

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXI**

n. **2/I**

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

Indagine sulla riforma dell'assistenza sociale

I. L'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato

*richiesta il 21 marzo 1997, ad iniziativa della XII Commissione (Affari sociali),
ai sensi dell'articolo 147, comma 2, del regolamento*

Trasmessa alla Presidenza il 9 settembre 1998

PAGINA BIANCA

PREMESSA

L'indagine sulla riforma dell'assistenza sociale, svolta dal CNEL su richiesta della Camera dei deputati, nell'ambito dell'istruttoria legislativa svolta dalla XII Commissione (Affari sociali) sulle proposte di legge riguardanti la riforma dell'assistenza sociale, si articola in sei distinti rapporti di ricerca, presentati nel corso del seminario dal titolo « temi e proposte per una riforma dell'assistenza sociale » svoltosi a Roma — Palazzo San Macuto — il 21 aprile 1998.

I rapporti di ricerca sono pubblicati, a cura della Camera dei deputati, nei seguenti volumi:

- DOC XXI n. 2/I L'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato.
- DOC XXI n. 2/II Il ruolo degli organismi *non profit* nel settore assistenziale.
- DOC XXI n. 2/III Spesa pubblica per l'assistenza, ruolo degli Enti locali e « trappole della povertà ».
- DOC XXI n. 2/IV L'articolazione istituzionale e organizzativa dell'assistenza in alcuni Paesi OCSE.
- DOC XXI n. 2/V Analisi delle problematiche istituzionali, economiche e sociali relative all'introduzione del concetto di « minimo vitale » — Comparazioni internazionali.
- DOC XXI n. 2/VI La gestione elettronica delle erogazioni assistenziali negli USA.

PAGINA BIANCA

LETTERE DEL PRESIDENTE DELLA CAMERA
E DEL PRESIDENTE DEL CNEL

PAGINA BIANCA

IL PRESIDENTE DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

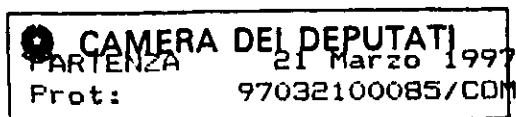
Caro e Illustre Presidente,

la XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati ha iniziato l'esame delle proposte di legge riguardanti la riforma dei servizi sociali.

E' questo un tema complesso, la cui trattazione richiede l'attivazione di tutti gli strumenti che il regolamento della Camera mette a disposizione delle Commissioni al fine di garantire una completa istruttoria alle deliberazioni da assumere nell'ambito del procedimento legislativo. Sulla base di tali considerazioni, la XII Commissione nella seduta del 19 marzo scorso ha deliberato, ai sensi dell'articolo 147, comma 2, del regolamento, di richiedere un'indagine del CNEL sui sistemi assistenziali dei principali Paesi dell'Unione europea, degli Stati Uniti e del Canada, individuandone contestualmente l'oggetto e le finalità.

La inviterei, pertanto, ai sensi del citato articolo 147, comma 2, del regolamento, ad assumere le iniziative opportune affinché il Consiglio da Lei presieduto possa compiere l'indagine, nei termini definiti dal documento allegato.

Enrico
Vittorio



Prof. Giuseppe DE RITA
Presidente del CNEL
ROMA

PAGINA BIANCA

*Camera dei Deputati*

**FINALITA' E OGGETTO DELL'INDAGINE RICHIESTA AL CNEL, AI SENSI
DELL'ARTICOLO 147, COMMA 2, DEL REGOLAMENTO, SUI SISTEMI
ASSISTENZIALI DEI PRINCIPALI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA, DEGLI
STATI UNITI E DEL CANADA**

La XII Commissione ha al proprio esame in sede referente una serie di proposte di legge (n 354 e abbinate) di riforma del sistema dell'assistenza sociale. Si tratta di una tematica di estrema importanza ed attualità in quanto interviene su un aspetto delicato della più generale riforma del *Welfare State*.

La complessità della materia richiede l'attivazione di tutti gli strumenti di conoscenza a disposizione del Parlamento per approfondire le diverse tematiche che, in modo diretto o indiretto, risultano connesse con l'assistenza sociale.

Un aspetto principale che fa da cornice a tutto il dibattito è rappresentato dalla comparazione con i sistemi di protezione sociale degli altri paesi e, in particolare, con quelli degli altri Stati membri dell'Unione europea, degli Stati Uniti ed el Canada nonché con le politiche di protezione sociale impostate in sede comunitaria. Al riguardo appare sempre più necessario disporre di studi comparati aggiornati che siano in grado di evidenziare le similitudini e le differenze sul piano dei modelli seguiti nei diversi paesi e sugli aspetti quantitativi della spesa sociale.

Quanto al primo aspetto, la semplice ricostruzione normativa dei diversi interventi pubblici non sempre riesce a fornire il quadro di insieme delle politiche di protezione sociale: è importante invece disporre di analisi che diano conto delle tendenze generali di impostazione dell'intervento pubblico e del rapporto con gli attori privati del sistema sociale.

Quanto al secondo aspetto, i dati disponibili sulla spesa assistenziale risultano difficilmente comparabili e scarsamente aggregabili stante la diversità delle contabilità nazionali e la difficile limitazione del settore dell'assistenza all'interno della più generale spesa sociale. Risulta pertanto opportuno promuovere una riclassificazione di tale spesa in modo da avere la possibilità di un confronto apprezzabile tra i vari paesi comunitari.

Gli aspetti più rilevanti sui quali concentrare tale indagine sembrano essere i seguenti:



Camera dei Deputati

- *la ripartizione delle competenze tra il centro e la periferia*: è necessario conoscere come vengono ripartite le competenze tra lo Stato e le diverse articolazioni delle autonomie territoriali nella prospettiva di dare concreta attuazione al principio di sussidiarietà;

- *le relazioni tra il pubblico ed il privato*: si tratta di individuare quali siano i punti di equilibrio tra l'intervento pubblico e quello del privato nelle sue diverse rappresentazioni (privato, privato sociale, nonprofit, volontariato);

- *le forme dell'intervento*: poiché la configurazione delle prestazioni varia da sistema a sistema si rende necessario una descrizione delle forme dell'intervento assistenziale con particolare riferimento alle prestazioni economiche;

- *la spesa*: la riclassificazione della spesa sociale è uno degli obiettivi più importanti per una comparazione dei sistemi assistenziali dei diversi paesi europei ed è necessario pertanto individuare indici omogenei capaci di dare conto degli aspetti quantitativi dei trasferimenti pubblici e degli investimenti privati;

- *i soggetti beneficiari*: non sempre sono rintracciabili criteri omogenei in base ai quali individuare soggetti aventi diritto all'assistenza sociale, è indispensabile quindi ricostruire le figure di beneficiari degli interventi assistenziali e individuare i criteri in base ai quali si fa luogo alle prestazioni, specificando, ove previsto, attraverso quali modalità si realizza il concorso alla spesa;

- *il rapporto tra i sistemi di protezione pubblica e le forme di mutualità integrativa*.



*Il Presidente
del Consiglio Nazionale
dell'Economia e del Lavoro*

Roma, 9 settembre 1998

PROT. N. 2482 - 2/2

Caro e illustre Presidente,

sono lieto di poterLe trasmettere ufficialmente copia della stesura definitiva, per la stampa, dei sei rapporti di ricerca presentati il 21 aprile scorso in occasione del seminario di presentazione dell'indagine svolta dal CNEL, su richiesta della vostra XII Commissione affari sociali, sulla riforma dell'assistenza sociale. I rapporti, a norma dell'art. 147, comma 2° del Regolamento della Camera dei Deputati, saranno pubblicati a cura della Camera.

Con i più cordiali saluti,


Giuseppe De Rita



On. Luciano Violante
Presidente
Camera dei Deputati
Palazzo Montecitorio
00100 ROMA

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione e le principali conclusioni	Pag.	15
PARTE I: Alcuni aspetti teorici del problema		
1. <i>La domanda e l'offerta di servizi di assistenza</i>		
1.1. Introduzione	»	20
1.2. La domanda di assistenza: demografia ed alcuni problemi def- nitori	»	21
1.3. L'offerta di assistenza: alcune questioni rilevanti	»	29
2. <i>Le ragioni dell'intervento pubblico nell'assistenza: una breve rassegna</i>		
2.1. L'obbligatorietà della partecipazione a schemi assicurativi	»	32
2.2. La gestione del sistema da parte dello Stato	»	35
3. <i>Modalità di finanziamento dell'assistenza</i>		
3.1. Introduzione: ripartizione e capitalizzazione	»	38
3.2. L'origine degli stock di capitale	»	46
3.2.1. Dai flussi agli stock	»	46
3.2.2. Il conferimento di capitale	»	47
4. <i>Modalità di erogazione delle prestazioni</i>		
4.1. Introduzione	»	53
4.2. Trasferimenti in denaro	»	54
4.3. Erogazione di servizi	»	57
4.4. I buoni servizio (« vouchers »)	»	58
PARTE II: Due recenti realizzazioni e due proposte oggetto di dibattito		
5. <i>L'esperienza tedesca</i>		
5.1 Introduzione	»	61
5.2 I contenuti della legge tedesca	»	63
6. <i>L'esperienza francese</i>		
6.1 Introduzione	»	80
6.2 I principali contenuti della legge francese	»	80
7. <i>Due aspetti del dibattito recente</i>		
7.1. Il caso della Provincia autonoma di Bolzano	»	82
7.2 La proposta radicale di Dobson: i conti personali del cittadino ..	»	85
Riferimenti bibliografici	»	88

Il presente rapporto è il primo di una serie di rapporti sulla riforma dell'assistenza che il Gruppo di lavoro Mercato sociale del CNEL ha predisposto per la XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.

Il Gruppo di lavoro è coordinato da Edwin Morley-Fletcher ed è composto da Carlo Canali De Rossi, Carla Collicelli, Silvia Costa, Giulio De Caprariis, Lia Ghisani, Andrea Gianfagna, Antonio Lamanna, Beniamino Lapadula, Piero Lauriola, Stefano Lepri, Giovanni Magliaro, Sandro Naccarelli, Vittorio Pagani, Pietro Talamo, Marco Giuseppe Venturi.

La stesura del presente rapporto è stata affidata a Luca Beltrametti.

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 dell'erogazione 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'oltra-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 assistenza⁷ 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 ultrasessantacinquenni, 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...

base di tre tipi di argomenti: paternalismo, selezione sfavorevole, azzardo morale. Il primo argomento fa riferimento a forme di razionalità limitata degli agenti; il secondo ad asimmetrie informative che determinano fallimenti di mercato e fanno quindi sì che l'intervento pubblico possa consentire di raggiungere livelli di efficienza superiori rispetto a quella dei liberi mercati; il terzo a problemi di credibilità.

Paternalismo

Nella sua formulazione tradizionale, l'argomento del paternalismo presuppone che lo Stato sia in grado di perseguire gli interessi dei cittadini meglio dei cittadini stessi. Così posto, questo argomento appare poco convincente dal momento che presuppone una visione in qualche misura « autoritaria » delle ragioni dell'intervento pubblico nell'economia.

Esiste tuttavia un'accezione più « moderna » del concetto di paternalismo: è il cosiddetto « paternalismo di Ulisse »¹⁴. In presenza di un meccanismo democratico per cui il Parlamento attua i desideri della maggioranza dei cittadini, si può parlare di una volontà da parte degli stessi cittadini di assumere un impegno vincolante (un « pre-commitment ») con se stessi: essi dubitano delle proprie capacità di perseguire coerentemente obiettivi di lungo periodo e preferiscono « legarsi le mani ». Questa impostazione ha in comune con il paternalismo « tradizionale » il presupposto che gli individui siano limitatamente razionali e dunque abbiano bisogno dell'intervento coercitivo dello Stato per perseguire meglio i loro propri interessi¹⁵. Ciò implica evidentemente la necessità di rendere obbligatoria la partecipazione al sistema.

A sostegno dell'argomento del paternalismo si possono citare i risultati di alcune inchieste demoscopiche condotte recentemente in Germania: oltre 70% degli intervistati dichiara di essere favorevole all'istituzione di un fondo di assicurazione obbligatoria per i non autosufficienti mentre circa 2/3 degli intervistati ha dichiarato che non sarebbe disposto (neanche per il futuro) a stipulare individualmente una polizza assicurativa che copra il rischio della non autosufficienza: sembra quindi che, pur a fronte di una diffusa consapevolezza dell'esistenza e della gravità del problema, gli individui non siano in grado di agire autonomamente per realizzare il desiderio di una copertura assicurativa.

Selezione sfavorevole

Si tratta di un fenomeno assai noto (e quindi non ci dilunghiamo): nel caso in cui l'acquisto della copertura assicurativa sia lasciato alla

¹⁴ L'espressione « Ulysses paternalism » è usata da Blinder 1988.

¹⁵ Thaler e Shefrin 1981 formalizzano questa teoria sulla base di studi psicologici e cognitivi; essi immaginano che la mente di ciascuno di noi sia rappresentabile da due « io » che convivono ma non sono perfettamente coordinati: un « planner » che formula obiettivi e piani di lungo periodo ed un « doer » che giorno per giorno compie scelte con orizzonte di breve periodo. Se il « planner » non si fida nella capacità di autocontrollo del « doer » cercherà di implementare un meccanismo istituzionale che renda vincolanti nel tempo le sue scelte di lungo periodo.

scelta discrezionale dei singoli individui, coloro che optano per l'assicurazione non costituiscono un campione rappresentativo dell'intera popolazione. In particolare, in presenza di asimmetrie informative (tra assicuratori e clienti) circa le probabilità di insorgenza dell'invalidità, capita che il gruppo di coloro che acquistano la copertura assicurativa si selezioni in modo sfavorevole per le compagnie di assicurazione: esso è composto da soggetti con probabilità particolarmente elevate che si verifichi l'evento temuto.

