sopravvalutazione del prezzo della nuda proprietà dell'immobile.

Nella Tavola 5 riportiamo alcuni risultati delle simulazioni di Boitani e Pace (con i dati sulle vite residue attese aggiornati al 1995); in particolare si considerano 3 scenari. In tutti si assume che l'immobile si rivaluti ad un tasso annuo reale del 2,5%; circa il canone annuo di affitto in percentuale del prezzo rivalutato dell'immobile si immagina che esso sia pari al 3%, 2% e 4% rispettivamente nello scenario A, B e C. In questi tre scenari si ignorano gli effetti dell'imposizione fiscale.

La lettura della Tavola 5 è molto semplice: nelle tre colonne di destra sono riportati i valori delle vite residue attese (distinte per maschi e femmine) in corrispondenza delle diverse età (da 65 a 99 anni). Si procede quindi partendo dall'età del soggetto e, trovata la sua vita residua attesa, si passa a trovare sul lato sinistro della Tavola il valore della nuda proprietà dell'immobile espressa in percentuale del valore della proprietà piena.

Per esempio, risulta che nel caso di proprietario maschio di 65 anni (vita residua 15,14 approssimata a 15) il valore della nuda proprietà di un immobile sia compreso tra il 41,46% (Scenario C) ed il 70,73% (Scenario B) del valore della piena proprietà dell'immobile libero. Nel caso in cui il proprietario maschio abbia 80 anni tale valore risulta invece compreso tra il 72,68% e l'86,34%. Naturalmente, essendo le speranze di vita delle donne più lunghe, i valori riferiti ad un proprietario donna sono inferiori: nel caso di proprietaria di 65 anni il valore della nuda proprietà si colloca tra 25,85% ed il 62,93%;

³⁵ In realtà il valore dell'immobile di riferimento (piena proprietà) dovrebbe essere inferiore rispetto a quello dell'immobile locato qualora la durata attesa dell'usufrutto ecceda in aspettativa la durata del tempo necessario per ottenere la piena disponibilità della casa locata.

³⁶ Tanto più giovane è l'usufruttuario tanto più basso sarà — a parità di altre condizioni — il valore della nuda proprietà dell'immobile.

nel caso invece di proprietaria ottantenne, il valore è compreso tra 68,78% ed l'84,39%. Sia nel caso di proprietario maschio sia nel caso di proprietario femmina, l'ampiezza dell'intervallo entro il quale si colloca il valore della casa in nuda proprietà è tanto più ampio tanto più giovane è il proprietario: infatti, tanto più lunga è la sua speranza di vita tanto più sensibili sono gli effetti di diverse ipotesi circa il canone annuo di affitto in percentuale del prezzo rivalutatosi dell'immobile.

Tenendo conto del possibile vantaggio fiscale per il compratore (in termini di minore imposta sulla proprietà dell'immobile e sul suo reddito) il prezzo della nuda proprietà risulta più vicino a quello della proprietà piena (vedi scenario « A bis » rispetto a scenario « A »).

Ovviamente, qualora l'anziano ceda la nuda proprietà riservando anche al coniuge il diritto all'usufrutto, il suo prezzo risulta anche sensibilmente inferiore (in relazione all'età ed al sesso del coniuge). Non sono disponibili al momento simulazioni che specifichino l'entità di tale ulteriore sconto che deve essere concesso all'acquirente; si potrebbero comunque compilare opportune tavole ciascun sesso del proprietario e per ogni possibile combinazione di età dei due coniugi contitolari del diritto di usufrutto...

L'utilizzo da parte degli anziani della ricchezza detenuta sotto forma della casa di abitazione allo scopo di garantirsi un flusso di servizi durante la vecchiaia appare oggi un tema di grande interesse. Questo interesse è giustificato principalmente da 3 circostanze:

i) il numero crescente di anziani senza figli (presente e prospettivo) determina minori incentivi a conservare la proprietà della casa di abitazione allo scopo di lasciare un'eredità;

ii) il numero crescente di anziani senza figli, mutamenti nella composizione dei nuclei familiari e più elevati tassi di attività femminile determinano (come si è visto) una crescente domanda di servizi di assistenza all'esterno del nucleo familiare e dunque un crescente fabbisogno finanziario;

iii) la casa di proprietà rappresentava nel 1995 circa il 95% della ricchezza delle famiglie con capofamiglia di età maggiore di 65 anni con un valore medio di circa 184 milioni (Banca d'Italia, 1997, Tavv. E3 e H2). Inoltre, nel 1995 il 64,6% dei nuclei familiari con capofamiglia di età superiore ai 65 anni abitava in un immobile di proprietà.

Se numerosi fattori oggettivi giustificerebbero un'ampia diffusione dello strumento della nuda proprietà (dell'usufrutto), ci si deve chiedere perché questo istituto sia in pratica assai poco utilizzato. Vari argomenti possono essere addotti per spiegare il mancato sviluppo del mercato della nuda proprietà; passiamo in rassegna i due principali discutendo brevemente alcune soluzioni di politica economica che potrebbero di volta in volta essere adottate:

i) Boitani e Pace (1991, p. 178) suggeriscono che « le dimensioni minime necessarie a costituire un portafoglio di abitazioni sufficientemente diversificato non sarebbe compatibile con la concorrenza perfetta... »; ciò, insieme alla presenza di costi non recuperabili,

[illegible]

renderebbe insufficienti le pressioni concorrenziali alla compressione degli extraprofitti per gli operatori presenti sul mercato. Tali autori giungono alla conclusione che occorrerebbe « costituire un'agenzia pubblica che in concorrenza con i soggetti privati, operi nel mercato, acquistando nude proprietà ».

