

«anziane»; il decreto attuativo fissa a 60 anni la soglia di età per il diritto alle prestazioni. Lo stato di dipendenza viene definito (articolo 2) come la condizione di una persona che, nonostante le cure che le possono essere prestate ha bisogno di essere aiutata nello svolgimento degli atti essenziali della vita⁶⁵.

Di fatto, si è adottato lo strumento del «buono servizio» (vedi par. 4.4) calibrando il suo importo sulla base non solo dello stato di bisogno ma anche delle condizioni reddituali e patrimoniali dell'assistito⁶⁶. Si attribuisce alle persone anziane non autosufficienti la possibilità di assumere (per un numero di ore che dipende dalla gravità dello stato di disabilità) una persona o più persone che prestino aiuto domiciliare a spese dello Stato. La somma viene versata direttamente al soggetto che presta il servizio domiciliare; tale persona viene scelta direttamente dall'assistito che può sostituirla se lo desidera. La persona che presta assistenza può essere un parente ma non il coniuge e non il/la convivente (articolo 18). Lo Stato si impegna (articolo 16) a fornire a queste persone che prestano assistenza una formazione specifica. In caso di ricovero presso una casa di cura, l'importo viene pagato direttamente a questa (articolo 22).

Hanno diritto alle prestazioni le persone che vengano riconosciute non autonome (per motivi fisici o psichici) da una commissione medico sociale che valuta il grado di non autosufficienza con riferimento ad una griglia di parametri determinata a livello nazionale⁶⁷. Si noti che la commissione non è composta solo da personale medico: la legge (art. 3) prevede che un componente sia un assistente sociale e che (art. 15) il piano di aiuto elaborato dalla commissione (dal quale dipende l'importo della prestazione) «tenga conto dell'ambiente familiare e degli aiuti pubblici o a titolo gratuito a disposizione»⁶⁸.

⁶⁵ Il decreto 97-427 presenta in allegato (pp. 6533-36) un modulo molto dettagliato che deve essere compilato a cura della commissione medico sociale incaricata di accertare le condizioni della persona che richiede la prestazione. Tra l'altro deve essere valutata in modo discriminante la capacità di: conversare in modo coerente, orientarsi nel tempo (momenti della giornata) e nello spazio, curare la propria igiene, vestirsi e svestirsi, mangiare cibi preparati, alzarsi dal letto, coricarsi, sedersi, camminare (con o senza stampella), muoversi con sedia a rotelle, uscire di casa, usare il telefono, attivare sistemi di allarme. Variabili di tipo «illustrativo» sono invece considerate le capacità di: gestire i propri beni economici ed il proprio bilancio familiare, preparare i cibi, svolgere l'insieme dei lavori domestici, utilizzare mezzi di trasporto, effettuare acquisti presso negozi o per corrispondenza, eseguire le indicazioni terapeutiche fornite dal medico, svolgere attività culturali, sociali, sportive o ricreative. In allegato vi è anche un algoritmo elaborato dalla Associazione nazionale francese di gerontologia clinica che attribuisce un punteggio alla incapacità di svolgere ciascuna delle mansioni sopra menzionate.

⁶⁶ Il decreto attuativo (n° 97-426, articolo 6) precisa che i beni patrimoniali che non siano utilizzati direttamente o affittati si assume producano all'interessato un reddito annuale pari al 50% del loro valore d'affitto nel caso di immobili edificati e pari all'80% nel caso di terreni; si precisa anche quali tipologie di redditi (pensioni di guerra...) siano da escludersi dal computo.

⁶⁷ Il decreto attuativo individua 6 livelli di disabilità.

⁶⁸ Nell'allegato al decreto 97-427 si richiede alla commissione medico sociale di valutare: il tipo di relazioni sociali possibili (contatti con la famiglia, disponibilità di vicini a fornire aiuti, accessibilità a negozi, presenza di queste reti sociali durante il fine settimana e le vacanze); il tipo di abitazione (di campagna o di città, isolata o in condominio); accessibilità all'abitazione (presenza di ascensore, gradini o irregolarità nel pavimento); servizi sanitari (presenza di: acqua corrente, acqua calda, gabinetto, gabinetto adattato per disabili, vasca da bagno, doccia, doccia adattata per disabili); riscaldamento; equipaggiamento dell'abitazione (presenza di: elettrodomestici, mobilio, telefono, ...).