Le compagnie saranno quindi costrette a praticare premi molto elevati: ciò indurrà ovviamente un aggravamento del fenomeno della selezione avversa: i soggetti con probabilità di evento sfavorevole non molto elevate sarebbero indotti ad uscire dal mercato rinunciando alla copertura assicurativa. A seconda della gravità con cui questo fenomeno si verifica, può capitare che i premi di assicurazione praticati dalle compagnie siano estremamente elevati oppure che il mercato collassi nel senso che la domanda e l'offerta si rarefanno fino a configurare la scomparsa del mercato stesso ¹⁶.

Evidentemente, la presenza di un obbligo di copertura assicurativa garantisce le compagnie nel loro complesso circa la qualità complessiva della popolazione assicurata: le compagnie potranno gravare un premio calibrato sulle probabilità medie. Ciò garantisce a priori la sopravvivenza del mercato. Si noti che la presenza di asimmetrie informative presuppone (tautologicamente) l'impossibilità per gli agenti di segnalare in modo convincente la propria tipologia di appartenenza e per le compagnie di osservare la tipologia di ciascun individuo. Ciò fa sì che l'obbligo di copertura assicurativa (con conseguente applicazione di un « premio medio ») non determini in modo automatico effetti redistributivi a danno dei soggetti con basse probabilità di sinistro rispetto alla situazione di assenza di obbligo assicurativo. Infatti costoro pagano sì un premio superiore rispetto a quello potrebbero pagare in presenza di informazione perfetta ma si trovano comunque a beneficiare di una copertura assicurativa che le pure forze di mercato lasciate a se stesse non avrebbero potuto offrire. È possibile che essi si trovino comunque in due soli stati del mondo alternativi: in un mondo in cui non ci sono obblighi assicurativi ma il mercato semplicemente non c'è oppure in un mondo con obbligo assicurativo con premi « medi ».

Credibilità delle minacce (opportunismo)

L'assistenza dei non autosufficienti costituisce un tema che coinvolge valori di solidarietà profondamente e diffusamente sentiti. Ciò costituisce certamente un argomento a favore dell'introduzione di un meccanismo assicurativo.

In assenza di obbligatorietà della partecipazione, si può avere tuttavia incentivo a comportamenti di tipo opportunistico: proprio la

¹⁶ Naturalmente, pur a fronte di cosiddetti « fallimenti del mercato » non è ovvio che l'intervento dello Stato migliori la situazione. Per un'analisi non deviata da pregiudizi ideologici dei fallimenti del mercato e dei limiti dell'intervento pubblico nel campo dei servizi dello stato sociale, si veda Snower (1993).

presenza di un forte sentimento collettivo a sostegno della tutela dei non autosufficienti potrebbe indurre molti a non sottoscrivere individualmente l'assicurazione confidando di potere comunque contare sull'assistenza dello Stato in caso di necessità. In altre parole, la non credibilità della minaccia di non assistere coloro che — privi di copertura assicurativa — si trovino ad essere non autosufficienti può determinare comportamenti di « free riding »: gli individui cercano di evitare di pagare individualmente un costo e si propongono di sfruttare a proprio vantaggio costi comunque sopportati dalla collettività.

2.2 La gestione del sistema da parte dello Stato.

Si può sostenere la necessità della gestione diretta da parte dello Stato sulla base di argomenti fondati su considerazioni di opportunità oppure di efficienza.

Il principale argomento a favore dell'intervento diretto dello Stato nella gestione dell'assistenza riguarda la possibilità di applicazione della logica ripartitiva.

Solo lo Stato può gestire un sistema a ripartizione (sia esso un sistema pensionistico o un fondo di assistenza): la logica della ripartizione presuppone infatti (per essere efficiente e sostenibile) non solo l'esistenza di una partecipazione obbligatoria ma anche l'universalità della base di popolazione assicurata: tale meccanismo può essere applicato solo in presenza di partecipazione obbligatoria ad un unico schema ¹⁷ La gestione non pubblica di un sistema a ripartizione comporta quindi la creazione di un monopolio privato.

Il meccanismo della ripartizione può essere preferito sulla base di considerazioni di opportunità dal momento che consente il perseguimento di fini redistributivi.

In sostanza, il perseguimento di fini redistributivi si manifesta nella possibilità di far pagare a diverse categorie di soggetti livelli di contributi (premi) che soddisfano criteri di equità sociale piuttosto che attuariale. Come si illustrerà in dettaglio nel prossimo paragrafo (Par. 3), questa circostanza consente tra l'altro di rendere la copertura assicurativa accessibile anche per soggetti con patologie pregresse, già anziani o addirittura già non autosufficienti al momento dell'introduzione dello schema assicurativo.

Più controversi sono gli argomenti che sono portati a sostegno dell'intervento diretto dello Stato nell'erogazione di servizi di assistenza in virtù della presunta superiorità in termini di efficienza della gestione pubblica a ripartizione.

In effetti la questione è teoricamente indeterminata e soggetta a forti condizionamenti ideologici.

L'erogazione da parte dello Stato appare certamente inefficiente se si osservano le numerose, gravi disfunzioni che la macchina burocrati-

¹⁷ Ovviamente, la sola obbligatorietà della partecipazione a qualche schema assicurativo con possibilità di scelta tra una molteplicità di schemi assicurativi alternativi, non consente l'applicazione del meccanismo della ripartizione: una fuga degli assicurati da alcuni schemi verso altri pregiudicherebbe la sostenibilità complessiva del sistema. Anche la possibilità peculiare dello Stato di punire gli evasori dell'obbligo contributivo è ovviamente decisiva nel determinare la capacità esclusiva dello Stato di gestire un sistema a ripartizione.

tica genera (non solo in Italia). Tale inefficienza può essere ricondotta alla carenza e ambiguità degli incentivi operanti nel sistema pubblico ed alla intrinseca impossibilità per un pianificatore di coordinare l'attività di una molteplicità di soggetti economici in presenza di gusti e tecnologie che cambiano nel tempo. In generale, si giunge alla conclusione che è impossibile in pratica attuare redistribuzioni senza compromettere l'efficienza. Come è noto, l'inefficienza degli incentivi può a sua volta dipendere sia dalla natura pubblica del soggetto produttore (obiettivi non chiaramente specificati, carenze nei controlli ...) sia dai problemi le strutture produttive di grandi dimensioni, indipendentemente dal loro essere private o pubbliche (problemi di agenzia). I gravi problemi di efficienza che caratterizzano la produzione pubblica di servizi sono assai noti e la loro discussione esula ovviamente dall'ambito di questo lavoro (per una discussione di queste tematiche riferite al welfare, vedi Snower, 1993).

Come è parimenti noto, esistono anche argomenti in favore della tesi che lo Stato possa produrre servizi con livelli di efficienza superiori rispetto ai privati. In particolare, essi sono riconducibili alla possibilità che la grande produzione in esclusiva da parte dello Stato consenta al produttore pubblico di raggiungere una dimensione ottima dal punto di vista dello sfruttamento di economie di scala. Esse hanno in particolare a che fare con l'efficienza amministrativa¹⁸. Più in generale, il produttore statale può in linea di principio conseguire (in quanto monopolista) una forza contrattuale nei confronti dei fornitori e può coordinare al meglio i vari aspetti della produzione e distribuzione dei servizi sul territorio evitando duplicazioni e sprechi: per paradossale questa posizione possa sembrare, essa trova certamente un sostegno nel fatto che la spesa sanitaria pro capite sia negli USA molto maggiore rispetto a quella dei paesi europei più avanzati gestiti dalla mano pubblica¹⁹. Sembra opinione diffusa che i sistemi tedesco, olandese o francese offrano ai cittadini un livello di assistenza complessiva almeno pari a quello americano (che tra l'altro lascia totalmente prive di assistenza alcune centinaia di migliaia di cittadini). Certamente la realtà è assai complessa e molti fattori possono determinare questi fatti; posizioni ideologiche non devono tuttavia indurre ad ignorare questa realtà.

La gestione diretta dell'assistenza da parte dello Stato si può in effetti giustificare in negativo sulla base della presunta impossibilità per compagnie private di assicurazione di offrire servizi assicurativi della qualità desiderata a prezzi « efficienti ». La limitata efficienza della gestione assicurativa e privatistica dell'assistenza deriva (vedi per

¹⁸ Per esempio, con riferimento alla previdenza, Diamond (1994) riferisce degli elevatissimi costi amministrativi che caratterizzano i fondi pensione rispetto agli schemi previdenziali pubblici.

¹⁹ Nel 1995 la spesa sanitaria procapite (espressa a parità di potere di acquisto) era negli Usa pari a circa \$ 3.600 mentre per esempio in Germania superava di poco i \$ 2.000; la spesa sanitaria complessiva in rapporto al Pil conferma questa « anomalia » degli Stati Uniti:

Grecia 5,8; Italia 7,7; Portogallo 8,2; Belgio 8,0; Spagna 7,6; Austria 7,9; Irlanda 6,4; Olanda 8,8; Gran Bretagna 6,9; Francia 9,8; Svezia 7,2; Canada 9,6; Giappone 7,2; Germania 10,4; Svizzera 9,7; USA 14,2.

Fonte: OCSE

esempio Leichsenring e Prinz, 1997, p. 4/5 e Bosi 1997) da due circostanze di fondo: i) la difficoltà di calcolare la probabilità con cui il « caso di assicurazione » si verifica e ii) la non perfetta prevedibilità dell'entità del danno e dei suoi costi.

La prima circostanza si riferisce al fatto che nella fattispecie che stiamo considerando il « caso di assicurazione » consiste nella perdita di autosufficienza: tale evento dipende da quadri clinici legati all'età dell'assicurato al suo stile di vita ed anche dal contesto sociale e dalle condizioni abitative di ciascun individuo; (ibidem, p.4) « a complicare le cose si aggiunge anche il fatto che a tutt'oggi sono ancora molto scarse le nostre conoscenze sulle interdipendenze tra i vari rischi individuali, che pure determinano in parecchi casi un incremento notevole del rischio di non autosufficienza ». In qualche misura anche problemi di azzardo morale²⁰ possono ridurre la disponibilità da parte delle compagnie di assicurazione private ad offrire coperture assicurative contro il rischio di non autosufficienza.

La seconda circostanza si riferisce invece al fatto che un assicuratore privato ha bisogno di fissare in anticipo l'entità del danno possibile ed i costi cui egli incorre nel caso in cui l'evento temuto si verifichi; un'assicurazione privata può fare questo stabilendo in anticipo la natura e la quantità delle prestazioni da erogare a fronte di livelli alternativi (e ben specificati) di non autosufficienza. Questo approccio — corretto dal punto di vista delle compagnie di assicurazione — presenta il grave inconveniente di rendere impossibile il rispetto di un'esigenza molto sentita tra l'opinione pubblica: offrire ai non autosufficienti le cure migliori alla luce delle più avanzate conoscenze della scienza medica in quel momento. È evidente che gli sviluppi futuri della tecnologia medica possono comportare grandi miglioramenti nelle possibilità di assistenza a fronte di grandi aumenti nei costi dell'assistenza stessa. Difficilmente una compagnia di assicurazione privata può impegnarsi a coprire i costi futuri dell'assistenza prestata al massimo livello possibile in ciascun periodo di tempo futuro.

Sembra importante ribadire che una posizione in favore di una gestione pubblica dello schema per non autosufficienti non riflette ovviamente una generalizzata sfiducia nelle virtù dei meccanismi di mercato. Al contrario, questa posizione può derivare dalla constatazione che tali meccanismi di fatto nel caso dell'assicurazione per i non autosufficienti non possono dispiegare i loro effetti positivi: si pensi ad esempio alla selezione degli operatori più efficienti attraverso il fallimento di quelli meno competitivi. È evidente che il fallimento di una società impegnata a garantire l'assistenza a persone non autosufficienti avrebbe implicazioni sociali talmente gravi da essere semplicemente non accettabile. Naturalmente si può immaginare che i privati siano obbligati ad aderire a qualche rete di protezione: si pensi all'assicurazione dei depositi nel settore bancario. Si può anche

²⁰ Come è noto, con questa espressione ci si riferisce alla possibilità che — avendo una copertura assicurativa contro un determinato rischio — il soggetto non metta in atto tutte le misure che possano limitare le probabilità con cui l'evento assicurato si verifica. Ciò determina quindi un aumento del rischio sopportato dalle compagnie.

immaginare che lo Stato agisca comunque come « erogatore di ultima istanza ». In questa prospettiva sembra allora naturale riservare comunque un ruolo « di base » per lo Stato e riservare a forme di assicurazione gestite da privati a capitalizzazione una funzione « integrativa » rispetto all'assistenza pubblica.