In effetti, uno sviluppo intenso del mercato della nuda proprietà non può prescindere dalla presenza massiccia di investitori istituzionali: solo costoro possono infatti diversificare (acquistando una grande numero di immobili in nuda proprietà) il rischio finanziario cui essi sono soggetti costituito dall'eventualità che l'usufruttuario viva più a lungo della media.

Certamente appare quindi condivisibile l'idea che occorre rendere il mercato più concorrenziale allo scopo di ridurre lo sconto che gli anziani devono praticare nella vendita della nuda proprietà. Se politiche volte a favorire l'ingresso di nuovi operatori sembrano auspicabili, non sembra tuttavia condivisibile la proposta di attivare un'agenzia pubblica: l'operare di tale agenzia implicherebbe l'utilizzo di risorse assai ingenti per un periodo molto lungo (prima di arrivare alla fase in cui l'acquisto di nuove nude proprietà possa essere finanziato con le vendite di immobili la cui proprietà è divenuta piena per il decesso dell'usufruttuario). Inoltre, difficilmente una siffatta agenzia potrebbe operare con trasparenza evitando abusi.

Sembra piuttosto più utile concentrarsi su interventi che riducano le asimmetrie informative esistenti sul mercato (vedi punto ii seguente) ed incentivino l'ingresso di nuovi operatori (anche « non-profit ») nel settore.

ii) L'insufficienza delle informazioni circa le problematiche connesse alla cessione della nuda proprietà costituisce un motivo importante dello scarso interesse degli anziani e, più in generale, dello scarso sviluppo del mercato. In effetti il calcolo del valore « equo » della nuda proprietà di un immobile in relazione all'età dell'usufruttuario (degli usufruttuari) è piuttosto complesso e non è eseguibile (salvo rare eccezioni) dagli interessati.

Come è noto, la mancanza di informazione (l'ignoranza) è fonte di debolezza e di diffidenza. La diffusa incertezza circa l'intervallo entro il quale si può collocare il prezzo « equo » della nuda proprietà fa sì che l'anziano che decida di offrire in vendita la nuda proprietà di un immobile sia (e percepisca di essere) un soggetto debole sul mercato. Se a ciò si aggiunge che l'anziano è spesso un soggetto debole in assoluto e che una decisione in materia coinvolge una quota molto rilevante della ricchezza individuale (ed è irreversibile), si può facilmente comprendere il mix di paura e diffidenza che caratterizza l'approccio dell'anziano al problema.

D'altra parte, tale paura e diffidenza sono per lo più del tutto giustificate: l'ignoranza diffusa di criteri oggettivi per giungere ad una stima del prezzo « equo » fa sì che spesso individui senza scrupoli tentino di raggirare anziani bisognosi di liquidare una parte del loro capitale.

A fronte di questa situazione di stallo si possono configurare due tipi di via di uscita.

In primo luogo si può immaginare che i pubblici poteri attuino una campagna di informazione e di sensibilizzazione capace di fornire agli anziani potenzialmente interessati un quadro metodologico per approssimare il problema e stime di un intervallo entro il quale collocare lo sconto che essi devono concedere rispetto al prezzo di un immobile libero in relazione alla loro età, alle ipotesi di rivalutazione dell'immobile adottate... Si potrebbe anche pensare all'istituzione formale di una « authority » (il termine è fin troppo di moda) che istituzionalmente pubblichi dei rapporti molto semplici e leggibili da chiunque.

In secondo luogo, occorre favorire la partecipazione a siffatto mercato (dal lato della domanda) di operatori che abbiano orizzonti operativi di lungo periodo ed una reputazione di comportamento « leale » (non predatorio).

Le due « vie di uscita » si riferiscono in realtà a fenomeni in larga parte connessi tra loro: la crescita (ed il divenire manifesta) di una offerta più consapevole può indurre operatori « seri » di grandi dimensioni a partecipare al mercato. Questo sembra essere un terreno particolarmente adatto anche all'operare di soggetti « non profit » i quali possono più facilmente persuadere l'anziano potenziale venditore circa la loro volontà di corrispondere un prezzo « equo ». L'assenza di intenti predatori può anche essere segnalata al mercato dall'eventuale collegamento di tali soggetti « non profit » con istituzioni note di emanazione religiosa o laica ³⁷

In definitiva si può immaginare uno scenario di questo tipo: un vasto numero di fondi immobiliari chiusi (emanazione anche di istituzioni appartenenti al mondo della cooperazione e del « terzo settore ») si specializza nell'investimento in nude proprietà immobiliari. Questi operatori istituzionali devono garantire agli investitori che acquisiscono quote nel fondo di operare con una logica di mercato tale da offrire rendimenti finanziari adeguati sul capitale investito. Contestualmente, i gestori dei fondi devono garantire ai venditori di nude proprietà di perseguire una condotta leale e non predatoria. Si potrebbe così attivare un circuito finanziario che trasferisca fondi dagli investitori di mercato agli anziani: questi ultimi potrebbero utilizzare (parte) del ricavato per acquistare rendite vitalizie ad integrazione della pensione e coperture assicurative contro i rischi di non autosufficienza ad integrazione dei servizi pubblici di base. Si avrebbe così una « finanziarizzazione » di una quota del patrimonio immobiliare privato, uno sviluppo del settore assicurativo e l'attivazione di « fondi sanitari » ³⁸

4. Modalità di erogazione delle prestazioni.

4.1. Introduzione

La scelta della modalità sotto la quale le prestazioni vengono erogate agli aventi diritto costituisce un aspetto centrale del dibattito.