Sulla base delle esigenze riscontrate, la commissione elenca in modo preciso il tipo di assistenza domiciliare necessaria ⁶⁹.

L'importo della prestazione dipende, oltre che dal grado di inabilità anche dal reddito del disabile. L'articolo 5 recita (mia traduzione): « L'ammontare massimo della prestazione fissato dal regolamento dipartimentale non può essere inferiore ad una data percentuale, fissata per decreto ⁷⁰, della maggiorazione per aiuto costante da parte di una terza persona di cui all'articolo 355 comma 1 del codice di sicurezza sociale ». Dal testo di legge e dai due decreti attuativi in mio possesso non è possibile trarre indicazioni precise circa gli importi delle prestazioni; l'OECD (1996) indica un importo massimo di 4.300 franchi al mese (circa 1.250.000 lire) per invalidità massima e redditi inferiori ai 4.950 franchi. Sono esclusi coloro che percepiscono redditi mensili superiori a 9.250 Fr.Fr. al mese (circa 2.700.000 lire).

Almeno uno dei membri della commissione che ha valutato la necessità delle prestazioni deve visitare l'assistito presso il domicilio di questo almeno una volta all'anno per verificare l'efficacia delle prestazioni ricevute, la loro qualità e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni della persona assistita (art 21). Ogni due anni (articolo 12) il beneficiario deve portare prova dell'efficacia dell'assistenza ricevuta.

Un aspetto interessante del codice di famiglia francese (integrato dalla presente legge 97-60) è costituito infine dalla possibilità per lo Stato di rivalersi in parte sugli eredi per le spese sostenute: l'assistito viene esonerato dagli obblighi alimentari nei confronti dei figli o del coniuge ma lo Stato si riserva di recuperare le somme pagate in vece del disabile dall'eredità lasciata da questi qualora essa ecceda i 300.000 franchi (circa 90 milioni di lire) (art. 10 legge 97-60 e articolo 14 decreto 426).

7. Due aspetti del dibattito recente.

7.1. Il caso della Provincia autonoma di Bolzano.

Lo stato attuale dell'assistenza in Alto Adige ed alcune previsioni circa le esigenze future. ⁷¹

Attualmente il diritto alle prestazioni viene riconosciuto a coloro che siano non autosufficienti in relazione alla loro incapacità di svolgere funzioni vitali della vita quotidiana. Il grado di non autosufficienza viene accertato mediante un test obiettivo con attribuzione di un punteggio: da 60 a 70 punti si ha non autosufficienza medio-grave; oltre i 70 grave.

⁶⁹ Il decreto 97-427 specifica in allegato che gli aiuti richiesti dalla commissione possono riguardare il numero di ore per giorno e per notte di assistenza domestica, la preparazione dei pasti (numero al mese) le cure infermieristiche, l'installazione di « tele allarmi », il miglioramento dell'appartamento, il servizio di lavanderia a domicilio e di riparazioni varie. Vengono inoltre indicati gli strumenti ed i materiali d'uso necessari: sedia a rotelle, stampelle, letto medico, alza malato, pannolini per incontinenza...

⁷⁰ Il decreto attuativo (97-426 articolo 4) specifica che la percentuale è del 100%.

⁷¹ Questa esposizione trae notizie e dati dal testo « Assistenza ai non-autosufficienti in Alto Adige » redatto dalla Provincia autonoma di Bolzano.

Le prestazioni di assistenza previste a favore dei non autosufficienti sono oggi di tre tipi: assistenza residenziale, assegno per l'ospedalizzazione a domicilio e l'assegno di accompagnamento.

L'assistenza residenziale viene erogata indipendentemente dalle prestazioni mediche ed infermieristiche. Il servizio sanitario riconosce l'assistenza residenziale come competenza propria per il 50% e copre di conseguenza metà della retta di degenza⁷². Ovviamente, sia il servizio medico sia quello tecnico sanitario sono volti a prevenire o ridurre la non autosufficienza. Nella Provincia vi sono 1.000 posti letto nei centri di assistenza e 250 nei convitti per disabili.