3. Modalità di finanziamento dell'assistenza.

3.1. Introduzione: ripartizione e capitalizzazione.

Come è ben noto, esistono due modalità alternative di finanziamento di prestazioni previdenziali ed assistenziali: la ripartizione e la capitalizzazione. Non necessariamente le due modalità di escludono a vicenda: al contrario, sembra in atto una tendenza a livello internazionale verso la coesistenza di schemi pubblici di base gestiti a ripartizione e di schemi privati integrativi gestiti a capitalizzazione. A fini espositivi, sembra utile discutere separatamente queste due forme istituzionali: la presenza in entrambe di importanti pregi e difetti, può far d'altra parte comprendere al lettore le potenzialità di sistemi misti.

Ripartizione

Con la ripartizione si utilizza il flusso corrente dei contributi per pagare il flusso corrente delle prestazioni: coloro che pagano i contributi attuano un trasferimento a vantaggio di coloro che soddisfano determinati requisiti. Ciascuno paga i contributi nell'aspettativa di ricevere le prestazioni qualora si trovi a soddisfare i requisiti per ricevere le prestazioni.²¹ Si tratta di una istituzione sociale che si deve reggere su un diffuso consenso sociale e sulla capacità dello Stato di sanzionare comportamenti opportunistici (evasione dell'obbligo contributivo). Si ha una redistribuzione di risorse tra individui attuata da una autorità pubblica in forza di un proprio potere impositivo. Questa redistribuzione avviene attraverso una modificazione forzata di flussi di risorse all'interno della società attuata dal potere pubblico: ad un flusso di risorse prelevate sotto forma di contributi si associa un flusso di risorse trasferite (sotto forma di pensioni, sussidi, prestazioni di servizi assistenziali...) ²² Qualora il meccanismo della ripartizione sia applicato in modo da garantire l'equilibrio tendenziale ²³ tra i flussi in entrata ed in uscita, esso non comporta oneri sistematici per lo Stato.

Nel caso dei sistemi pensionistici i contributi vengono pagati dai giovani lavoratori occupati e le prestazioni vanno a beneficio di persone più anziane che soddisfano requisiti di età anagrafica e/o di

²¹ All'interno del meccanismo ripartitivo è possibile distinguere in base all'estensione della platea dei contribuenti e dei beneficiari: si hanno schemi universali sia nel finanziamento (fiscalità generale) sia dei percettori (« diritti di cittadinanza ») e schemi che invece limitano — per esempio — ai soli lavoratori la platea dei contribuenti e dei beneficiari.

²² Pur in presenza di soli flussi, la ripartizione determina anch'essa l'emergere di variabili « stock » con natura « virtuale » (implicita): si pensi ad esempio alla ricchezza pensionistica o, simmetricamente, al debito pensionistico. Per una discussione del significato e delle implicazioni di questi concetti (con numerosi riferimenti bibliografici) si rinvia a Beltrametti, 1996).

²³ In un'economia soggetta a fluttuazioni stocastiche è irrealistico pensare che sia possibile garantire in ogni periodo il perfetto equilibrio della gestione: si potrà al più conseguire l'obiettivo di un equilibrio dei flussi sulla media dei periodi.

anzianità contributiva. Si attua quindi una redistribuzione prevalentemente (ma non solo) tra generazioni diverse. Ogni generazione aderisce all'istituzione sociale nell'aspettativa che anche le generazioni future faranno altrettanto.

Nel caso invece di schemi di assicurazione contro la non autosufficienza, la logica ripartitiva implica che i contributi siano pagati dall'universalità dei cittadini e che le prestazioni siano ricevute da coloro (giovani o anziani) che hanno perduto l'autosufficienza. In questo caso la redistribuzione tra generazioni diviene meno evidente anche se gli anziani costituiscono certamente una quota molto grande del totale dei non autosufficienti.

La possibilità per gli schemi di assicurazione contro la non autosufficienza gestiti con metodo ripartitivo di far pagare a diverse categorie di cittadini contributi che appaiono socialmente (anche se non attuarialmente) equi appare assolutamente centrale. A questo proposito si può fare riferimento a numerose situazioni nelle quali una gestione puramente privatistica affidata a compagnie di assicurazione produrrebbe esiti socialmente non soddisfacenti.

In primo luogo, coloro che già sono non autosufficienti non possono ricevere copertura: l'evento contro cui ci si assicura si è già realizzato. In ogni caso, solo lo Stato può finanziare l'assistenza di coloro che abbiano già perduto l'autosufficienza al momento dell'avvio dello schema assicurativo. Come è noto, il meccanismo della ripartizione consente invece di erogare le prestazioni anche ad una prima generazione di persone che non hanno pagato alcun contributo alla gestione ma che soddisfano i requisiti per ricevere l'assistenza.

In secondo luogo, coloro che al momento del varo della legge sono anziani presentano un rischio di non autosufficienza particolarmente elevato e quindi sono soggetti a premi (pur attuarialmente equi) molto elevati.

In effetti, tanto più una persona è anziana, tanto più elevato è il rischio di non autosufficienza e tanto minore è, in aspettativa, il numero di anni durante i quali l'assicurato paga i contributi. Le stesse compagnie di assicurazione tedesche in sede di discussione della legge poi varata in Germania hanno stimato sulla base di calcoli attuariali che, per un massimale di 2000 marchi al mese, avrebbero dovuto chiedere il pagamento dei seguenti premi differenziati a seconda dell'età dell'assicurato (vedi Hauschild, 1994):

Età iniziale	Premio mensile (DM)
25	26
30	31
40	44
50	67
60	112
70	207
80	388

Lasciando il problema della non autosufficienza ad una gestione puramente privatistica si esporrebbero gli anziani nel loro complesso

ad oneri insostenibili; d'altra parte, l'esclusione dalla protezione assicurativa di quella parte degli anziani che sono economicamente più deboli appare certamente cosa odiosa ad una larga maggioranza di cittadini.

Nell'ambito del recente dibattito che ha preceduto e seguito il varo della legge sull'assicurazione obbligatoria per il rischio di non autosufficienza in Germania (vedi Parte II, Cap. 5) si è autorevolmente affermato che la scelta del metodo ripartitivo è stata dettata da ragioni di opportunità facendo riferimento a questi due argomenti appena visti²⁴.

L'applicazione del metodo ripartitivo permette (vedi anche Hauschild, 1994 e Leichsenring e Prinz, 1997) di evitare altre circostanze che risultano socialmente intollerabili: per esempio, l'applicazione rigorosa di criteri di equità attuariale implicherebbe che alle persone con patologie pregresse si chiedesse il pagamento di premi particolarmente elevati. Chi troverebbe giusto che un giovane con una forma iniziale di sclerosi multipla sia costretto a pagare premi assicurativi elevatissimi pena l'esclusione da ogni copertura?

La ripartizione consente anche di redistribuire a favore di coloro che hanno familiari a carico: ciò avviene garantendo a questi ultimi la piena copertura assicurativa pur a fronte di livelli contributivi omogenei tra tutti gli assicurati.

Vi è inoltre la questione della discriminazione tra i sessi: poiché le donne hanno una vita attesa più lunga degli uomini esse dovrebbero (sulla base di una logica assicurativa) pagare premi più elevati. Di nuovo, poiché spesso le donne costituiscono soggetti deboli sul mercato del lavoro, non sembra equo che su di esse debbano gravare oneri più elevati.

Infine, un'importante caratteristica esclusiva dei sistemi pubblici a ripartizione consiste nella possibilità di imporre il pagamento di livelli diversi di contribuzione in relazione a livelli diversi di reddito.

Gli argomenti sopra riportati a difesa dell'applicazione del metodo ripartitivo sono soggetti a due ordini di critiche: 1) anche se il libero mercato assicurativo impone ad alcune categorie di cittadini premi che appaiono socialmente inaccettabili, esiste la possibilità per lo Stato di finanziare direttamente quella parte del premio che eccede il livello giudicato socialmente giusto. Una possibile contro-obiezione fa riferimento al fatto che gli attuali non autosufficienti restano comunque privi copertura e che si possono determinare « fallimenti del mercato » di gravità tale da rendere semplicemente inesistente una curva di offerta di servizi assicurativi per alcune categorie particolarmente sfortunate; nell'ambito del dibattito che ha preceduto il varo in Germania della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la non autosufficienza si è inoltre autorevolmente sostenuto che la copertura attraverso meccanismi a ripartizione dimezzava il costo complessivo della gestione rispetto all'adozione obbligatoria da parte dell'intera popolazione di copertura assicurativa privata. Inoltre, anche nei casi in cui questa strada sia percorribile, essa può risultare molto mac-

²⁴ Si veda a questo proposito l'intervento di Hecken (1997), Direttore del gabinetto ministeriale presso il ministero Federale tedesco del lavoro e dell'ordinamento sociale.

chinosa: i premi cambiano infatti per ogni specifica caratteristica individuale e cambierebbero anche nel tempo all'evolvere delle condizioni di salute dell'assicurato. È opinione di chi scrive che sia piuttosto preferibile che lo Stato si faccia direttamente carico di garantire un'assistenza di base per tutti e che si favorisca lo sviluppo di forme di assistenza integrativa e complementare gestiti a capitalizzazione con una logica privatistica. 2) Il metodo ripartitivo è soggetto a gravi limiti di ordine generale: in particolare, esso è vulnerabile a fronte di variazioni nella composizione demografica della popolazione e si presta a comportamenti demagogici da parte del potere politico. A quest'ultimo proposito esiste infatti la possibilità di fare promesse non sostenibili nel lungo periodo beneficiando dell'aumento di popolarità che tali promesse possono comunque comportare nel breve periodo. Anche in questo caso è peraltro possibile immaginare possibili controobiezioni. I mutamenti demografici avvengono con grande lentezza e sono dunque prevedibili con largo anticipo: è dunque possibile apportare i necessari correttivi al sistema. Inoltre, l'incentivo per il potere politico a fare « promesse non sostenibili » esiste anche in altri campi della vita economica: si pensi al caso della creazione di moneta fiduciaria. La soluzione al problema della presenza di incentivi a comportamenti demagogici non necessariamente consiste nell'abolizione dell'uso dello strumento « incriminato » ma può invece consistere in meccanismi istituzionali che « isolino » il potere di decidere in materia dal potere politico: si pensi alla separazione della banca centrale dal potere politico.

Con riferimento al nostro paese la Commissione Onofri (Bimbi et al., 1997) propone la realizzazione di un vero e proprio « schema di sostegno del costo di cura continuativa in età anziana » che dovrebbe sostituire l'istituto dell'indennità di accompagnamento²⁵ ed erogare: un rimborso parziale di cure paramediche, protesi, apparecchiature sanitarie, ecc.; assegni di cura personale; assistenza domiciliare; rimborso parziale di rette di ricovero in residenze specializzate. La Commissione suggerisce che tale schema pubblico sia finanziato mediante l'introduzione di un nuovo cespite di entrata (un'imposta di scopo) applicabile a tutti redditi. Nella consapevolezza della sostanziale impossibilità di alzare ulteriormente la pressione fiscale nel nostro paese, la Commissione suggerisce di lasciare immutata la pressione fiscale complessiva: l'introduzione di tale « imposta di scopo » assumerebbe dunque il significato « di rendere esplicita la volontà politica di prenotare una frazione della pressione tributaria, attribuendo priorità al soddisfacimento di questo bisogno generale... ». Questa soluzione avrebbe tra l'altro il pregio di rendere gli oneri connessi alla gestione di tale schema « trasparenti e quindi politicamente controllabili ». Come si vedrà (Cap. 5), il legislatore tedesco ha deciso di percorrere una strada diversa: il finanziamento del sistema avviene mediante un contributo obbligatorio a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro. L'obiettivo di non gravare ulteriormente sul costo del lavoro

²⁵ Si ricorda che attualmente la concessione dell'indennità di accompagnamento non è condizionata all'accertamento dei mezzi.

è stato perseguito attraverso una contrattazione tra le parti che ha individuato forme di compensazione per le imprese (in particolare, è stata eliminata una festività infrasettimanale).

Nell'ambito del dibattito che ha preceduto l'approvazione delle legge tedesca (vedi Hauschild, 1994) si è discusso molto delle forme di finanziamento di uno schema di assistenza di tipo ripartitivo. In effetti, a prima vista può sembrare che non vi sia una grande differenza tra il pagamento di contributi da parte degli assicurati (l'intera popolazione) ed il finanziamento attraverso la fiscalità generale. In realtà due significative differenze sussistono. In primo luogo, se lo schema è finanziato con il gettito fiscale, sembra naturale che l'entità delle prestazioni erogate ai non autosufficienti venga a dipendere dalla situazione contingente del bilancio pubblico. In secondo luogo, il pagamento di contributi (anche in uno schema a ripartizione) diffonde tra gli assistiti la sensazione che le prestazioni che essi ricevono non costituiscano un atto di generosità (o peggio di pietà) da parte della collettività ma costituiscano piuttosto il corrispettivo ricevuto in cambio di un « contratto di assicurazione » nel cui ambito l'assistito ha precedentemente pagato dei « premi ». In questa ottica, la forma di finanziamento di uno schema a ripartizione non costituisce dunque solo una questione « di etichette »; la proposta della Commissione Onofri di adottare un'imposta di scopo coglie l'importanza della questione e suggerisce una soluzione potenzialmente utile anche se diversa da quella adottata in Germania.

Capitalizzazione

Con la capitalizzazione i contributi (premi) versati dall'assicurato vanno a costituire un « patrimonio » che cresce mediante il reinvestimento degli interessi ed i guadagni in conto capitale. L'erogazione di prestazioni avviene quindi con l'uso di risorse rientranti nella disponibilità dell'ente che gestisce il sistema sulla base di un diritto di proprietà: tale proprietà si esercita su uno stock di beni e sul flusso di reddito e/o di servizi che tale stock di beni genera.