³⁷ Penso ad esempio ad istituzioni legate al mondo del volontariato religioso o al mondo delle cooperative.

³⁸ Ovviamente l'attivazione di tali fondi sanitari presuppone una legge che, in modo analogo a quanto accaduto per i fondi pensione, ne regolamenti il funzionamento.

Tale scelta deve ovviamente essere effettuata cercando di perseguire il duplice obiettivo di massimizzare la qualità delle prestazioni e minimizzare la spesa.

Si possono configurare 3 modalità di erogazione delle prestazioni: 1) trasferimenti in denaro; 2) erogazione di servizi; 3) attribuzione di « buoni servizio » (« vouchers ») che diano il diritto a ricevere determinate prestazioni da parte di erogatori pubblici e privati. Le tre modalità possono coesistere nell'ambito di un « mix » che il legislatore può realizzare sulla base delle specifiche esigenze che si vogliono soddisfare.

Naturalmente occorre distinguere tra l'aiuto che viene prestato alle persone non autosufficienti per sopperire alla loro impossibilità di lavorare e l'aiuto che viene prestato in relazione a specifiche esigenze di cura ed assistenza. Circa il primo tipo di aiuto (integrazione al reddito), è evidente che si deve trattare di un trasferimento monetario: esso deve infatti fornire al disabile i mezzi per assolvere alle esigenze di vita comuni a chiunque. Al contrario, la presente discussione riguarda la forma sotto la quale è più opportuno erogare il secondo tipo di aiuto, ovvero quello che deve fornire al disabile la possibilità di soddisfare i bisogni specifici associati agli handicaps che ne limitano l'autosufficienza.

Sembra utile passare in rassegna i pregi ed i limiti di ciascuna modalità di erogazione.

4.2. Trasferimenti in denaro.

L'ente assistenziale si limita ad accertare la sussistenza dei requisiti previsti per l'erogazione dei diversi livelli di prestazioni e liquida all'avente diritto la somma in denaro di competenza.

Il *pregio* più evidente di questa soluzione consiste nella semplicità di gestione del sistema e nella piena libertà per l'assistito di scegliere il soggetto erogatore dei servizi di assistenza. Quest'ultimo aspetto è in relazione al noto il principio generale di teoria economica che afferma (vedi anche Bimbi et al., 1997) che il rispetto delle preferenze individuali implica la superiorità dei trasferimenti di reddito monetario rispetto al consumo obbligatorio di servizi sociali. Un ulteriore pregio consiste nel fatto che si può attribuire all'assistito un importo in denaro sufficiente ad acquisire un ammontare « base » di prestazioni che l'ente l'assistenziale ritiene di dover garantire a tutti gli aventi diritto (indipendentemente dal loro reddito): il singolo assistito è poi libero di aggiungere risorse proprie per raggiungere livelli di assistenza più elevati.

Tale soluzione presenta d'altra parte a numerosi, importanti, *difetti*:

i) il trasferimento in denaro può in talune circostanze essere percepito come un sostegno al reddito dell'intero nucleo familiare dell'avente diritto: in presenza di ambienti familiari e sociali degradati si può creare un incentivo a distogliere il denaro dagli scopi assistenziali ai quali è destinato. Tale possibilità può produrre effetti parti-

colarmente odiosi nei casi in cui il soggetto avente diritto alle prestazioni assistenziali si trovi in una situazione di debolezza psicologica all'interno dell'ambiente in cui vive o nel caso in cui il soggetto non sia nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali. È dunque possibile che il trasferimento in denaro non produca l'erogazione di servizi di assistenza nella quantità e qualità prevista dall'ente assistenziale.

ii) una visione « paternalistica » del concetto di equità nell'assistenza implica che il legislatore dovrebbe far sì che alcuni bisogni specifici siano soddisfatti anche se non sono perfettamente percepiti e valutati dagli stessi aventi diritto³⁹. Si può obiettare a questo argomento osservando che forse esso suggerisce non tanto il superamento di trasferimenti in denaro quanto piuttosto la necessità che ad essi si associ un'adeguata campagna di informazione.

iii) la Commissione Onofri (vedi Bimbi et al., 1997, p. 91) afferma che « i trasferimenti specifici sembrano meglio rispondere agli obiettivi sia del riequilibrio dell'impiego di tempo nella attività di cura tra donne ed uomini sia nel miglioramento delle possibilità di accesso delle donne al mercato del lavoro ». In effetti, contrariamente al caso i), è possibile che sia la persona non autosufficiente ad esercitare un potere oppressivo nei confronti di membri (per lo più femminili) del proprio nucleo familiare. In questi casi il sostegno dello Stato è inteso direttamente ad assistere la persona disabile ma indirettamente è inteso anche ad alleviare le condizioni di vita dei familiari che lo assistono. Un trasferimento in denaro sotto questo profilo non è ottimale dal momento che difficilmente riesce ad affrancare le donne dagli oneri dell'assistenza garantendo loro una possibilità di accesso al mercato del lavoro esterno e ad una vita più libera.

iv) il soggetto avente diritto ai servizi di assistenza si trova solo di fronte al problema di valutare la qualità dei servizi offertigli e l'adeguatezza del prezzo pagato. Come è ben noto, la qualità dei servizi assistenziali è di assai difficile valutazione ex ante. Si parla a questo proposito di « experience goods » ovvero di beni (servizi) la cui qualità può essere valutata dal consumatore solo mediante l'atto stesso di consumo. Si tratta di un caso estremo di asimmetria informativa circa la qualità del servizio tra soggetto che lo offre e soggetto che lo richiede (vedi Johnes, 1996). La complessità di taluni servizi può far sì che solo una persona competente possa valutarne compiutamente la qualità. Inoltre, è evidente che la singola persona che ha bisogno di prestazioni assistenziali costituisce un soggetto estremamente debole sul mercato: è dunque facile che cada vittima di sfruttamento e che non riesca a massimizzare la qualità/quantità di servizi acquistabile con un ammontare dato di denaro. Infine, è possibile che il muoversi non coordinato di individui singoli alla ricerca di servizi di assistenza (parcellizzazione della domanda) determini una eccessiva frammentazione dell'offerta dei servizi stessi: è possibile che ciò impedisca il raggiungimento di dimensioni ottime di impresa e conseguentemente la minimizzazione dei prezzi.