L'assegno per l'ospedalizzazione a domicilio è pari a 26.000 al giorno per i non autosufficienti medio-gravi e pari a 35.000 al giorno per i casi gravi. L'erogazione dell'assegno non è condizionale alla prova dei mezzi. La politica di privilegiare la cura a domicilio non viene tuttavia applicata con la sistematicità e l'estensione viste in Germania e Francia: la Provincia ritiene infatti che l'assistenza a domicilio non debba richiedere l'assistenza intensiva per più di tre ore al giorno; qualora questo tetto venga superato, si giudica preferibile l'assistenza residenziale. L'ospedalizzazione a domicilio ha riguardato nel 1996 circa 2.500 assistiti.

L'assegno di accompagnamento viene attribuito agli invalidi civili totali ed ammonta oggi a 9.984.000 lire per anno senza ricorso ad alcuna prova dei mezzi. Nel 1996 sono stati liquidati 5.753 assegni (2.450 sono attribuiti a persone con meno di 75 anni, 3.303 a persone con più di 75 anni).

La Provincia stima che l'onere finanziario per la famiglia derivante dall'assistenza a domicilio ad una persona non autosufficiente sia pari a circa 3.250.000 al mese. Sommando l'assegno di accompagnamento (832.000 mensili), l'assegno di ospedalizzazione domiciliare medio (745.000 mensili) e la pensione minima Inps⁷³ (685.000 mensili) si ottiene un totale di 2.262.000. L'onere residuale a carico della famiglia risulta quindi pari a circa un milione al mese.

La Provincia ha anche predisposto alcune previsioni all'anno 2010 allo scopo di delineare uno scenario per la spesa per l'assistenza ai non autosufficienti. In presenza di una popolazione complessiva sostanzialmente costante, la quota di ultra settantacinquenni è prevista in crescita dall'attuale 5,8% al 9,1%. La Provincia prevede di non poter aumentare significativamente il numero di posti letto in case di riposo e si propone di allestire forme alternative di assistenza per gli anziani; in particolare, ci si propone di incentivare l'assistenza domiciliare dei non autosufficienti attraverso un sostegno finanziario di circa 1.000.000 al mese (ovvero la cifra che — come si è detto — grava mediamente sul bilancio delle famiglie che assistono in casa i congiunti non autosufficienti). Si prevede inoltre che tra i percettori dell'assegno di accompagnamento la quota di persone non autosufficienti aumenterà dall'attuale 65% fino al 75% raggiungendo la cifra assoluta di

⁷² La Provincia stima che nell'assistenza residenziale occorra un'unità di personale ogni 10 degenti. La retta media di degenza è stata nel 1996 di 136.000 al giorno.

⁷³ Che spetta a coloro che abbiano compiuto i 65 anni e non abbiano altri redditi.

7.400 unità. In relazione a miglioramenti previsti nella qualità dei servizi resi si prevede un aumento del 25% (in termini reali) nei prezzi dei servizi di assistenza.

Si prevede che entro l'anno 2010 il numero di assistiti in centri di assistenza e case di riposo complessivamente cresca a 3.000 unità e che i percettori di assegni di accompagnamento passino dagli attuali 5.700 circa a 9.800 circa; i percettori di assegno di ospedalizzazione a domicilio dovrebbero invece passare dagli attuali 2.500 a circa 4.200. Immaginando che la retta media nei centri di assistenza passi dalle attuali 136.000 giornaliere a 200.000, la spesa annua complessiva per l'assistenza ai non autosufficienti passerebbe per effetto delle misure in programma dai 165 miliardi del 1996 ad oltre 470 nel 2010.

*Un recente disegno di legge*⁷⁴.

Innanzitutto, occorre notare che la Provincia ritiene di dovere svolgere un ruolo di supplenza « in attesa che la legge dello Stato intervenga in materia di previdenza obbligatoria intesa ad assicurare ai cittadini non autosufficienti una vita dignitosa, attraverso un'assistenza qualificata e continuativa... » (articolo 4, comma 1). Sia nella Provincia di Trento sia in quella di Bolzano viene costituito un apposito « Fondo previdenziale di assistenza ai non autosufficienti ». Il fondo viene gestito con una logica ripartitiva e l'obbligo di partecipazione e di contribuzione riguarda tutti i cittadini residenti in regione per i quali esista l'obbligo di contribuire al Servizio Sanitario Nazionale. L'obbligo di contribuzione decorre dal 1° gennaio 1999 (articolo 4, comma 3).