Nel caso dei sistemi pensionistici l'evento assicurato (la vecchiaia) si verifica con certezza per la quasi²⁶ totalità degli assicurati: lo schema pensionistico a capitalizzazione costituisce di fatto uno strumento per trasferire nel tempo potere di acquisto avvalendosi dell'istituzione sociale « proprietà privata ».

Nel caso dell'assicurazione per i non autosufficienti, l'evento assicurato si realizza fortunatamente solo per una parte della popolazione assicurata e quindi il patrimonio accumulato svolge una funzione di riserva matematica all'interno di un meccanismo sostanzialmente assicurativo: ex post, si ha redistribuzione a favore di coloro che sono stati colpiti dall'evento temuto.

Il principale punto di forza di questo metodo di finanziamento consiste nella possibilità di offrire una crescita della capacità di spesa

²⁶ Costituisce un'eccezione il caso di un soggetto che muoia prima di raggiungere l'età pensionabile senza lasciare eredi aventi diritto ad una prestazione di reversibilità.

maggiore rispetto ai sistemi a ripartizione. Come si è già accennato (par. 1.3), questa possibilità deriva dal fatto che le economie efficienti in senso dinamico²⁷ sono caratterizzate da un livello del tasso di interesse maggiore del tasso di crescita dell'economia stessa: ciò implica che il rendimento offerto da un sistema a capitalizzazione (il tasso di interesse appunto) ecceda il rendimento offerto da un sistema a ripartizione (il tasso di crescita del monte salari che a sua volta non può sistematicamente superare il tasso di crescita del Pil).

La logica della capitalizzazione implica che necessariamente intercorre un certo periodo di tempo tra il momento in cui lo schema assicurativo (previdenziale) viene introdotto ed il momento in cui esso è in grado di pagare le prime prestazioni. Qualora lo schema sia concepito per soddisfare bisogni di estrema gravità (questo è certamente il caso della non autosufficienza), allora la capitalizzazione implica che vi sono alcune generazioni di cittadini che sono chiamate a sopportare un doppio onere: devono finanziare trasferimenti a favore di coloro che già si trovano in condizioni di bisogno e devono accumulare fondi nell'ambito del loro proprio schema a capitalizzazione.

La scelta della modalità di finanziamento dello stato sociale non esaurisce necessariamente i suoi effetti nell'ambito della sfera redistributiva. Modificando le dotazioni di beni e le aspettative circa le dotazioni future all'interno della società, tale scelta può produrre modificazioni importanti nei comportamenti individuali (scelte di risparmio, di partecipazione alla forza lavoro...) che possono portare a tassi di accumulazione di capitale diversi ed a sentieri di sviluppo dell'economia diversi²⁸.

Sia gli schemi a ripartizione sia quelli a capitalizzazione necessariamente redistribuiscono le risorse disponibili in un dato momento tra i diversi membri della società²⁹ ciò che cambia è la struttura istituzionale (il titolo giuridico) sulla base del quale il trasferimento avviene.

La circostanza che i sistemi a ripartizione siano gestiti dalla « Stato mentre invece quelli a capitalizzazione siano tipicamente gestiti da privati »³⁰ pone una questione potenzialmente importante: la coesi-

²⁷ In estrema sintesi si può pensare ad una economia dinamicamente efficiente come ad un'economia che segua un sentiero di sviluppo caratterizzato da una accumulazione *non* eccessiva di capitale.

²⁸ Come è noto, un dibattito particolarmente intenso ha riguardato i possibili effetti depressivi dei sistemi pensionistici a ripartizione sul risparmio e sull'accumulazione di capitale. Il dibattito è stato aperto dal celebre articolo di Feldstein del 1974. Rassegne della letteratura possono trovarsi, tra l'altro, in Thompson 1983, Atkinson 1987 e Munnell e Yohn 1992; il caso italiano è stato studiato in particolare da Brugiavini 1987, da Rossi e Visco 1992, 1995 e da Beltrametti e Croce (1997).

²⁹ Al di là dei possibili intenti redistributivi (all'interno di ciascuna generazione) un sistema di stato sociale costituisce un'istituzione capace di « trasportare nel tempo » potere di acquisto di pertinenza di individui dati: per esempio, l'assistenza sanitaria che un anziano riceve non può che essere prestata da qualche lavoratore attivo, mediante l'uso di beni e servizi prodotti al momento della prestazione assistenziale.

³⁰ Una gestione privata di un sistema a ripartizione configurerebbe — come si è detto — un monopolio privato. D'altra parte la gestione pubblica di un sistema a capitalizzazione configura un pesante ruolo dello Stato nella gestione dell'economia qualora lo Stato eserciti il potere di gestione e di indirizzodi cui si trova ad essere titolare in quanto gestore del fondo. A questo proposito (il punto mi è stato suggerito da E. Morley Fletcher) è tuttavia possibile immaginare un mondo (vedi Meade, 1995) in cui lo Stato, pur essendo titolare di beni produttivi, assuma il ruolo di « rentier » e rinunci totalmente alla gestione di tali beni a favore di gestori privati in competizione tra loro.

stenza di un sistema sanitario pubblico gestito a ripartizione con uno schema assicurativo per la non-autosufficienza gestito da privati con una logica a capitalizzazione può infatti porre seri problemi. Infatti, il confine tra prestazioni sanitarie e prestazioni puramente assistenziali è molto labile: le cure di cui necessita una persona non autosufficiente variano da medicine e trattamenti strettamente medicali ad aiuto nel disbrigo di mansioni domestiche (pulizia della persona e della casa...). Qualora sia i servizi strettamente sanitari sia quelli di assistenza ai non autosufficienti siano prestati da strutture pubbliche, i potenziali conflitti circa l'estensione delle rispettive aree di competenza dovrebbe risultare abbastanza contenuto. Infatti, sia la natura degli incentivi dei managers, sia la sostanziale irrilevanza del conflitto dal punto di vista della finanza pubblica aggregata, dovrebbero facilitare la composizione di eventuali conflitti.

Al contrario, qualora il conflitto di competenza veda contrapposti da una parte operatori del settore privato e dall'altra operatori pubblici, la sua composizione risulta certamente più difficile. Ciò può costituire un argomento a favore della gestione pubblica (a ripartizione) anche dello schema per i non autosufficienti³¹ Questa tesi trova un naturale rafforzamento anche nel fatto che nell'interesse dell'assistito è molto importante che vi sia un coordinamento tra l'erogazione di attività strettamente sanitarie e quelle assistenziali. In linea di principio, è possibile un unico gestore pubblico possa meglio effettuare questo coordinamento.

L'obiettivo di coordinare e coniugare l'operare di soggetti pubblici e privati nel campo del welfare è stato perseguito dai governi conservatori inglesi attraverso lo strumento dei «quasi-mercati». Tale strumento ha tra l'altro la funzione di evitare situazioni di monopolio riducendo la concentrazione della domanda e dell'offerta e di garantire il raggiungimento dell'equilibrio tra l'una e l'altra attraverso meccanismi di mercato e non burocratici. Anche la compresenza di soggetti privati (orientati al profitto e non) e pubblici dal lato dell'offerta e l'uso diffuso di «buoni servizio» (vedi par. 4.4) caratterizzano questa esperienza³² Nel suo insieme la vicenda inglese suggerisce che è possibile percorrere vie nuove nel coordinamento da parte dello stato dell'azione privata e pubblica.

Sembra utile ricordare che l'operatività di schemi a capitalizzazione implica comunque un ruolo importante per l'autorità pubblica: occorre comunque un apparato amministrativo che verifichi il rispetto dell'obbligo di assicurazione, che controlli il rispetto di requisiti patrimoniali di bilancio (si pensi all'azione di vigilanza attuata dal-

³¹ Questo aspetto è stato al centro anche del dibattito che ha preceduto il varo della legge tedesca (vedi Hauschild, 1994). In quel paese le casse mutue malattia (pubbliche) coprono il 90% della popolazione e la necessità di un coordinamento tra l'istituzione pubblica che presta l'assistenza sanitaria e l'istituzione preposta all'assistenza dei non autosufficienti è stata addotta come argomento a favore dell'adozione di uno schema pubblico e a ripartizione.

³² Un'analisi dettagliata della questione dei quasi mercati esula dall'ambito di questo lavoro; si rinvia il lettore interessato a Le Grand e Barlett (eds, 1993); per una riflessione sul ruolo dei quasi mercati nell'ambito di un processo di sviluppo di un «mercato sociale» si rinvia a Morley Fletcher, 1996a).

l'Isvap sulle compagnie di assicurazione). Inoltre, l'adozione della gestione a capitalizzazione comporta inevitabilmente l'imposizione di vincoli di portafoglio (più o meno stringenti) sul cui rispetto interviene qualche organo di vigilanza.

Ovviamente un aspetto centrale da considerare nella scelta della modalità di finanziamento di uno schema di assicurazione contro la non autosufficienza riguarda la sua capacità di garantire la copertura dei costi di gestione prevedibili. È possibile che in qualche misura tali costi dipendano dalle modalità adottate per l'erogazione delle prestazioni: questo punto viene discusso nel prossimo Capitolo 4.

Tuttavia, al di là di questo aspetto della questione, la valutazione dei costi aggregati rimane un esercizio intrinsecamente complesso: è evidente infatti che la previsione della futura spesa per assistenza dei non autosufficienti dipende in modo cruciale dalle ipotesi che si fanno circa l'andamento demografico, circa la diffusione delle principali cause di inabilità nell'età anziana e circa l'evoluzione del progresso medico nel trattamento di queste malattie. In altri termini, occorre simulare la futura distribuzione per classi di età e sesso della popolazione, le probabilità di avere bisogno di assistenza imputabile a ciascuna classe di età e sesso ed il tipo di prestazioni che si renderanno necessarie. È interessante notare (Schmahl e Rothgang, 1996) che la struttura prevista dei nuclei familiari (in particolare il numero di anziani che vivono soli) influenza a sua volta la probabilità di avere bisogno di assistenza formale al di fuori della famiglia.

Anche il costo futuro delle diverse prestazioni risulta assai incerto, non solo a causa dell'incertezza circa la dinamica dei prezzi relativi dei servizi di assistenza (vedi Par. 1.3) ma anche per la più sostanziale incertezza circa la natura stessa delle prestazioni che il progresso tecnico renderà disponibili. Qualora agli individui assistiti si lasci aperta la possibilità di scegliere tra più opzioni alternative, anche queste scelte potranno avere un effetto sulla spesa.

Tutti questi aspetti sono soggetti a grandi variazioni in relazione a diverse possibili ipotesi di lavoro. Un esercizio di questo tipo è stato svolto con riferimento alla Germania da Schmahl e Rothgang (1996). Per esempio, si stima che il numero di persone assistite complessivamente in Germania passerà dai circa 1,5 milioni del 1995 a circa 1,8 milioni nel 2010, a circa 2 milioni nel 2030. Il numero di beneficiari per ogni 100 assicurati passerà da 2,29 del 1995 a 2,68 nel 2010, a 3,34 nel 2030. Certamente quest'ultimo dato costituisce un problema più serio per uno schema gestito a ripartizione che per uno gestito a capitalizzazione. Ciò non ostante la dinamica prevista per la spesa pone qualche problema anche a schemi gestiti a capitalizzazione: per la Germania si prevede che la spesa in assistenza domiciliare cresca di circa il 25% tra il 1995 ed il 2030. Emergono anche notevoli differenze nei livelli di spesa a seconda della modalità scelta per l'erogazione delle prestazioni: per esempio, la spesa al 1995 è posta pari a circa 10, 12 e 20 miliardi di marchi all'anno a seconda che l'assistenza domiciliare venga erogata, rispettivamente, al 100% con trasferimenti in denaro, oppure all'80% con trasferimenti in denaro oppure tutta in servizi (Schmahl e Rothgang, 1996, Fig. 3). La spesa complessiva per l'assistenza ai non autosufficienti per il 1995 è stimata

in 28,6 miliardi di marchi. L'estrema difficoltà che si incontra nel valutare la spesa complessiva di uno schema assistenziale di questo tipo è testimoniata anche dalla grande variabilità che si riscontra effettuando simulazioni riferite al 1995 sotto scenari alternativi: (Schmahl e Rothgang, 1996) valutano la spesa in un intervallo compreso tra 27 e 37,9 miliardi di marchi. Proiezioni al 2030, effettuate immaginando che il livello dei benefici resti costante nel tempo, collocano la spesa complessiva tra i 50 ed i 36 miliardi di marchi con aumenti rispetto al 1995 compresi tra il 31,6% ed il 34,4%.

Certamente non è immediato trarre da queste simulazioni riferite alla Germania conclusioni applicabili direttamente all'Italia: alle intrinseche cause di indeterminatezza della previsione si aggiunge infatti il fatto che la struttura demografica, la composizione dei nuclei familiari, le funzioni di comportamento individuali possono essere significativamente diverse nei due Paesi.

Pur con queste premesse, si può grossolanamente estrapolare dal dato tedesco l'ipotetico costo di uno schema uguale a quello introdotto in Germania, applicato all'Italia: considerando che la popolazione italiana è pari a circa 5/8 di quella tedesca, si può affermare che il costo iniziale di uno schema siffatto in Italia si aggirerebbe intorno ai 18.000 miliardi di lire all'anno e sarebbe probabilmente soggetto a crescere di circa il 35% nell'arco dei prossimi 35 anni.