³⁹ Questa tesi è sostenuta anche dalla Commissione Onofri (vedi Bimbi et al., 1997).

v) diversità nel costo di erogazione dei servizi tra una località e l'altra possono far sì che l'erogazione di trasferimenti in denaro determinati a livello nazionale non consenta di attribuire agli aventi diritto lo stesso potere di acquisto effettivo. D'altra parte, la differenziazione su base territoriale degli importi erogati può risultare nella realtà impraticabile per motivi tecnici ⁴⁰ e/o politici. Inoltre, può non essere ovvio garantire un meccanismo adeguato di indicizzazione dell'importo dell'assegno di assistenza: la qualità di ciascun servizio è difficilmente osservabile e la composizione del « paniere » di servizi di assistenza può variare in modo molto grande a seconda del tipo di infermità che colpisce il singolo individuo. Poiché inoltre — come si è detto (par.1.3) — vi sono ragioni per ritenere che la produttività nella produzione di servizi di assistenza cresca più lentamente rispetto alla media dell'economia, vi sono anche ragioni per ritenere che i costi dei servizi di assistenza siano soggetti ad una dinamica più rapida dell'indice generale dei prezzi.

vi) il trasferimento in denaro può costituire un incentivo a comportamenti fraudolenti: chi riesce a vedersi riconosciuto il diritto a servizi assistenziali dei quali in realtà non ha bisogno può utilizzare il trasferimento in denaro per fini diversi. La presenza di questo incentivo può determinare un livello eccessivamente alto nella spesa (associata a gravi iniquità). Come è ben noto, la diffusa percezione di comportamenti opportunistici mina anche in modo profondo il sentimento di coesione sociale e favorisce il diffondersi di atteggiamenti di rifiuto in blocco di qualsiasi forma di stato sociale e di solidarietà gestita dai pubblici poteri.

Con riferimento alla realtà dell'assistenza delle persone non autosufficienti oggi realizzata in Italia, la Commissione Onofri (vedi Bimbi et al, 1997) rileva che l'istituto dell'indennità di accompagnamento riguarda oggi 860.000 beneficiari (di cui oltre il 70% sono ultrasessantacinquenni) con un impegno finanziario di 7850 miliardi ⁴¹; questo istituto viene giudicato non idoneo a soddisfare le esigenze delle persone non autosufficienti e dei loro familiari dal momento che esso consiste in uno « strumento di redistribuzione monetaria inadeguato per affrontare bisogni che richiedono cure alla persona molto particolari e differenziate da soggetto a soggetto » (vedi anche Bosi e Matteuzzi, 1997). La Commissione auspica in generale (p. 108) « lo spostamento di risorse dalla redistribuzione monetaria all'offerta di servizi reali ». Si suggerisce anche che le erogazioni monetarie possano essere vincolate all'effettiva prestazione dei servizi di cura ritenuti necessari. Rilevando che oggi le prestazioni di servizi rappresentano solo una quota compresa tra l'8% ed il 15% della spesa per l'assistenza, la Commissione auspica che tale quota raggiunga a regime un valore non inferiore al 33%.

⁴⁰ La costruzione di un indice dei prezzi dei servizi di assistenza con base locale pone infatti evidenti difficoltà.

⁴¹ La Commissione prevede che la spesa per l'indennità di accompagnamento cresca a 8.300 miliardi all'anno entro il 2000.

Nel corso del dibattito che ha preceduto il varo della legge tedesca in materia, la circostanza che le compagnie di assicurazione private si limitino ad erogare somme di denaro (lasciando poi all'assicurato non autosufficiente il compito di provvedere a soddisfare le proprie necessità con il denaro che riceve) è stata utilizzata come argomento in favore dell'adozione di uno schema pubblico gestito a ripartizione.

4.3. Erogazione di servizi

L'ente assistenziale individua gli aventi diritto ai diversi tipi di prestazioni/servizi e provvede (direttamente o tramite accordi con società private « profit » oppure « non profit ») all'erogazione dei servizi.

I pregi di questa soluzione sembrano essere i seguenti:

i) l'assistito non deve preoccuparsi di trovare chi possa fornirgli i servizi necessari; la domanda di servizi assistenziali viene espressa da un soggetto « forte »: l'ente assistenziale può esercitare un controllo diretto sulla qualità ed il costo dei servizi prestati. Inoltre, è possibile che un coordinamento dei soggetti erogatori di servizi attuato da parte dell'ente assistenziale possa favorire il raggiungimento di dimensioni efficienti nelle singole unità produttive e possa consentire lo sfruttamento di eventuali sinergie ed economie di scala.

ii) la non-fungibilità dei diritti attribuiti all'assistito riduce drasticamente l'incentivo per l'individuo a richiedere la prestazione di servizi dei quali non ha reale bisogno; il diritto ai servizi non è d'altra parte espropriabile da parte di familiari o persone che assistono il soggetto. Esiste la possibilità di attribuire all'assistito il diritto a ben specificati servizi di assistenza prescindendo dall'andamento nel tempo dei prezzi dei diversi servizi: si raggiunge in modo diretto l'obiettivo ultimo: la predisposizione di servizi per chi ne ha bisogno.