Sono considerate non autosufficienti (articolo 5) « le persone affette da malattie o minorazioni irreversibili, che abbiano determinato l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, da cui derivi la necessità di un'assistenza continua per la durata di almeno sei mesi ». La condizione di non autosufficienza viene rilevata dall'attestato rilasciato dalle aziende sanitarie operanti in base alla rispettiva normativa provinciale. Si individuano tre livelli di assistenza corrispondenti a gradi diversi di bisogno e si rinvia ad un regolamento di esecuzione il compito di dare contenuto preciso ai requisiti per essere collocati ai tre diversi livelli.

Si sottolinea l'esigenza di ispirare l'azione di assistenza alla salvaguardia della dignità della persona assistita ed all'obiettivo di potenziarne l'autonomia personale. Il principio di sussidiarietà — che abbiamo visto caratterizzare la legge tedesca e francese — viene accolto quando si afferma (articolo 6, comma 2) che « le prestazioni sostengono, prioritariamente, l'assistenza nell'ambito familiare, preferendo inoltre il soggiorno in strutture semiresidenziali rispetto alla degenza in struttura residenziale ». Viene esplicitamente esclusa dalle compe-

⁷⁴ Si tratta del disegno di legge regionale presentato nel settembre 1997 da 4 consiglieri regionali (tra cui l'Assessore alla Sanità ed all'Assistenza della Provincia autonoma di Bolzano, dott. Otto Saurer).

tenze del Fondo l'erogazione delle prestazioni che vengono erogate per legge nell'ambito dell'assistenza sanitaria preventiva, curativa o riabilitativa.

Le prestazioni vengono erogate in denaro, in misura differenziata secondo la natura ed il grado di bisogno. Il livello di tali prestazioni viene determinato per ciascuna provincia dal presidente della giunta provinciale sulla base di un programma annuale di intervento predisposto d'intesa con la giunta regionale. Si dice poi (articolo 6 comma 6) che la determinazione degli importi avviene «avuto riguardo all'equilibrio della gestione economica del Fondo previdenziale». Questa espressione appare ambigua: non è chiaro se si fa riferimento all'equilibrio finanziario della gestione oppure alla capacità della Provincia di finanziare i deficit. Viene garantita un'indicizzazione automatica delle prestazioni solo se l'indice dei prezzi sia aumentato di almeno il 5%. Le prestazioni vengono erogate a partire dal 1/1/99. La prestazione viene sospesa durante i ricoveri ospedalieri e non viene erogata durante il soggiorno o la residenza all'estero dell'avente diritto.

L'aspetto forse più interessante del disegno di legge in esame riguarda le modalità di finanziamento del Fondo (artt. 8 e 9). Esso è infatti alimentato da 4 tipi di entrate: **a)** i contributi previdenziali; **b)** le assegnazioni provinciali nella misura del 9% del gettito provinciale dell'imposta regionale sulle attività produttive di cui all'articolo 3, comma 143, della legge 23/12/1996, n.662 (la cosiddetta «IRAP»); **c)** le assegnazioni regionali; **d)** gli interessi derivanti dalla gestione dei contributi e dei depositi del Fondo.

I contributi a carico degli iscritti sono pari, per le persone attive, allo 0,8% del reddito imponibile considerato ai fini della contribuzione pensionistica obbligatoria; la quota dei lavoratori dipendenti è per metà a carico del datore di lavoro. Per i pensionati il contributo è invece pari allo 0,4% del reddito complessivo rilevante ai fini dell'imposta sui redditi delle persone fisiche per l'anno precedente a quello cui il contributo si riferisce.

Sotto il profilo del finanziamento del fondo rimane una certa indeterminatezza: non essendo garantita una quota minima delle spese che debba essere coperta dal gettito contributivo, si determina un onere a priori non quantificabile per la fiscalità regionale. Inoltre sembrerebbe necessario normare in modo preciso cosa accade nel caso — forse accademico ma comunque in astratto possibile — in cui le entrate di natura automatica di cui ai punti a) e b) determinassero da sole un surplus della gestione.