3.2. L'origine degli stocks di capitale.

3.2.1. Dai flussi agli stocks.

Si è detto che i sistemi a capitalizzazione possono garantire una dinamica più favorevole della capacità di spesa futura rispetto ai sistemi a ripartizione. Sotto questo punto di vista sembra quindi auspicabile che almeno una componente del sistema di assistenza sia finanziata attraverso il metodo della capitalizzazione. Ciò può essere realizzato nel caso in esame attraverso l'operare di fondi sanitari.

La modalità « tradizionale » di gestione degli schemi a capitalizzazione prevede il pagamento di contributi da parte degli assicurati; solo dopo avere contribuito per un dato periodo di tempo essi maturano il diritto a ricevere le prestazioni. Come si è detto la presenza di uno sfasamento temporale tra pagamento dei contributi e diritto alle prestazioni caratterizza il funzionamento degli schemi a capitalizzazione e lo distingue dal funzionamento degli schemi a ripartizione. La creazione di un capitale deriva in effetti dalla stratificazione dei flussi di contributi e dal reinvestimento della remunerazione del capitale in un periodo iniziale. Quando uno schema a capitalizzazione va a regime, al flusso in entrata dei contributi si associa il flusso in uscita delle prestazioni pagate ed il patrimonio può aumentare solo nella misura in cui la dinamica della crescita dei contributi eccede quella delle prestazioni.

Si è visto che la presenza di questo sfasamento temporale tra pagamento dei contributi e diritto alle prestazioni costituisce un forte argomento a favore dell'attivazione di formule a ripartizione piuttosto

che a capitalizzazione. La ripartizione infatti consente di rispondere in modo tempestivo ad esigenze anche gravi e diffuse; al contrario, la capitalizzazione richiede una buona dose di lungimiranza e di capacità di anticipare in modo non demagogico i bisogni di una collettività. Anche sotto il profilo del sostegno politico alla sua implementazione i sistemi a ripartizione hanno un forte vantaggio rispetto a quelli a capitalizzazione: solo i primi consentono infatti di estendere i benefici anche ad una prima generazione di soggetti che non hanno pagato alcun contributo.

Nel mondo anglosassone — come è ben noto — la capitalizzazione è strettamente legata all'esperienza dei fondi pensione; il tale caso il fondo è proprietario del patrimonio ed i singoli aderenti sono titolari di diritti su ben determinate quote di questo patrimonio.

Può essere utile ricordare tuttavia che esistono anche altre formule istituzionali che consentono di utilizzare flussi per dare origine a stock di capitale dedicati al perseguimento di scopi collettivi o sociali. In questo senso la tradizione italiana ed europea è ricca di esempi. Si pensi in primo luogo al mondo delle cooperative nelle quali il principio della indivisibilità del capitale sociale fa sì che gli utili di esercizio si stratifichino per creare una dotazione di capitale disponibile per il perseguimento di finalità che vanno al di là dell'interesse privato dei singoli; le mutue e le casse di risparmio forniscono un altro esempio in questo senso. Anche l'istituto delle case popolari si fondava sull'idea di trasformare un flusso contributivo in uno stock patrimoniale pubblico da destinare a fini sociali.

3.2.2. Il conferimento di capitale.

Esistono scorciatoie? Esiste la possibilità di attivare un sistema a capitalizzazione in tempi più brevi rispetto a quelli necessari a costituire un patrimonio mediante la stratificazione di flussi?

Queste domande appaiono oggi cruciali non solo rispetto alla prospettiva che qui ci interessa dell'assistenza ai non autosufficienti ma anche rispetto alle problematiche più ampie della modernizzazione e della riforma dello stato sociale.

Se certamente rimane vera la nota considerazione che in economia non esistono « pranzi gratis », è pur vero anche che le società hanno una loro storia che non è fatta fortunatamente solo di guerre e distruzioni ma anche di grandi processi costruttivi. In altre parole, le società evolute (in particolare quelle europee) possiedono grandi ricchezze di proprietà pubblica e privata, frutto del lavoro passato di intere generazioni che costituiscono un patrimonio immediatamente disponibile per usi diversi. La disponibilità di tali proprietà può consentire l'avvio di schemi a capitalizzazione mediante il conferimento di tali proprietà all'ente preposto alla gestione dello schema stesso.

Questo tipo di logica può essere applicato con riferimento a contesti assai diversi.

Con riferimento alla previdenza, in alcuni paesi latino-americani e dell'est europeo si sono utilizzate proprietà pubbliche per finanziare

la transizione da un sistema pensionistico a ripartizione ad uno a capitalizzazione: lo Stato può imporre (proporre) ai propri cittadini la rinuncia ai diritti pensionistici già maturati presso il sistema pubblico in cambio del conferimento di beni del patrimonio pubblico. Per effetto della chiusura del sistema a ripartizione il debito pensionistico da implicito diviene esplicito³³ e viene « rimborsato » con la cessione di beni di proprietà pubblica. Questa politica può quindi associare il processo di privatizzazione a quello di chiusura del sistema pensionistico a ripartizione: nell'ambito dell'ipotetico stato patrimoniale della pubblica amministrazione una voce importante del passivo e dell'attivo si elidono a vicenda. Recentemente ho proposto di applicare questo tipo di meccanismo al caso italiano in una prospettiva diversa: la transizione verso le regole disegnate a regime dalla riforma Dini sulla base di uno scambio puramente volontario tra diritti pensionistici che il legislatore ritiene essere degni di tutela ed azioni rappresentative di beni del patrimonio pubblico da privatizzare (Beltrametti, 1997a, 1997b).

Con riferimento al problema specifico dell'assistenza dei non autosufficienti, sono state compiute in Italia importanti esperienze che applicano la logica di fondo qui descritta: mi riferisco all'uso di beni del patrimonio delle Ipab nell'ambito di progetti di assistenza alle persone non autosufficienti³⁴.

Quale ruolo per il mercato della nuda proprietà immobiliare ?

Sin qui abbiamo considerato casi in cui lo Stato può utilizzare beni di proprietà pubblica allo scopo di onorare impegni presi in passato oppure per perseguire scopi sociali. Naturalmente l'idea generale di conferire uno stock di capitale per conseguire un flusso di pagamenti (o di servizi) futuri non si applica solo ad un contesto pubblico ma anche a contesti strettamente privati: per esempio, c'è oggi un crescente interesse intorno all'istituto della cessione della nuda proprietà immobiliare. Come è noto, si tratta della possibilità di cedere la proprietà dell'abitazione riservandosi il diritto di abitare la casa fino alla morte (usufrutto). Con il capitale ricevuto in cambio della nuda proprietà l'anziano può per esempio acquistare una rendita vitalizia presso una compagnia di assicurazione e/o garantirsi in caso di non autosufficienza un'assistenza integrativa rispetto a quella pubblica.

Il prezzo della nuda proprietà di un immobile (Boitani e Pace, 1991) dovrebbe essere in prima approssimazione pari al valore di

³³ Per una discussione di questo punto vedi Beltrametti, 1996.

³⁴ Le IPAB (Istituzioni Pubbliche Assistenza e Beneficienza) costituiscono una realtà importante anche se poco conosciuta. Esse derivano storicamente dall'appropriazione da parte dello Stato italiano di proprietà ecclesiastiche ed hanno oggi forme organizzative e giuridiche e livelli di efficienza molto eterogenei. Nel 1996 (vedi Così, 1996) esistevano oltre 6000 IPAB 454 delle quali erano state privatizzate. L'uso efficiente del loro ingente patrimonio (soprattutto immobiliare) nell'ambito di progetti pubblici di assistenza costituisce certamente una sfida importante. La Regione Emilia Romagna ha compiuto esperienze di avanguardia in questa direzione. Per approfondimenti sul tema della Ipab, se vedano Pergameno (1975), Terranova (1975), Istituto per gli studi sui servizi sociali (1977), Commissione regionale di studio sulle opere pie del Lazio (1979), Grimaldi e Grimaldi (1983), AA. VV. (1985).

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,

TAVOLA 5: Prezzo della nuda proprietà di un immobile in % del prezzo della proprietà piena								
	Scenario A	Scenario B	Scenario C	Scenario A bis				
Vita residua	Prezzo % NP	Prezzo % NP	Prezzo % NP	Prezzo % NP		Età	Vita res. M.*	Vita res. F.*
1	97.07	98.05	96.10	98.51		65	15.14	18.92
2	94.15	96.10	92.20	97.01		66	14.47	18.09
3	91.22	94.15	88.29	95.52		67	13.82	17.28
4	88.29	92.20	84.39	94.03		68	13.17	16.48
5	85.37	90.24	80.49	92.54		69	12.55	15.69
6	82.44	88.29	76.59	91.04		70	11.93	14.91
7	79.51	86.34	72.68	89.55		71	11.34	14.15
8	76.59	84.39	68.78	88.06		72	10.76	13.41
9	73.66	82.44	64.88	86.57		73	10.19	12.68
10	70.73	80.49	60.98	85.07		74	9.63	11.96
11	67.80	78.54	57.07	83.58		75	9.09	11.26
12	64.88	76.59	53.17	82.09		76	8.57	10.58
13	61.95	74.63	49.27	80.60		77	8.06	9.92
14	59.02	72.68	45.37	79.10		78	7.57	9.29
15	56.10	70.73	41.46	77.61		79	7.10	8.67
16	53.17	68.78	37.56	76.12		80	6.65	8.08
17	50.24	66.83	33.66	74.62		81	6.22	7.52
18	47.32	64.88	29.76	73.13		82	5.82	6.98
19	44.39	62.93	25.85	71.64		83	5.45	6.48
20	41.46	60.98	21.95	70.15		84	5.09	6.00
						85	4.77	5.56
						86	4.46	5.14
						87	4.18	4.75
						88	3.92	4.36
						89	3.67	4.04
						90	3.43	3.71
						91	3.20	3.39
						92	2.99	3.12
						93	2.80	2.87
						94	2.62	2.63
						95	2.45	2.41
						96	2.29	2.21
						97	2.14	2.02
						98	2.00	1.85
						99	1.87	1.69

* Speranza di vita, anno 1995 (Fonte: Istat)

Scenario "A": tasso annuo reale di rivalutazione dell'immobile: 2.5%; canone annuo di affitto in % prezzo rivalutato immobile: 3%

Scenario "B": tasso annuo reale di rivalutazione dell'immobile: 2.5%; canone annuo di affitto in % prezzo rivalutato immobile: 2%

Scenario "C": tasso annuo reale di rivalutazione dell'immobile: 2.5%; canone annuo di affitto in % prezzo rivalutato immobile: 4%

Scenario A bis come scenario A ma con aliquota fiscale del compratore (Ilor+marginale Irpef) pari al 49%

Fonte: nostre elaborazioni da Boitani e Pace (1991)

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 appropiare 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 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 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 Johne, 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 pagamento⁴³: 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 esuberanti 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 1984 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 similari 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.

Sono coperti dall'assicurazione anche i *familiari a carico* secondo quanto già stabilito per le Casse di Malattia. Più precisamente, beneficiano delle prestazioni del fondo previdenziale di assistenza senza versare ulteriori contributi i familiari a carico residenti o con domicilio abituale in Germania che non svolgano alcuna attività autonoma regolarmente remunerata e non dispongano di un reddito mensile superiore ad un settimo del valore mensile di riferimento, che non siano esonerati o non siano soggetti ad alcun obbligo assicurativo. In particolare i figli sono tutelati fino alla maggiore età, o fino ai 23 anni se disoccupati o fino ai 25 anni se studenti, o se frequentano corsi di formazione professionale — comprendendo nella durata del corso di studi l'eventuale servizio di leva — o se prestano servizio di volontariato sociale o ecologico della durata di un anno secondo le rispettive leggi; non sussistono limiti di età qualora il figlio non possa provvedere al proprio mantenimento per impedimento fisico, mentale o psichico sempreché ricorrano i requisiti previsti in generale per i familiari a carico. Non sono invece iscritti gratuitamente al fondo previdenziale i figli quando il coniuge del titolare di polizza sia esonerato dall'obbligo assicurativo o abbia una copertura privata e percepisca un reddito superiore all'assicurato, un reddito che sia sistematicamente maggiore a un dodicesimo del limite contributivo (§25).

Una volta cessato l'obbligo assicurativo è in alcuni casi possibile proseguire volontariamente, a condizione che vi sia stata copertura previdenziale per almeno 24 mesi negli ultimi cinque anni o nei dodici mesi immediatamente precedenti la cessazione dell'obbligo sempreché non venga a sussistere un diverso obbligo assicurativo. Questa eventualità ricorre quando l'assicurazione familiare sia scaduta o non possa essere stipulata per la mancanza dei requisiti che prevedono l'iscrizione gratuita del figlio nel caso in cui il coniuge del titolare di assicurazione abbia reddito superiore e sia soggetto all'obbligo di iscrizione ad un fondo privato e quando l'assicurato trasferisce la propria residenza o dimora abituale all'estero. Se il trasferimento coinvolge anche i familiari a carico allora vale la norma dell'iscrizione gratuita al fondo, altrimenti la polizza familiare viene a scadere ed i familiari, se intendono proseguire volontariamente l'assicurazione, devono versare i relativi contributi.