Il principale difetto di questa soluzione consiste nel fatto che l'assistito non ha la possibilità di scegliere tra più erogatori di servizi: viene meno un potente meccanismo che può garantire la qualità dei servizi resi. Nel caso di prestazione diretta dei servizi da parte di un ente pubblico la qualità dei servizi può essere pregiudicata anche dalla presenza di forme di monopolio di fatto e dai ben noti problemi di incentivi inefficaci per gli amministratori. Nel caso in cui l'ente assistenziale deleghi a privati il compito di produrre i servizi, resta comunque un problema di controllo dei costi e di incentivi alla collusione tra amministratori pubblici e privati e manca per i cittadini di esercitare un potere di scelta capace di soddisfare le esigenze particolari di ciascuno (per esempio, il tale fisioterapista è bravo ma mi è profondamente antipatico) e di segnalare le caratteristiche del servizio che sono giudicate importanti (per esempio, la puntualità è importante perché consente di programmare meglio la complessa giornata del disabile).

4.4. I buoni servizio (« vouchers »).

L'ente assistenziale assegna agli assistiti dei « buoni » che attribuiscono il diritto a ben determinati servizi. L'assistito può scegliere tra una pluralità di possibili fornitori quello al quale conferire l'incarico di effettuare la prestazione (in cambio del « buono »). I « buoni » sono poi rimborsati in denaro dall'ente assistenziale stesso. Questa soluzione presenta numerosi *vantaggi* (sotto molti punti di vista coniuga i vantaggi delle due soluzioni viste precedentemente):

i) l'avente diritto alle prestazioni ha la possibilità di esercitare un potere di scelta: ciò determina un incentivo per i fornitori a migliorare la qualità dei servizi offerti ed una possibilità per l'assistito di « segnalare » le caratteristiche del servizio erogato che egli giudica più importanti. A differenza di quanto accade nel caso di trasferimenti in denaro, tuttavia, esiste la possibilità per l'ente assistenziale di effettuare una « preselezione » dei soggetti che si candidano ad offrire i servizi sulla base di alcuni requisiti minimi di qualità: l'assistito esercita un potere di scelta ma non è costretto a muoversi in modo isolato sul mercato⁴² Il diritto ad ogni determinata prestazione non ne' fungibile ne' espropriabile: ciò rende inutile la simulazione di bisogni inesistenti e garantisce che la prestazione assistenziale vada ad esclusivo beneficio dell'avente diritto.

ii) l'avente diritto alla prestazione viene sottratto al dualismo esistente tra usufruire dei servizi pubblici gratuiti oppure rinunciarvi in toto optando per servizi privati a pagamento: la soluzione del buono servizio (al pari del trasferimento in denaro) permette (vedi Dobson, 1996a e 1996b e Par. 7.2) all'ente assistenziale di riconoscere il diritto a prestazioni di livello dignitoso e consente al tempo stesso a chi ne abbia la possibilità di aggiungere risorse proprie per avere prestazioni di qualità superiore senza rinunciare alla parte pubblica di assistenza⁴³. In altri termini (ibidem) la presenza di un sistema pubblico obbligatorio gestito con il meccanismo dei « buoni servizio » può consentire ai cittadini di stipulare polizze assicurative private con una « franchigia » rappresentata appunto dal valore dei servizi coperti dal sistema pubblico: ciò può ridurre in modo molto sensibile il costo di tali polizze integrative private (individuali o collettive).

iii) rispetto alla prestazione diretta di servizi la soluzione del « voucher » presenta anche il vantaggio (Dobson, 1996) della trasparenza dei costi: pur non sopportando direttamente alcuna spesa, l'assistito può essere messo in condizione di avere consapevolezza del

⁴² Anche in questo caso l'esperienza inglese dei « quasi mercati » (vedi nota 32) costituisce un riferimento naturale.

⁴³ Il fatto che persone con livelli di reddito elevato non rinuncino in toto alle prestazioni del servizio pubblico può ovviamente comportare un aggravio nei costi del sistema per l'ente pubblico. In Italia un'esperienza che si colloca nella direzione qui indicata consiste nella possibilità di usufruire di posti letto a pagamento all'interno di ospedali pubblici. La gestione burocratica e la mancanza di concorrenza nella prestazione del servizio privato accessorio rispetto a quello pubblico hanno limitato i potenziali benefici per gli utenti di questa strategia ed i ricavi per le strutture pubbliche. A questo proposito, sembra che la competizione tra più gestori dei posti letto ed il ricorso a gare d'appalto trasparenti potrebbero produrre effetti molto positivi.

costo per la collettività della prestazione ricevuta. Ciò può consentire forme di controllo sociale sui costi che disincentivino abusi⁴⁴.

iv) Lo strumento del voucher consente di sfruttare al massimo le enormi potenzialità dei recenti sviluppi dell'informatica: è possibile immaginare di dotare ogni cittadino di un « carta di credito sociale » che consenta l'accesso alle prestazioni dello stato sociale⁴⁵. Sulla base delle informazioni contenute nella carta stessa⁴⁶ ad ogni cittadino viene richiesta al momento dell'erogazione del servizio il pagamento di una quota del costo del servizio stesso. È possibile configurare così un mercato con tariffe « personalizzate »: con tariffazioni dei servizi modificabili in tempo reale e calibrabili in modo da realizzare gli obiettivi redistributivi che lo Stato si pone⁴⁷. D'altra parte, la presenza di una compartecipazione al costo dei servizi può costituire un forte deterrente a fronte del rischio di truffe (pagamenti per prestazioni non eseguite) di cui abbiamo esempi nella cronaca recente.