7.2. La proposta radicale di Dobson: i conti personali del cittadino.

Dobson (1996a, 1996b) parte da un'analisi dei problemi che oggi affliggono i sistemi di sicurezza sociale operanti nei paesi industrializzati ed elabora una proposta complessiva che — pur non riguardando specificamente il tema dell'assicurazione degli anziani non autosufficienti — presenta elementi di originalità che possono avere una rilevanza anche ai fini del nostro lavoro.

Si tratta nel suo complesso di una visione dei problemi ispirata a principi profondamente liberali e che punta per la loro soluzione sull'attivazione sistematica di meccanismi di mercato (non a caso Dobson è un banchiere).

L'analisi dei problemi dei sistemi vigenti si rivolge ad alcuni aspetti in larga misura noti e condivisi (dinamica demografica, fenomeno della « trappola della povertà », vincolo di bilancio pubblico sempre più stringente) e ad altri meno dibattuti. In particolare, l'approccio di Dobson si distingue per l'enfasi dedicata ai problemi associati alla crescente mobilità dei lavoratori da un impiego all'altro ed all'inefficiente livello di coordinamento tra i servizi erogati dallo Stato e quelli ottenibili sul mercato privato. Quest'ultima questione riguarda il fatto che i consueti sistemi di welfare pongono il cittadino di fronte ad una scelta drastica: usufruire del servizio (per esempio sanitario) pubblico oppure rinunciarvi in toto rivolgendosi a servizi privati. In altri termini, non viene offerta la possibilità — salvo rare eccezioni⁷⁵ — di integrare le prestazioni offerte dal servizio pubblico con servizi erogati dal settore privato: la popolazione viene divisa nettamente in due categorie, quella di coloro che si rivolgono al servizio di base e quelli che possono permettersi di rinunciarvi appoggiandosi totalmente a servizi privati.

L'idea di fondo prevede l'esistenza di una rete di protezione garantita dallo Stato su base universale⁷⁶ e non condizionale alla prova dei mezzi e la creazione di una dotazione individuale di risorse destinabili all'acquisto di servizi sociali (dall'istruzione alla sanità, alla previdenza). Si propone infatti di consentire agli individui di accumulare con un'incentivazione fiscale (come in un fondo pensione) un patrimonio su un conto individuale destinato ad essere utilizzabile con grande flessibilità nell'acquisto di tali servizi. D'altra parte, l'erogazione sistematica dei servizi pubblici di base mediante lo strumento del « voucher » (vedi Par. 4.4) consente al cittadino di utilizzare il proprio voucher come « franchigia » nell'ambito di una copertura assicurativa privata: in altri termini, la compagnia di assicurazione può assicurare l'erogazione di alcuni servizi integrativi rispetto a quelli di base garantiti dallo Stato e conseguentemente può richiedere il pagamento di un premio molto ridotto rispetto al caso in cui la fruizione di servizi resi dal settore privato presupponga la rinuncia al servizio pubblico di base. Il carattere individuale del fondo⁷⁷ rende lo schema totalmente

⁷⁵ Come si è già detto, un'eccezione è fornita proprio dal sistema sanitario italiano: mi riferisco alla possibilità offerta da alcuni ospedali pubblici di usufruire di un posto letto a pagamento all'interno della struttura pubblica: l'utente può ricevere le prestazioni del servizio sanitario pubblico (sale operatorie...) ed al tempo stesso godere di un trattamento « alberghiero » di qualità superiore a quella offerta dal servizio di base. Questa strada è stata percorsa con poca convinzione dagli amministratori delle USL italiane (penso a gare di appalto pubbliche per la concessione della gestione dei posti letto) ma costituisce un embrione di quello che potrebbe essere un sistema realizzato secondo la prospettiva indicata da Dobson.

⁷⁶ La proposta dunque — pur nella sua impostazione liberista radicale — non presuppone una visione « residuale » dello stato sociale nel senso che esso non riguarda solo le fasce sociali più marginali. Ciò garantisce evidentemente una centralità ed un sostegno politico ampio al programma pubblico.

⁷⁷ La possibilità concreta di gestire un sistema di conti individuali è ovviamente garantita dallo sviluppo recente degli strumenti informatici: una proposta come quella qui in esame sarebbe stata semplicemente irrealizzabile anche solo 15 anni fa.

indipendente dalla posizione lavorativa ricoperta e dunque comporta una completa « trasportabilità » della copertura.