L'appartenenza ad una determinata Cassa di Assistenza decorre dal momento in cui si manifestano le condizioni previste (§§ artt. 20 e 21) e cessa quando queste vengano meno o in caso di morte. È comunque possibile prorogare l'iscrizione con la prosecuzione volontaria dell'assicurazione fino alla morte dell'assicurato o alla disdetta del contratto comunicata dall'assicurato (§49).

Tutti i soggetti obbligati a contrarre l'assicurazione hanno doveri informativi verso le competenti Casse di Assistenza direttamente o per interposta persona (uffici ed enti competenti) circa la natura dell'obbligo, dati personali e tutte le informazioni richieste dalle Casse di Assistenza per l'espletamento delle loro funzioni (§50). Le compagnie private di assicurazione o i datori di lavoro o le Casse Mutue dei funzionari pubblici devono comunicare all'Ente Federale della Assicurazioni i nomi di coloro che, tenuti a stipulare una polizza inte-

gratuita per l'assistenza, non vi abbiano provveduto entro i termini previsti (§51): il mancato rispetto di tali doveri è soggetto a sanzioni amministrative.

I beneficiari delle prestazioni.

L'articolo 1 comma 4 recita: « Obiettivo dell'assicurazione in oggetto è quello di fornire un aiuto a tutti coloro che, necessitando di assistenza personale e domiciliare per gravi motivi di salute, non hanno altra risorsa che i sussidi sociali ».

Per persone che necessitano di assistenza personale e domiciliare si intendono quelle persone che hanno bisogno di un *aiuto fisso* per lo svolgimento delle consuete e ricorrenti attività legate alla vita quotidiana (§14). Affinché si possa parlare di aiuto fisso, la durata minima dello stato di indigenza è stabilita in sei mesi anche se non è escluso che già prima dello scadere di suddetto termine si possa constatare la non autosufficienza permanente di una persona e quindi erogare le prestazioni del caso. La legge specifica anche quali siano le *attività consuete e ricorrenti*, distinguendole in quattro categorie:

1. igiene personale: lavarsi, fare il bagno, la doccia, lavarsi i denti, pettinarsi, radersi, defecare o urinare;
2. alimentazione: preparare il cibo e mangiare;
3. mobilità: alzarsi e coricarsi in modo autonomo, vestirsi e svestirsi, camminare; stare in piedi, salire la scale, entrare ed uscire di casa;
4. faccende domestiche: fare la spesa, cucinare, pulire, lavare, stirare, provvedere al riscaldamento.

In relazione alla quantità, frequenza e durata dell'aiuto di cui necessita la persona non autosufficiente per l'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità (quando si rende necessaria l'assistenza solo per le faccende domestiche non si configura ancora uno stato di bisogno) si sono definiti tre livelli di necessità in corrispondenza dei quali vengono determinati il tipo ed il contenuto delle prestazioni da erogarsi.

Il *1° livello di necessità* (non autosufficienza rilevante) comprende soggetti bisognosi di aiuto almeno una volta al giorno per lo svolgimento di almeno due delle attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto domestico.

Nel *2° livello di necessità* (non autosufficienza grave) rientrano persone bisognose di assistenza almeno tre volte al giorno, ad ore diverse, per lo svolgimento di attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto nelle faccende domestiche.

Nel *3° livello di necessità* (non autosufficienza gravissima) rientrano persone bisognose di assistenza quotidianamente, 24 ore su 24, per lo svolgimento di attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto nelle faccende domestiche.

Nel caso in cui la necessità di assistenza riguardi un bambino si valuta il bisogno di assistenza supplementare rispetto ad un coetaneo.

La non autosufficienza può derivare da *malattia o da impedimento fisico, mentale o psichico*, ovvero « insufficienze, blocchi o altri disturbi funzionali del tronco o degli arti; disturbi funzionali degli organi interni e degli organi di senso; disturbi del sistema nervoso centrale, come problemi di conduzione, memoria od orientamento nonché psicosi endogene, nevrosi o disturbi mentali » (§14,2).

Coloro che vogliano usufruire dell'assistenza fornita dai fondi previdenziali devono farne richiesta⁵⁴: l'accertamento della non autosufficienza spetta alle Casse di Assistenza, le quali delegano tale compito all'Ufficio Sanitario della Mutua. La prima valutazione dell'Ufficio Sanitario riguarda la possibilità di intervenire attraverso programmi riabilitativi, in ottemperanza al principio di priorità della prevenzione e riabilitazione sull'assistenza. Nell'ambito di questo accertamento l'Ufficio Sanitario può chiedere informazioni e documenti al medico di famiglia per risalire all'origine della non autosufficienza e deve considerare anche l'ambiente sociale e la situazione assistenziale gravitante intorno all'assistito. Sia la prima visita che quelle successive si eseguono al domicilio dell'assicurato; il rifiuto di sottoporsi a visita medica fa decadere i diritti alla prestazione tranne nel caso in cui l'assicurato mostri una documentazione relativa ad una diagnosi medica inequivocabile. Al termine della visita, l'Ufficio Sanitario deve stendere una relazione nella quale si illustra un programma assistenziale individuale che deve indicare con esattezza il tipo di assistenza necessaria.

Determinate categorie, tra cui i funzionari pubblici, hanno diritto alla metà delle prestazioni fornite dai fondi previdenziali di assistenza in quanto godono già di forme di assistenza sanitaria e sussidiaria per legge (§28, 2); anche l'entità dei contributi da versare è ridotta alla metà.

Per usufruire delle prestazioni assistenziali, oltre alla richiesta alla quale segue l'accertamento da parte delle Casse di Assistenza tramite gli Uffici Sanitari delle Mutue, occorre un periodo minimo di contribuzione al fondo di assistenza. Il periodo minimo è di un anno nel 1996, due anni nel 1997 e così di seguito fino ad arrivare a 5 anni a partire dal 1° gennaio del 2000. Per chi recede da un fondo privato per entrare in un fondo pubblico, il periodo contributivo risulta dalla somma dei periodi nei due fondi (§33).

Il diritto alle prestazioni è sospeso per tutto il periodo in cui l'assicurato risiede o è domiciliato all'estero in quanto le prestazioni in denaro, considerate un surrogato di quelle in natura, non sono ovviamente esportabili; tuttavia se la persona non autosufficiente è all'estero per una vacanza o qualsiasi altro tipo di soggiorno non superiore alle sei settimane, ha diritto a prestazioni in denaro. Ugualmente la sospensione opera quando una persona beneficia già di prestazioni erogate ai sensi della legge nazionale sull'assistenza o della normativa sulle prestazioni assistenziali per infortunio o gode di

⁵⁴ La Cassa di Assistenza può agire dufficio quando il caso le sia segnalato.

analoghe prestazioni all'estero o ad opera di strutture interstatali. Inoltre l'assistenza domiciliare è sospesa quando nell'ambito dell'assistenza infermieristica prestata dalle Casse di Malattia è compresa l'assistenza di base e l'aiuto nelle faccende domestiche oppure durante i ricoveri ospedalieri o in centri riabilitativi a tempo pieno (§34).

Il diritto di fruire delle prestazioni assistenziali cessa quando l'assistito non risulta più iscritto al fondo.

La legge prevede di delegare al Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale il compito di emanare disposizioni circa la durata minima dell'assistenza per ogni livello di necessità, i criteri di massima per accertare la sopraggiunta non autosufficienza e per classificare i bisognosi secondo i tre livelli (§16); spetta invece alle Direzioni Centrali delle Casse di Assistenza stabilire esattamente tali criteri in collaborazione con gli enti competenti (§17); a tali parametri si devono conformare le compagnie assicurative private.

Le prestazioni erogate dal fondo.

Obiettivo dell'assicurazione obbligatoria è consentire ai non autosufficienti di condurre un'esistenza il più possibile autonoma e indipendente nel pieno rispetto della dignità umana. L'aiuto sarà finalizzato al recupero, ovvero al mantenimento, delle facoltà fisiche, mentali e psicologiche dell'assistito. (§2). L'assistenza si pone anche come obiettivo l'attivazione del bisognoso per mantenere le capacità presenti e tentare un recupero di quelle perdute. Si giudica anche importante evitare il rischio di isolamento considerando le esigenze di socializzazione dell'assistito (§28, 4). In questa ottica la legge prevede una responsabilità anche dell'assistito (§6) in relazione allo stile di vita, alla diligenza nella sottoposizione ai controlli medici periodici e nella partecipazione attiva ai trattamenti riabilitativi previsti per ridurre la necessità di assistenza.

Come si è detto, nell'ambito dell'erogazione dell'assistenza, la legge pone due principi fondamentali: i) la priorità dell'assistenza domiciliare su quella residenziale (§3) per far sì che l'assistito possa rimanere il più a lungo possibile nel suo ambiente familiare e ii) la priorità della prevenzione e riabilitazione sull'assistenza (§5): la possibilità di ricorrere a terapie riabilitative è la prima valutazione che gli Uffici Sanitari delle Mutue devono fare in sede di accertamento dello stato di non autosufficienza. In questa fase, il compito delle Casse di Assistenza è di cooperare con le strutture sanitarie facendo presente il tipo di prestazioni necessarie ed eventualmente sottolineando l'urgenza di un tempestivo intervento; in caso di ritardi da parte delle strutture competenti, al fine di impedire il peggioramento delle condizioni di salute dell'assistito, la Cassa di Assistenza può, per un periodo di tempo limitato, provvedere direttamente all'erogazione delle prestazioni. Inoltre le Casse di Assistenza sono tenute a fornire consulenza ed informazioni agli assistiti aiutandoli nell'espletamento delle formalità burocratiche, quali ad esempio la compilazione del modulo di richiesta delle prestazioni (§31, 32).

L'assistito è libero di scegliere tra le strutture ed i servizi messi a disposizione dagli enti assistenziali: le prestazioni possono assumere la forma di servizi, di attività, di erogazione di denaro (compresi rimborsi spese) utili all'assistenza della persona ed allo svolgimento delle faccende domestiche. In particolare, gli interventi di assistenza personale e domiciliare sono elencati all'articolo 28 comma 1: prestazioni assistenziali in natura, prestazioni pecuniarie per assistenza privata, combinazione di prestazioni pecuniarie e prestazioni in natura, assistenza domiciliare in caso di indisponibilità della persona incaricata, ricorso a mezzi assistenziali e strumentazioni tecniche, assistenza notturna e diurna, assistenza a orario ridotto, assistenza a tempo pieno. In ogni caso, sono le Casse di Assistenza che determinano l'entità e la qualità delle prestazioni in relazione alla gravità dei problemi in cui versa l'assicurato e alla natura dell'assistenza fornita: domiciliare, personale parziale (ad integrazione dell'assistenza dei familiari e dei volontari), personale a tempo pieno ovvero presso centri di degenza. Le prestazioni devono essere adeguate alle esigenze manifestate, di quantità sufficiente e qualità elevata, ma senza derogare agli obblighi di ottimizzazione, di economicità e di efficienza, ossia il rapporto costi-benefici deve essere favorevole tenendo presente di non fornire assistenza oltre la misura ritenuta necessaria (§29). Le prestazioni che non soddisfano i criteri di economicità non possono essere in alcun modo erogate; è comunque previsto che il governo possa adeguare il valore delle prestazioni in relazione all'aliquota contributiva e ai conseguenti scatti retributivi (§30), ma entro i limiti delle entrate previste.

Le *prestazioni assistenziali in natura* (§36) possono essere richieste da persone assistite nel proprio ambiente familiare per l'espletamento delle operazioni consuete ricorrenti, così come sono definite nell'articolo 14 (igiene personale, alimentazione, mobilità, faccende domestiche)⁵⁵ Le prestazioni sono fornite da personale qualificato, contrattualmente legato alle Casse di Assistenza sia direttamente che indirettamente, ovvero attraverso strutture ambulatoriali abilitate ad operare dalle Casse di Assistenza. La legge stabilisce il valore massimo mensile delle prestazioni in relazione ai livelli di necessità; in particolare, l'importo mensile per il 1° livello non può superare i 750 marchi, per il 2° livello i 1.800 marchi e per il 3° i 2.800 marchi. Per le persone appartenenti al 3° livello, in caso di particolari necessità come ad esempio la richiesta di più interventi durante la notte nei malati terminali di cancro, il tetto dei 2.800 marchi può essere sfondato fino ad una cifra di 3.750 marchi al mese. Questi casi devono essere contenuti entro il 3% del numero di assistiti al 3° livello.

Le *prestazioni pecuniarie per assistenza privata* sono alternative alle prestazioni in natura e vengono concesse quando l'assicurato provveda per proprio conto alla designazione di una persona che si occupi di fornire l'aiuto necessario per l'espletamento delle operazioni consuete ricorrenti. L'importo dell'assegno varia in relazione ai tre livelli di necessità e consiste di 400 marchi al mese per i bisognosi del 1° livello,

⁵⁵ Non è compresa l'eventuale assistenza terapeutica, che è invece di competenza dei servizi infermieristici domiciliari delle Casse Mutue di Malattia.

di 800 marchi al mese per i bisognosi del 2° livello, di 1.300 marchi al mese per i bisognosi del 3° livello. Se la durata di questo tipo di prestazione è inferiore al mese, l'assegno è proporzionalmente ridotto. Le prestazioni pecuniarie sono un surrogato di quelle in natura: l'Ufficio Sanitario deve accertarsi che sia garantita assistenza domiciliare adeguata.