Il meccanismo del voucher presuppone che a fronte di una domanda di servizi, si attivi (per intervento di una pluralità di produttori) un'offerta adeguata nella qualità e nella quantità. È possibile che questo presupposto, si riveli falso alla prova dei fatti in alcuni contesti sociali e geografici. In particolare, in zone a bassa densità di popolazione o con una diffusione capillare di fenomeni criminali, è possibile che l'offerta di servizi si riveli inadeguata sotto il profilo della qualità e della quantità.

È del tutto evidente che i problemi delle persone non autosufficienti sono di una delicatezza tale da non consentire esperimenti accademici o salti nel buio. Sembra quindi inevitabile che il problema della scelta della modalità della erogazione delle prestazioni venga affrontato con pragmatismo e gradualità. Il pragmatismo implica probabilmente un approccio differenziato per aree geografiche ed un controllo attentissimo dei risultati delle innovazioni in un contesto in cui viene comunque mantenuta una rete di protezione pubblica.

D'altra parte, occorre anche che le scelte siano attuate (almeno in prospettiva) con coerenza: per esempio, scelte che comportino uno sviluppo progressivo del ruolo di operatori privati nell'erogazione di servizi possono dispiegare i loro effetti benéfici sull'allocazione complessiva delle risorse solo se si accetta l'idea che gli esuberi di personale pubblico che si determinano vengano effettivamente eliminati. Se al

⁴⁴ Si legge sulla stampa che oggi il servizio sanitario nazionale per gli stessi beni (servizi) prezzi diversi anche per un fattore dieci o venti tra una località e l'altra del paese.

⁴⁵ Per un'analisi delle potenzialità dei sistemi di pagamento elettronico applicati alle transazioni associate al funzionamento dello stato sociale e delle esperienze compiute in Europa e negli Stati Uniti, si rinvia a Morley-Fletcher, 1996b.

⁴⁶ Queste informazioni possono riguardare il livello di non autosufficienza e/o le condizioni reddituali e patrimoniali. Queste ultime potrebbero essere tratte anche da autocertificazioni rese dal diretto interessato. Ovviamente l'intero meccanismo potrebbe porre serie questioni di tutela della riservatezza che andrebbero adeguatamente trattate.

⁴⁷ Ovviamente il servizio potrebbe essere erogato gratuitamente a coloro che rientrassero in determinate categorie di reddito e/o di disabilità.

contrario ciò non accadesse, allora si assisterebbe ad una caduta della produttività nel settore pubblico che pregiudicherebbe i guadagni complessivi di efficienza associati alla gestione privatistica del sistema. Un atteggiamento pragmatico deve quindi valutare anche la disponibilità della classe politica ad accettare fino in fondo le conseguenze (non solo positive) che ciascuna opzione comporta.

PARTE II: Due recenti realizzazioni e due proposte oggetto di dibattito.**5. L'esperienza tedesca****5.1 Introduzione**

La legge sul fondo di assistenza ai non autosufficienti approvata nel 1994 costituisce con ogni probabilità l'esempio più completo ed organico oggi esistente in materia. Essa merita quindi un'attenzione particolare; tra l'altro tale attenzione è anche giustificata dal fatto che sia la Commissione Onofri sia vari autorevoli esponenti politici italiani hanno individuato nell'esperienza tedesca un esempio importante da seguire. Il meccanismo tedesco è fondato su due principi di fondo: i) il « principio di sussidiarietà che assegna priorità, nell'ordine, all'intervento della famiglia, degli erogatori privati, del servizio di cura e ii) il principio che la prevenzione e la riabilitazione vengono prima dell'assistenza infermieristica.

Tale legge si colloca (anche nella consapevolezza della classe politica che l'ha voluta) nella grande tradizione storica dello stato sociale tedesco⁴⁸ e si fonda sull'idea che il fatto di non essere autosufficienti *non* deve diventare causa di retrocessione nella scala sociale.

Il problema della non autosufficienza riguarda oggi in Germania ben 1,6 milioni di persone; oltre 1,2 milioni hanno più di 60 anni, 100.000 hanno un'età compresa tra i 40 ed i 60 anni e ben 300.000 hanno meno di 40 anni.

Circa il 75% delle persone non autosufficienti è assistito a domicilio (da familiari, amici e servizi infermieristici territoriali) mentre circa un quarto è ricoverato in strutture residenziali.

⁴⁸ Per esempio Hecken (1997) parla con una certa enfasi di « quinto pilastro del sistema della previdenza e dell'assistenza in Germania ». Egli colloca la legge del 1994 a fianco di altre 4 tappe fondamentali per lo stato sociale in Germania: nel 1883 viene introdotta l'assistenza sanitaria con le casse mutue obbligatorie; nel 1884 viene varata la legge sulla previdenza antinfortunistica; nel 1889 entra in vigore la legge sulla pensione di invalidità e di vecchiaia; nel 1927 viene istituita l'assicurazione contro la disoccupazione involontaria.

D'altra parte questa legge arriva a conclusione di un dibattito politico quasi interminabile: si pensi (Hecken, 1997) che negli ultimi venti anni erano stati presentati ben 17 disegni di legge sulla materia che erano stati respinti dal Parlamento tedesco.