Il fatto che il capitale accumulato da ciascun individuo sia utilizzabile per l'acquisto di una vasta gamma servizi, (alcuni — come l'istruzione — fruibili anche in giovane età ed altri — per esempio la previdenza — fruibili da anziani) può costituire un incentivo a risparmiare per persone incapaci di pianificare su un orizzonte temporale molto lungo.

Dobson stesso ammette che un aspetto debole della sua proposta riguarda la possibilità di garantire a tutte le classi di età (ed ai soggetti con particolari livelli di esposizione a rischi) una adeguata copertura assicurativa: un voucher di importo sufficiente per pagare il premio assicurativo di una polizza sanitaria di un giovane non consente di assicurare un anziano. In effetti abbiamo già ampiamente discusso della questione (vedi Par. 3.1). Su questo punto Dobson propone una possibile soluzione innovativa: imporre alle compagnie di assicurazione di offrire un prodotto assicurativo standard ad un prezzo fisso per tutti i consumatori. Tale prezzo (premio) dovrebbe naturalmente essere sufficiente a garantire, sulla media della popolazione, un profitto. Allo scopo di impedire che le compagnie selezionino la clientela al fine di evitare i portatori di rischi più elevati, si immagina di attribuire ad ogni caratteristica individuale (età, stato di salute pregressa...) un punteggio ed imporre che ciascuna compagnia abbia una clientela con un dato punteggio medio. Questa proposta in realtà non sembra convincente per almeno due ragioni: innanzitutto si tratta di un meccanismo molto laborioso ed ambiguo: è molto difficile per esempio quantificare in un numero lo stato di salute di una persona... molti abusi sarebbero possibili ed i controlli quasi impossibili. Inoltre, non è detto che i fenomeni in questione siano lineari: in altri termini non è detto che per una compagnia sia indifferente in termini economici avere due clienti con punteggio 5 oppure un cliente con punteggio 2 ed uno con punteggio 8.

Dobson immagina anche che lo Stato possa intervenire per pagare una parte dei premi (attuarialmente equi) che compagnie private impongono alle persone anziane. L'intervento pubblico cacciato dalla finestra rientrerebbe in questo caso dalla porta. La possibilità di conseguire comunque risparmi di spesa dipenderebbe comunque dall'efficienza del mercato assicurativo rispetto a meccanismi di tipo ripartitivo (si rinvia nuovamente al Par. 3.1).

Riferimenti bibliografici

AA. VV., 1985 *Le IPAB in Campania: aspetti giuridici e sociologici*, Franco Angeli, Milano

Abel, A.B., Mankiw N.G., Summers L.H. and Zeckhauser R.J., *Assessing Dynamic Efficiency: Theory and Evidence*, in « Review of Economic Studies », 56, 1989: 1-20.

Atkinson, A.B., 1987 *Income Maintenance and Social Insurance*, in A.J. Auerbach e M. Feldstein (a cura di), « Handbook of Public Economics Volume II », Amsterdam, North-Holland.

Bacchiega A. e Borzaga C., 1997 *L'analisi economica delle organizzazioni nonprofit: limiti degli approcci tradizionali e possibili sviluppi*, mimeo.

Baumol W., e Bowen W., 1966 *Performing Arts: the Economic Dilemma*. New York, Twentieth Century Fund.

Beltrametti L.:

1996 *Il debito pensionistico in Italia*, Bologna, Il Mulino.

1997a *Pensioni e privatizzazioni: una proposta per la politica economica italiana*, in « Il Mulino », n. 1, 1997, pp. 182-187.

1997b *Alcune considerazioni circa l'ipotesi di scambio volontario tra diritti pensionistici e proprietà pubbliche*, relazione al seminario: « Un'ipotesi di scambio volontario tra diritti pensionistici e proprietà pubbliche » organizzato dal Cnel, Roma 5 Giugno.

Beltrametti, L. e Croce, G., 1997 *Social security and national saving in Italy: a comment on Rossi and Visco*, in: « Ricerche Economiche », n. 51, 1997, pp 157-164.

Bimbi F., Bosi P., Ferrera, F. e Saraceno C. (a cura di), *La spesa per l'assistenza*, Documento di Base n. 3 redatto nell'ambito dei lavori della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997.

Blinder, A., 1988 *Why is the Government in the Pension Business?* in S.W. Wachter (a cura di) « Social Security and Private Pensions », Toronto, Lexington Books.