La *combinazione di prestazioni pecuniarie e prestazioni in natura* è possibile quando un assicurato non si avvalga completamente delle prestazioni in natura, per cui ha diritto a ricevere un assegno integrativo che viene calcolato detraendo la percentuale di prestazioni in natura percepite. Ad esempio se un assicurato del 1° livello richiede un valore di prestazioni in natura per 225 marchi, ovvero il 30% di ciò che gli spetta, ha diritto ad un'integrazione in denaro pari al 70% dell'assegno di sua pertinenza cioè a 280 marchi. La scelta dell'assistito circa la combinazione delle due prestazioni deve rimanere inalterata per almeno sei mesi (§38).

È prevista *l'assistenza domiciliare in caso di indisponibilità della persona incaricata*, a condizione che questa abbia già prestato per almeno un anno assistenza domiciliare all'assistito in questione, da parte di un sostituto nominato delle Casse di Assistenza. L'onere a carico delle Casse di Assistenza non deve eccedere i 2.800 marchi per anno per assicurato, per un periodo massimo di quattro settimane l'anno (§39).

Oltre all'assistenza domiciliare vera e propria è prevista la *fornitura, successiva a verifica da parte delle Casse di Assistenza, di mezzi assistenziali e strumentazioni tecniche* per facilitare l'assistenza o per rendere più autonoma la vita del bisognoso, quando questi non siano già concessi dalle Casse Malattia o da altre strutture competenti. La spesa che mensilmente le Casse di Assistenza possono sostenere per materiali di consumo è di 60 marchi, mentre le strumentazioni tecniche sono concesse prioritariamente a noleggio. In caso di rifiuto ingiustificato del prestito di un apparecchio, l'intera spesa viene sostenuta dall'assistito; è comunque prevista una quota a suo carico pari al 10% del costo dell'apparecchio fino a 50 marchi per strumento anche se nei casi più gravi è prevista l'esenzione parziale o totale dal pagamento supplementare, secondo le regole stabilite per l'assistenza sanitaria. La concessione di tali strumentazioni tecniche può essere subordinata alla capacità dell'assistito o della persona incaricata dell'assistenza di utilizzarla correttamente o comunque alla volontà di sottoporsi ad uno specifico addestramento. L'assistito può anche richiedere adeguamenti dell'apparecchio, riparazioni e pezzi di ricambio. Spetta poi al Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale emanare disposizioni di legge che stabiliscano quali mezzi e strumentazioni tecniche debbano fornire i fondi previdenziali. In tale ambito rientra anche la concessione di sussidi finanziari per adeguare l'alloggio alle necessità insorte, al fine di evitare un prolungato ricovero ospedaliero e di agevolare l'assistenza domiciliare. L'entità del sussidio varia in relazione al costo dell'intervento strutturale ed alla situazione patrimoniale dell'assistito e comunque non potrà in nessun caso superare i 5.000 marchi (§40).

L'*assistenza parziale* presso strutture organizzate sia per le ore diurne che per quelle notturne, comprensiva anche del trasporto dall'abitazione all'istituto e viceversa, viene prestata quando non è possibile garantire un'adeguata assistenza domiciliare. Anche in questo caso l'entità delle prestazioni differisce in relazione al livello di necessità: le Casse di Assistenza sostengono le spese fino ad un massimo mensile di 750 marchi per i bisognosi del 1° livello, 1.500 marchi per quelli del 2° livello e 2.100 marchi per quelli del 3° livello. L'*assistenza semiresidenziale* può coesistere con quella domiciliare, prestata sia in natura che in denaro (secondo le regole delle prestazioni combinate), purché il valore totale delle prestazioni non ecceda il limite massimo stabilito per ogni livello di necessità per l'*assistenza domiciliare* (§41).

Si ha diritto all'*assistenza a orario ridotto* presso apposite strutture ma solo per periodi di tempo limitati (quattro settimane all'anno) che siano successivi ad un ricovero ospedaliero o in presenza di condizioni particolari che non consentano il ricorso all'*assistenza domiciliare* o *parziale* in misura adeguata. L'*assistenza a orario ridotto* come alternativa all'*assistenza domiciliare* può essere concessa a patto che la persona incaricata abbia già prestato assistenza domiciliare al paziente in questione per almeno dodici mesi. Le spese sostenute dall'ente previdenziale per questo tipo di prestazione non devono superare i 2.800 marchi l'anno (§42).

Le norme relative alle prestazioni sopra esposte sono entrate in vigore il 1° aprile 1995 (la legge è entrata in vigore il 1° gennaio 1995), mentre l'articolo 43 sull'*assistenza a tempo pieno* è in vigore dal 1° luglio 1996. Si ricorre a tale prestazione presso apposite strutture solo quando la particolarità della situazione non renda possibile né opportuno l'utilizzo dell'*assistenza domiciliare* o *semiresidenziale*. Le spese a carico delle Casse di Assistenza riguardano tutte quelle prestazioni generiche relative al ricovero per una somma non eccedente i 2.800 marchi mensili, ma con l'impegno di non superare la media dei 2.500 marchi al mese per paziente. Questo limite può essere superato fino ad un massimo di 3.300 marchi solo in casi eccezionali inerenti gli assistiti del 3° livello (ad esempio, per gli ammalati terminali di cancro); il numero di casi eccezionali non deve riguardare più del 5% dell'insieme dei bisognosi del 3° livello. Le spese di vitto ed alloggio sono a carico del paziente, tuttavia le Casse di Assistenza si impegnano a contrattare con gli istituti delle tariffe economicamente accettabili, inoltre, al fine di detrarre dalle rette di degenza i costi sostenuti dagli istituti per la realizzazione e la manutenzione delle strutture, sono previste in questo settore delle sovvenzioni da parte delle regioni. Nell'eventualità in cui l'assistito opti per l'*assistenza a tempo pieno* senza un reale bisogno, ha diritto ad un sussidio di ammontare pari a quello previsto per il relativo livello di necessità per l'*assistenza domiciliare* (§36). La legge delega al governo il compito di precisare con decreto il tipo di prestazioni assistenziali fornite dalle strutture residenziali, l'onere delle spese di vitto ed alloggio per i pazienti con riferimento anche alle spese di investimento.

In linea generale, i risarcimenti forniti nell'ambito dell'*assistenza domiciliare* e personale sono prioritari rispetto alle prestazioni di

natura assistenziale e previdenziale previste dalle leggi sull'assistenza sociale. Tali risarcimenti non rientrano nel computo del reddito individuale, sulla cui base vengono concesse altre eventuali prestazioni sociali; in caso di coesistenza di forniture di servizi, le Casse di Assistenza dovranno accordarsi con gli enti previdenziali in modo da ripartire l'attività secondo il criterio della competenza (§13).

Abbiamo visto che le prestazioni assistenziali sono erogate da strutture competenti legate contrattualmente alle Casse di Assistenza. Tuttavia, nel contesto dell'assistenza domiciliare, le cure al non autosufficiente sono spesso fornite dai familiari o volontari. La legge li definisce come *personale assistente* purché siano occupati nell'assistenza per almeno 14 ore la settimana a titolo non professionale (§19). A favore del personale assistente che non svolga un'attività professionale regolarmente retribuita per più di 30 ore la settimana, la legge ha stabilito che gli enti presso i quali l'assistito è assicurato devono versare i contributi previdenziali ed inoltre devono essere tutelati gratuitamente contro gli infortuni (§44). L'entità dei contributi dipende dal grado di non autosufficienza dell'assistito e quindi dalla quantità di assistenza prestata, ma deve comunque garantire il diritto alla pensione; se l'assistito è seguito da più familiari, ognuno di loro ha diritto ai contributi previdenziali per una parte pari al quoziente tra il totale dei contributi versati ed il numero dei familiari che prestano assistenza (sempreché siano rispettate le condizioni necessarie per usufruire di tale diritto). Nella Tavola 6 che segue evidenziamo i contributi dovuti dalle Casse di Assistenza agli enti di previdenza pensionistica.

Sono previsti anche *corsi specifici per parenti dell'assistito e personale volontario* allo scopo di migliorare il livello di assistenza, alleviare il compito di tali persone dal punto di vista fisico e psichico e in genere promuovere e rafforzare l'impegno sociale. I corsi devono essere gratuiti e possono essere tenuti anche al domicilio dell'assistito. L'organizzazione spetta alle Casse di Assistenza che possono operare da sole o in collaborazione con altri enti o delegandola a strutture idonee concordando gli argomenti da trattare (§45).

TAVOLA 6

Livello di necessità	Ore minime di assistenza settimanali	% della retribuzione di riferimento per determinare i contributi			Valore assoluto dei contributi (marchi)	
		Germania	Ovest	Est	Ovest	Est
1°	14	26,66% di	1.045	821	200,70	157,70
2°	14	35,55% di	1.394	1.095	267,60	210,26
	21	53,33% di	2.090	1.643	401,41	315,39
3°	14	40% di	1.568	1.232	301,06	236,54
	21	60% di	2.352	1.848	551,58	354,82
	28	80% di	3.136	2.464	602,11	473,09

Fonte: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1994

Come abbiamo già visto, l'assicurazione stipulata presso una compagnia privata deve prevedere prestazioni equivalenti a quelle erogate dai fondi previdenziali pubblici, compresa la tutela dei familiari a carico e quella previdenziale in favore del personale assistente. Le compagnie private devono agire « nel rispetto delle clausole generali per l'equità sociale ». In particolare, si configura per le compagnie operanti nel ramo assistenziale una serie di obblighi molto limitativi della loro libertà di azione: i) a contrarre; ii) a coprire il rischio di patologie già presenti, iii) ad erogare le prestazioni con tempi di attesa analoghi a quelli riscontrati nei fondi pubblici; iv) a non diversificare il premio assicurativo in relazione allo stato di salute dell'assicurato; v) a non stabilire un premio superiore all'importo del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico⁵⁶; vi) a concedere sconti quando l'assicurazione includa il coniuge, il cui reddito sia sotto un certo limite, in modo tale che il premio complessivamente pagato non ecceda il 150% del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico; vii) ad iscrivere gratuitamente i figli a carico al fondo, così come previsto dall'articolo 25. L'applicazione di tali clausole si ha nei confronti di chi risultava già iscritto ad una Cassa Malattia privata che provveda all'erogazione di tutte le prestazioni ospedaliere, di chi volontariamente iscritto ad una Cassa Mutua pubblica abbia scelto un fondo di assistenza privato, dei funzionari pubblici delle poste e delle ferrovie e di chi godendo gratuitamente di assistenza sanitaria sia obbligato ad iscriversi ad un fondo privato. Nei confronti di chi contrae una polizza dopo l'entrata in vigore delle legge non valgono tutte le clausole, per cui le compagnie private possono rifiutare di assicurare persone già non autosufficienti, possono diversificare il premio in base alle condizioni di salute dell'assicurato ma comunque senza superare il limite del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico, non sono tenute a rispettare la clausola relativa all'entità del premio dovuto quando al fondo è iscritto anche il coniuge. Le limitazioni sull'entità dei premi valgono solo dopo cinque anni di adesione al fondo privato. Sempre nell'ottica di equiparare l'assicurazione pubblica a quella privata sono state determinate norme che prevedono l'accantonamento di riserve tecniche, l'utilizzo degli avanzi di gestione in favore degli assicurati ma anche norme che limitano i diritti di risoluzione e recesso del contratto tipici del settore assicurativo: infatti la compagnia non può sciogliere il contratto per morosità dell'assicurato anche se può chiedere l'esecuzione forzata del pagamento dei premi e sospendere le prestazioni fino a quando la situazione non è regolarizzata, mentre si è visto che l'assicurato può recedere dal contratto se al momento dell'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo scelga di aderire ad un fondo previdenziale pubblico.

Il finanziamento del sistema.

I fondi previdenziali di assistenza sono finanziati con contributi ed entrate diverse. L'aliquota contributiva è pari all'1% del reddito im-

⁵⁶ Si tratta di 57 DM al mese finché l'aliquota contributiva è dell'1% e di circa 100 DM al mese dal momento (luglio 1996) in cui l'aliquota salirà all'1,7%.

ponibile per il periodo tra il 1° gennaio 1995 ed il 30 giugno 1996 e all'1,7% dal 1° luglio 1996. Coloro che godono già di sussidi assistenziali (vedi §28,2) sono tenuti a versare solo la metà dei contributi stabiliti, in quanto hanno diritto alla metà delle prestazioni dei fondi di assistenza. L'ammontare dei contributi non può superare il 75% della soglia massima prevista per l'assicurazione di rendita degli operai e degli impiegati (§55), attualmente pari a 5.700 marchi nella Germania Ovest e 4.700 marchi nella Germania Est. L'onere contributivo è diviso in parti uguali tra lavoratore e datore di lavoro. Qualora la figura del datore di lavoro non sussista, gli oneri relativi sono posti a carico: per i pensionati dell'ente previdenziale che eroga la pensione, per chi beneficia di sussidi di malattia delle Casse Mutue e per i disoccupati dell'Ufficio federale del lavoro. I militari (§21,6) e chi volontariamente abbia stipulato l'assicurazione contro le malattie sono tenuti a versare i propri contributi per intero, fatta eccezione per chi percepisce indennità per infortuni, malattia — i cui contributi sono interamente a carico della struttura riabilitativa competente — e per chi è membro statutario di organizzazioni religiose: in questo caso i contributi sono sostenuti dalla comunità (§59). In realtà, i lavoratori titolari di polizze malattia volontarie godono di una *sovvenzione contributiva* da parte dei datori di lavoro di un ammontare pari a quello previsto per i lavoratori obbligatoriamente assicurati (§61,1). Analoghe sovvenzioni sono riconosciute ai lavoratori dipendenti che abbiano contratto una polizza assicurativa privata; ai beneficiari di assegni di prepensionamento; ai partecipanti a corsi di preparazione professionale rivolti a bisognosi di terapie riabilitative o a programmi professionali sperimentali, a condizione che abbiano obbligatoriamente un'assicurazione sanitaria presso compagnie private⁵⁷.