La nuova legge supera una situazione precedente nella quale l'assistenza dei non autosufficienti era a carico del servizio sanitario nazionale e dell'istituto dell'assegno di indigenza. Questa situazione pregressa veniva quasi unanimemente giudicata non adeguata sulla base dell'uso improprio di strutture sanitarie (in particolare il fenomeno noto anche in Italia della prolungata ospedalizzazione di anziani non autosufficienti) e dell'iniquità dell'uso dell'assegno di indigenza ai fini di assistenza a persone portatrici di gravi handicap ⁴⁹.

Il fondo introdotto in Germania è pubblico e gestito con il metodo di finanziamento della ripartizione ⁵⁰; il meccanismo istituzionale adottato e le sue regole di funzionamento sono descritte in dettaglio nel paragrafo successivo.

Ci limitiamo qui a riportare alcune cifre significative relative al primo anno di funzionamento dello schema (vedi Hecken, 1997). Al 31/12/1996 le prestazioni di assistenza non residenziale venivano erogate a 1,16 milioni di persone (il 43%, il 43,6% ed il 12,6% si collocavano rispettivamente nel primo, secondo e terzo livello); le prestazioni di assistenza residenziale erano invece erogate a 430.000 persone.

I primi dati disponibili (Hecken, 1997) mostrerebbero anche che la legge ha avuto successo nel ridurre la povertà tra i non autosufficienti: solo il 25% dei non autosufficienti ricoverati in centri di degenza si trova costretto a chiedere l'assegno di indigenza ⁵¹.

La spesa prevista (Schulte, 1996) è di 26 miliardi di marchi all'anno.

⁴⁹ Prima della legge del 1994 oltre l'80% delle persone bisognose di assistenza ricoverate in strutture residenziali in Germania era costretta a chiedere l'assegno di indigenza per pagare la retta di degenza. La richiesta dell'assegno di indigenza implicava (oltre all'obbligo di documentare tutta la propria situazione patrimoniale e reddituale): i) che tutto il proprio reddito (con l'eccezione di una minima parte destinabile ai consumi personali) fosse speso per l'acquisto di servizi di assistenza; ii) di dover utilizzare anche l'intero patrimonio personale e familiare per coprire i costi dell'assistenza; iii) che anche i familiari con obblighi di mantenimento nei confronti della persona assistita erano costretti a pagare in solido con l'assistito stesso (Hecken, 1997). Questo insieme di circostanze faceva sì che l'insorgere della non autosufficienza trascinasse l'assistito ed i suoi familiari anche in un tunnel di gravi problemi economici. Lo Stato di fatto interveniva solo residualmente, dopo che le risorse personali dell'assistito e dei suoi congiunti fossero riconosciute non sufficienti.

⁵⁰ Il meccanismo tedesco contiene una forma implicita di finanziamento del sistema pensionistico e — conseguentemente — del Tesoro. Infatti, il diritto alla fruizione delle prestazioni è riconosciuto solo a partire da coloro che al 1/1/96 erano contribuenti (vedi articolo 33). Al contrario gli obblighi contributivi sono pieni già a partire dall'1/7/96. Conseguentemente l'assicurazione prima di andare a regime è destinata a generare per un periodo abbastanza lungo (il tempo necessario affinché la popolazione degli aventi diritto alle prestazioni raggiunga la composizione per classi di età che caratterizza l'intera società tedesca) sistematici surplus della gestione corrente. Fatta salva l'esistenza di modesti «fondi di riserva di ammontare pari al 50% della somma media mensile calcolata nel bilancio di previsione per far fronte alle spese» (articolo 64 comma 2), l'eccedenza delle entrate rispetto alle spese confluisce, insieme ai contributi pensionistici, nel «fondo di compensazione» amministrato dall'Ente Federale delle Assicurazioni (articolo 65, comma 1). Le risorse del fondo di compensazione potranno essere investite in modo da essere comunque accessibili per gli obiettivi di compensazione mensile ed annua (articolo 65, comma 3). Cosa voglia dire «investire una somma in modo da essere comunque accessibili per gli obiettivi di compensazione mensile ed annua» non è del tutto chiaro: sembra però che questa disposizione configuri un investimento del denaro in modo molto prudentiale (sul mercato monetario, in titoli di Stato a breve e senza rischio di cambio).

⁵¹ Il risparmio per i comuni derivante dalla riduzione nel pagamento degli assegni di indigenza sarebbe pari a 10,5 miliardi di marchi.

In particolare, sembra necessario evidenziare che questo schema assicurativo, pur molto costoso, è stato finanziato senza produrre un apprezzabile aumento dei costi accessori del lavoro (gli oneri sociali già si trovano in Germania a livelli molto elevati, oltre 34% nel 1995). In effetti, pur a fronte di un prelievo contributivo a carico dei datori di lavoro pari a 8,85 miliardi di marchi (nel 1996) si sono offerte in cambio alle imprese varie forme di compensazione. Innanzi tutto l'eliminazione di una festività infrasettimanale ha comportato per le imprese un risparmio di oltre 5,5 miliardi di marchi. Inoltre, grazie all'eliminazione delle prestazioni assistenziali dai servizi a carico delle casse mutue obbligatorie, le imprese avrebbero ricevuto un ulteriore sgravio pari a circa un miliardo di marchi. Se si tiene conto che i sindacati hanno accettato l'adozione di misure più severe per prevenire abusi nelle assenze dal lavoro per malattia ed alcuni tagli nelle prestazioni dell'assistenza sociale, si stima (Hecken, 1997) che le imprese abbiano ricevuto compensazioni per complessivi 10 miliardi di marchi (contro maggiori oneri per 8,85).