Boitani A., e Pace D., 1991 *L'equilibrio finanziario degli anziani*, in Area e Cer (a cura di) « Secondo rapporto sugli anziani in Italia », EdiSpi, Roma.

Borzaga C.:

1994 *Stato sociale e « welfare mix »*, in « Tutela », n. 3/4, pp. 5-12.

1997a *Stato sociale e politiche del lavoro*, Giugno, mimeo.

1997b *Il terzo settore: dimensioni, evoluzione, caratteristiche e potenzialità*, mimeo

Borzaga C. e Mittone L.:

1997a *The multi-stakeholders versus the nonprofit organisation*, Dipartimento di economia, Università di Trento, Discussion Paper n. 7.

1997b *Il ruolo delle organizzazioni nonprofit multistakeholder nella riforma britannica del welfare state*, mimeo.

Bosi P., 1997 Osservazioni sulle modalità di finanziamento del Fondo per l'Assistenza a Non Autosufficienti, in Provincia Autonoma di Bolzano, *La copertura previdenziale per non autosufficienti* » Bolzano.

Bosi P. e Matteuzzi, M., 1997 *Nuovi strumenti per l'assistenza sociale*, mimeo.

Brugiavini, A., 1987 *Effetti delle pensioni sul risparmio nella teoria del ciclo vitale*, in « Studi e Informazioni », 4, pp. 157-179.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1994 *Erläuterung zur sozialen Pflegeversicherung* (Il fondo previdenziale di assistenza ai non autosufficienti), traduzione italiana a cura della Provincia Autonoma di Bolzano.

Cambois E. e Robine, J.M., 1996 *An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Caselli L., 1995 *Le aziende non profit tra stato e mercato*, Atti del convegno dell'Accademia Italiana di Economia Aziendale, Roma 28-30 Settembre.

Commissione regionale di studio sulle opere pie del Lazio, 1979 *Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza della regione Lazio*, Roma.

Cosi D., 1996 *Le IPAB Infraregionali nel ventennio 1976/1996*, lavoro presentato al Convegno Uneba-Ansdipp, Milano, Palazzo delle Stelline 31 Ottobre.

Diamond, P., 1994 *Insulation of Pensions from Political Risk*, NBER Working Paper n. 4895.

Dobson A.,:

1996a *Welfare: a Radical Rethink - the Personal Welfare Plan*, Centre for The Study of Financial Innovation, Working Paper n. 22, Maggio.

1996b *Towards a More Logical Welfare Structure*, Mimeo.

Edvartsen T., 1996 *Possibilities and Problems in a Cross-Country Comparative Analysis of Long Term Care Systems* in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Egidi V., 1997 *Anziani: prospettive demografiche e problemi sociali*, in D. da Empoli e G. Muraro (a cura di), *Verso un nuovo stato sociale. tendenze e criteri*, Milano, Franco Angeli.

Feldstein, M., 1974 *Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital Accumulation*, in « Journal of Political Economy », 5, pp. 905-26.

Fries J., 1980 *Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity*, in « New England Journal of Medicine », 303, pp. 130-135.

Grimaldi P. e Grimaldi R., 1983 *Il potere della beneficenza. Il patrimonio delle ex opere pie*. Franco Angeli Milano.

Gruenberg E., 1977 *The failures of success*, in « Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society », 55, pp. 3-24.

Hauschild R., 1994 *Le proposte iniziali e la configurazione definitiva*, in « Il Fondo Previdenziale di Assistenza ai non autosufficienti » da Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, « Erläuterungen zur sozialen Pflegeversicherung », Bonn (traduzione italiana a cura della Provincia Autonoma di Bolzano).

Hecken J., 1997 *Il fondo di assistenza ai non autosufficienti: un nuovo fardello per l'assistenza o un modo coerente per riformare lo stato sociale?*, relazione tenuta al convegno organizzato dalla Provincia Autonoma di Bolzano « La copertura previdenziale per i non autosufficienti », 22 maggio, mimeo.

Hennessy P., 1995 *Social Protection for Dependent Elderly People: Perspectives from a Review of OECD Countries*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, n. 16, Parigi.