Dal punto di vista organizzativo, si è deciso di accorpare la gestione del rischio di non autosufficienza presso lo stesso ente che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro le malattie; ciò non solo per creare economie di scala ma anche per evitare controversie interpretative legate alla non sempre netta distinzione tra assistenza sanitaria di base e assistenza specifica per non autosufficienti. Ci si propone di garantire in questo modo un coordinamento tra attività assistenziali e sanitarie (vedi Par. 3.1).

La legge, oltre a disporre l'istituzione di un fondo previdenziale di assistenza pubblico, ha varato anche delle norme di riferimento per i fondi previdenziali privati obbligatori.

5.2 I contenuti della legge tedesca ⁵².

L'obbligo di assicurazione.

L'obbligo di assicurazione è stato introdotto gradualmente: dal 1° aprile 1995 per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, dal 1° luglio 1996 per l'assistenza personale (§1).

L'obbligo riguarda tutti gli assicurati per legge contro le malattie, ovvero tutti gli iscritti alle Casse di Malattia, sotto la cui competenza rientra la gestione dei fondi previdenziali di assistenza.

In particolare le *categorie soggette all'obbligo* sono: i lavoratori dipendenti, gli agricoltori e familiari coadiuvanti anche se percettori di un vitalizio per interrotta attività, gli artisti e pubblicisti autonomi, i percettori di sussidi o indennità a vario titolo, gli operatori nel settore dell'assistenza giovanile, formazione professionale o in analoghe strutture per disabili, i disabili o le persone sottoposte a terapie riabilitative

⁵² In questo paragrafo si fa riferimento al testo di legge originale « Riforma dell'assistenza » (A.C. 354 e abb.) nella traduzione italiana curata dal Servizio Studi della Camera dei Deputati italiana (XIII legislatura). Si è fatto anche riferimento sistematico al documento illustrativo della riforma redatto dal ministero tedesco del lavoro e degli affari sociali ((Bundesministerium fr Arbeit un Sozialordnung, 1994), curato da R. Hauschild, C. Petrich, I. Lutter, F. Notstadt, nella traduzione italiana curata da A. Clò per conto della Provincia Autonoma di Bolzano. Ho anche utilizzato i lavori curati da F. Salvadori (1996, 1997); sul tema si rinvia anche a Lamura e Mengani (1995).

che svolgano attività di lavoro all'interno di enti, strutture o simili o partecipino a corsi di preparazione professionale, gli studenti universitari, i praticanti, i percettori di pensione sociale o in attesa di pensionamento (§20). Sono inoltre inclusi nell'obbligo di contribuzione i soggetti che abbiano stabilito domicilio o residenza in Germania qualora non si siano tutelati contro le malattie né presso enti previdenziali pubblici, né presso una compagnia privata purché percepiscano trattamenti sanitari in base alla legge nazionale sull'assistenza o alla legge nazionale sull'indennizzo, prestazioni permanenti per il sostentamento e la sanità in base al vecchio codice previdenziale, una pensione di guerra o sussidi analoghi o riconosciuti alle vittime di guerra in base a leggi specifiche (di riperequazione, sulle riparazioni di guerra...) ed i militari in carriera⁵³ (§21).

Le persone, compresi i funzionari pubblici ed i deputati, che *volontariamente* si siano assicurati contro le malattie presso una Cassa Mutua pubblica, hanno la facoltà di scegliere di iscriversi ad un fondo di assistenza pubblico o privato; qualora avessero già contratto una copertura contro le malattie presso un'*assicurazione privata*, che preveda anche tutte le prestazioni ospedaliere, dovranno adeguare la polizza in base ai rischi che formano oggetto della nuova disciplina (polizza integrativa). Analogo regime viene applicato ai magistrati, ai militari di carriera, ai lavoratori autonomi, ai lavoratori dipendenti con un reddito superiore ad un determinato limite fissato dalle norme previdenziali.

Coloro i quali non abbiano una Cassa Mutua alla quale fare riferimento in caso di malattia, possono contrarre l'assicurazione o presso la Cassa Mutua alla quale appartenerebbero se fossero soggetti all'obbligo di assicurazione contro le malattie, o presso la Cassa Mutua Generale Locale del luogo dove abbiano residenza o dimora abituale, o presso una Cassa Mutua Libera (§48).

Sono *esclusi* coloro che abbiano stabilito residenza o domicilio in uno stato straniero che non preveda norme reciproche (§20); coloro che non essendo soggetti da almeno 10 anni ad obblighi assicurativi abbiano intrapreso un'attività che, pur soggetta ad obbligo di iscrizione al fondo previdenziale di assistenza, non sia rilevante economicamente; possono essere esonerati coloro che ne presentino richiesta se in possesso di una polizza assicurativa presso una compagnia privata che preveda prestazioni equivalenti a quelle dell'assicurazione obbligatoria. L'esonero non può essere revocato, mentre dal momento in cui entra in vigore l'obbligo assicurativo contro la non autosufficienza, il possessore di una polizza privata per gli stessi rischi può disdire il contratto; tale diritto di risoluzione si estende anche ai familiari carico (§27).

⁵³ I militari di leva o di ferma limitata, che durante il servizio militare godono di assistenza sanitaria senza essere iscritti ad una Cassa Mutua, devono per questo periodo contrarre una polizza integrativa ovvero una polizza che preveda l'erogazione di metà delle prestazioni generalmente previste (versando quindi la metà dei contributi normalmente dovuti) presso una Cassa di Assistenza liberamente scelta; diverso è il caso dei militari che abbiano già stipulato una polizza (detta di aspettativa) presso una compagnia privata: questi contratti escludono l'obbligo di iscrizione ad un fondo previdenziale di assistenza pubblico.