Klein, T., 1996 *Determinants of Institutionalization in Old Age*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Kramer M., 1980 *The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities*, in « Acta Psychiatrica Scandinavica », 62, pp. 282-297.

Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali, 1977 *Il pluralismo nell'intervento sociale*, Roma.

John G., 1996 *The Assessment and the Regulation of Quality in Long-Term Care*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Lamura G. e Mengani M., 1995 *La nuova « assicurazione sociale dell'assistenza tedesca »*, in « La Rivista di servizio sociale », n. 3.

Le Grand J. e Barlett W. (a cura di), 1993 *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan, Londra.

Leicksenring K. e Prinz C., 1997 *Gli aspetti più salienti delle varie ipotesi di previdenza per i non autosufficienti nella Regione Trentino-Alto Adige*. Parere elaborato per incarico della Provincia Autonoma di Bolzano. Mimeo.

Manton K., 1982 *Changing Concepts of Morbidity and and Mortality in the Elderly Population*, in « Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society », 60, pp. 183-244.

Mauroy H., 1996 *La préservation d'une éthique solidariste: une arme pour la mutalité*, in « Revue Internationale de l'économie sociale », n. 2, pp. 72-82.

Morley-Fletcher E., 1996a *Rapporto su: statualità, mercato e socialità nel welfare*, CNEL, Gruppo di lavoro sulla mercatizzazione del sociale.

Morley-Fletcher E., 1996b *Il sistema di Electronic Benefit Transfer negli Stati Uniti e le prospettive di una « Carta del Cittadino » in Europa*, in « Economia Pubblica », 5, pp. 35-59.

Munnell, A.H. e Yohn, F.O., 1992 *What is the Impact of Pensions on Savings?*, in Z. Bodie e A.H. Munnell, (a cura di), « Pensions and the Economy. Sources, Uses and Limitations of Data » Philadelphia, Pension Research Council and University of Pennsylvania Press.

Nocera S. e Zweifel P., 1996 *Women's Role in the Provision of Long-Term Care, Financial Incentives, and the Future Financing of Long-Term Care*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

OECD, 1996 *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, Etudes de politique sociale n. 19.

Pergameno S., 1975 *La roba clericale*, Savelli, Roma.

Population Reference Bureau, 1997, *Chronic disabilities declines dramatically among older americans*, in *Aging Trends & Forecasts*, n. 3, 1997.

Provincia Autonoma di Bolzano, 1997 *Assistenza ai non-autosufficienti in Alto Adige*, mimeo.

Robine J.M., e Mormiche P., 1993 *L'espérance de vie sans incapacité augmente*, in INSEE Première, 281, pp. 1-4.

Rossi, N. e Visco, I., 1992 *Private Saving and Government Deficit in Italy 1951-1990*, in « Temi di discussione » n. 178, Banca d'Italia.

Rossi, N. e Visco, I., 1995 *National Saving and Social Security (Italy 1951-1994)*, in « Ricerche Economiche », 49, 1-38.

Salvadori, F.;

1996 *Pflegeversicherung. La nuova assicurazione sociale di assistenza per i non autosufficienti in Germania*, mimeo.

1997 (a cura di) *Germania. Il modello tedesco dell'assicurazione obbligatoria a favore delle persone non autosufficienti*, mimeo.

Schmall W. e Rothgang H., 1996 *The Long-Term Costs of Public Long-Term Care Insurance in Germany. Some Guesstimates*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Schneekloth, U., 1996 *Determining the Long-Term Care Needs of Individuals Living in Private Households: Results from a Survey*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Schulte, B., 1996 *Social Protection for Dependence in Old Age: the Case of Germany*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Sloan F., Hoerger T. e Picone G., 1996 *Effects of Strategic Behaviour and Public Subsidies on Families' Savings and Long-Term Care*, in Eisen R. e Sloan F. (a cura di), « Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions », Boston, Kluwer.

Snowder D., 1993 *The Future of the Welfare State*, in « The Economic Journal », 103, pp. 700-717.

Terranova F., 1975 *Il potere assistenziale*, Editori Riuniti, Roma.

Thaler, R. e Shefrin, H.M., 1981 *An Economic Theory of Self-Control*, in « Journal of Political Economy », 89, pp. 392-406.

Thompson, L., 1983 *The Social Security Reform Debate*, in « Journal of Economic Literature », XXI, pp. 1425-1467.