Sono invece *esonerati* dal pagamento dei contributi: i componenti del nucleo familiare qualora siano presenti le condizioni previste dall'articolo 25 (assicurazione familiare); il coniuge titolare di una pensione di reversibilità; l'orfano di un pensionato fino al raggiungimento della maggiore età; i percettori di assegni di maternità e familiari solo per il periodo in cui ne beneficiano; i non autosufficienti che usufruiscono di assistenza a tempo pieno e di altre prestazioni previste dalla legge sulla previdenza sociale (§56). Il versamento dei contributi viene materialmente effettuato dal datore di lavoro (tramite trattenuta su busta paga) o negli altri casi da chi per esso (§60). A fronte dell'onere che i datori di lavoro sono chiamati a sostenere dopo l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria contro la non autosufficienza, la legge prevede, per la sua prima fase di attuazione, l'eliminazione di una festività infrasettimanale. Qualora le regioni non provvedessero in tal senso, l'onere contributivo verrebbe assunto totalmente dai lavoratori. Per la seconda fase di attuazione della legge, si dovrà valutare l'eventualità dell'abolizione di un'ulteriore festività regionale infrasettimanale; nel caso in cui questa seconda compensa-

⁵⁷ Affinché si possa beneficiare delle sovvenzioni erogate dai datori di lavoro, la compagnia assicurativa deve essere stata autorizzata ad operare nel settore dal competente organo di vigilanza; deve gestire le polizze assistenziali secondo le stesse modalità dell'assicurazione sulla vita; deve utilizzare gli avanzi di gestione risultanti dalle polizze stipulate a favore degli assicurati; deve gestire congiuntamente le polizze assistenziali e sanitarie.

zione non venisse attuata, il lavoratore dovrà un contributo supplementare pari allo 0,7%, mentre la quota a carico del datore di lavoro sarà pari allo 0,5% (§58).

I redditi che costituiscono la *base imponibile* per il calcolo dei contributi coincidono con quelli previsti per i contributi dovuti alle Casse Mutue. Casi particolari sono ravvisabili per coloro che percepiscono indennità di infermità⁵⁸, gli agricoltori⁵⁹, chi abbia stipulato volontariamente l'assicurazione e chi non abbia l'obbligo dell'assicurazione contro le malattie (§57).

Per quanto riguarda la determinazione dei premi da parte delle *compagnie private*, queste devono mediare tra i vincoli posti dalle clausole generali (vedi sopra) e le esigenze di sostenibilità attuariale la cui pura applicazione determinerebbe (vedi Par. 3.1) premi troppo elevati proprio per coloro che più hanno bisogno di assistenza. Per fronteggiare il problema il legislatore ha previsto la costituzione di un fondo perequativo organizzato e gestito da tutte le compagnie private, nazionali o estere, operanti nel settore assistenziale; tale fondo deve garantire alle compagnie una compensazione duratura ed efficace.

Aspetti organizzativi ed istituzionali.

L'assicurazione obbligatoria per i bisognosi di assistenza personale e domiciliare viene istituita come ramo autonomo della previdenza sociale (§1) attraverso la creazione di un apposito fondo previdenziale gestito dalle Casse di Assistenza in seno alle già esistenti Casse di Malattia⁶⁰. Le Casse di Assistenza sono enti giuridici autonomi di diritto pubblico, sono dotate di un loro Statuto (§47) il quale deve anche prevedere i diritti ed i doveri degli organi che compongono le Casse di Assistenza, l'ammontare dei compensi previsti per il personale e la redazione ed approvazione del bilancio. Tuttavia, le Casse di Assistenza, in quanto costituite all'interno delle Casse Malattia, ne condividono gli organi gestionali, il personale, il patrimonio e rimangono unite qualsiasi variazione strutturale la Cassa Malattia assuma; sono sottoposte allo stesso organo di vigilanza e comune è l'organo di rappresentanza regionale e nazionale (§52,53) anche se le Casse di Assistenza devono istituire dei comitati operativi regionali o locali per svolgere le funzioni specifiche previste dalla legge. Tali funzioni (§12) consistono nel fornire assistenza agli assicurati collaborando con le strutture sanitarie e sociali in modo da organizzare le risorse dispo-

⁵⁸ Il reddito imponibile è pari all'80% della retribuzione imponibile sulla cui base è stato concesso il sussidio di infermità.

⁵⁹ Per gli imprenditori agricoli ed i familiari coadiuvanti il reddito imponibile è dato dal reddito da lavoro agricolo e forestale.

⁶⁰ Le Casse Malattia sono organizzazioni senza scopo di lucro, giuridicamente autonome, ad amministrazione autonoma. Sussiste l'obbligo di iscrizione per tutti i lavoratori (tuttavia la maggior parte dei pensionati e degli studenti partecipa al sistema dell'assicurazione malattia obbligatoria) con un reddito inferiore ad un determinato limite che viene attualizzato annualmente. I contributi sono a carico del datore di lavoro e del lavoratore in parti uguali, dipendono dal reddito ed i familiari a carico sono compresi nell'assicurazione senza ulteriori versamenti contributivi. I tassi di contribuzione differiscono fra le diverse Casse Malattia in relazione alla morbidità degli assicurati ed alla loro struttura demografica (vedi Salvadori 1996, 1997).

nibili e coordinare i trattamenti medici, l'assistenza fornita durante i trattamenti, le terapie riabilitative, l'assistenza di base e domiciliare intervenendo laddove vi siano delle carenze strutturali. Le Casse di Assistenza hanno inoltre compiti informativi e consulenziali allo scopo di indurre gli assistiti ad assumere atteggiamenti responsabili e di portarli a conoscenza dei programmi e delle prestazioni disponibili nel rispetto del diritto di riservatezza dell'assistito (§6).

Si configura una responsabilità comune delle regioni, comuni, uffici sanitari, strutture previdenziali... nel garantire assistenza ambulatoriale ed ospedaliera efficiente e capillare, nuove forme di assistenza domiciliare, programmi di riabilitazione, sviluppo di strutture ma anche attività che contribuiscano a diffondere una cultura dell'aiuto e della dedizione nei confronti del prossimo. La legge ha quindi stabilito (§10) che il Governo Federale istituisca una Commissione per le Questioni relative all'Assicurazione Obbligatoria per l'Assistenza Personale e Domiciliare alla quale partecipino tutte le strutture competenti in materia previdenziale ed assistenziale con compiti informativi nei confronti del Governo Federale in materia di servizi assistenziali, producendo in particolare stime e studi sulla cui base attuare interventi migliorativi coordinando le risorse e fornendo dati consuntivi.

Coerentemente con la struttura federale dello Stato tedesco, sono le regioni (§9) che devono finanziare la realizzazione e la manutenzione delle strutture assistenziali curandosi che la loro presenza sul territorio sia sufficiente e che la loro attività si espliciti nel rispetto dei criteri di efficienza e di economicità. Le regioni dovrebbero trarre i fondi necessari dai tagli alla spesa sanitaria risultanti dall'introduzione dei fondi previdenziali di assistenza.

Gli enti assistenziali devono erogare prestazioni in linea con lo stato dell'arte nel settore medico-sanitario e secondo criteri di umanità ed utilità. Possono operare solo se legati da contratto a Casse di Assistenza o ad altre associazioni che agiscono per conto di queste (§29, 2), nel completo rispetto delle strutture assistenziali già esistenti, nonché della loro autonomia istituzionale, organizzativa e operativa (§69).

I rapporti tra le Casse di Assistenza e gli enti assistenziali che erogano effettivamente le prestazioni riguardano aspetti diversi: essi sono regolati da convenzioni di assistenza, accordi tariffari, convenzioni di riferimento e raccomandazioni generali.

Tutte le convenzioni stipulate devono ottemperare al principio del pareggio finanziario. La *convenzione di assistenza* viene concordata tra l'ente che gestisce la struttura e l'associazione regionale delle Casse di Assistenza. All'ente, che fornisce le prestazioni secondo le norme del diritto pubblico, viene richiesto un servizio che sia quantitativamente sufficiente e di qualità elevata ad un costo accettabile. Una convenzione può essere disdetta solo nel caso in cui tali requisiti non siano rispettati per un periodo di tempo lungo. Nell'accordo viene ovviamente specificato il tipo, il contenuto e l'entità delle prestazioni.

L'*accordo tariffario* prevede un rimborso, basato su tariffe precise per ogni prestazione, concordato tra l'ente erogatore del servizio e le Casse di Assistenza locali. Nel caso in cui l'accordo tariffario si

accompagni ad una convenzione di assistenza, le Casse di Assistenza pagano le prestazioni direttamente all'ente erogatore; in caso contrario, l'ente erogatore può concordare il prezzo con l'assistito, il quale ha diritto ad un rimborso da parte del fondo di assistenza solo per l'80% del valore della prestazione corrispondente al suo livello di non autosufficienza e non sono ammesse integrazioni con prestazioni di altri fondi assistenziali. Le strutture assistenziali non sono esenti dal rischio imprenditoriale in quanto è venuto meno il principio delle coperture a posteriori di eventuali perdite finanziarie: per questa ragione le tariffe devono essere stabilite in modo da garantire all'ente erogatore un risultato di gestione positivo.

Le *convenzioni di riferimento* vengono stipulate dalle associazioni regionali delle Casse di Assistenza in collaborazione con il servizio medico e con l'associazione degli enti assistenziali. Queste sono immediatamente operative e vincolanti per tutte le Casse di Assistenza e le strutture abilitate nel territorio della regione. Anche le autorità ecclesiastiche, le comunità religiose di diritto pubblico e le associazioni di beneficenza possono stipulare convenzioni di riferimento valide per tutti gli enti loro sottoposti. Tali convenzioni regolamentano soprattutto i contenuti delle prestazioni, i parametri operativi di riferimento e i principi di dotazione del personale.

Le *raccomandazioni generali*, elaborate a livello nazionale dalle associazioni delle Casse di Assistenza e degli enti assistenziali, con la collaborazione dei servizi medici, della confederazione dei consorzi comunali e del comitato nazionale degli enti associativi regionali, sono inerenti i contenuti delle convenzioni di riferimento, al fine di garantire un'assicurazione efficace ed omogenea su tutto il territorio nazionale.

La soluzione di eventuali conflitti e controversie spetta ad una corte arbitrale formata da rappresentanze delle associazioni regionali delle Casse di Assistenza e degli enti assistenziali in parti uguali, con voto decisivo del presidente in caso di parità. La corte arbitrale decide in merito a clausole delle convenzioni di riferimento ed a tariffe di pagamento delle prestazioni. La decisione della corte può essere impugnata con ricorso alla giurisdizione previdenziale. Come per altri aspetti, il controllo sulle attività delle Casse di Assistenza viene assimilato a quello sulle Casse Mutue Malattia, le quali sono soggette, con frequenza quinquennale, ad una verifica gestionale e contabile da parte dell'Ente Federale delle Assicurazioni e delle massime autorità amministrative regionali competenti in materia di previdenza sociale; ciò non esclude che il controllo sulle Casse di Assistenza possa essere affidato ad uno specifico ente di diritto pubblico che operi sul territorio federale; la revisione si estende a tutte le attività delle Casse, tenendo conto dei criteri di legalità ed economicità (§46,6).

Per quanto riguarda le spese amministrative sostenute dalle Casse Malattia a seguito dell'istituzione al loro interno delle Casse di Assistenza per l'impiego di infrastrutture logistiche, di materiale e personale, si è previsto un rimborso da parte delle Casse di Assistenza in ragione del 3,5% del valore medio delle spese sostenute per i servizi erogati e dei premi riscossi. (§46,3). Poiché tale ammontare si riferisce all'insieme delle Casse di Assistenza (a tale scopo tra tutte le Casse di

Assistenza si stabilisce un regime di perequazione finanziaria), (§66), la ripartizione alle singole Casse Mutue, effettuata dalle Direzioni Centrali delle Casse Mutue, deve essere fatta in relazione agli effettivi esborsi sostenuti. Ciò non esclude la possibilità che il Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale, d'intesa con il Ministero della Sanità, emani regole sulle modalità di rimborso delle spese amministrative e ne modifichi l'entità a seguito delle verifiche contabili. Inoltre le Casse di Assistenza devono partecipare alle spese dell'Ufficio Sanitario della Mutua per il 50%, mentre sono interamente a loro carico le spese relative al personale ed alla revisione contabile.

Le risorse delle Casse di Assistenza sono costituite da fondi di esercizio e da riserve (§62). Nei fondi di esercizio si considerano i crediti ed i debiti a bilancio, mentre vengono escluse le spese correnti. Tali fondi devono essere tenuti a disposizioni oppure investiti in attività che tuttavia non ne impediscano il loro utilizzo per le attività contemplate dalla Legge o dallo Statuto di ciascuna Cassa di Assistenza, nonché per le spese amministrative; per la costituzione di fondi di riserva e per il finanziamento del fondo di compensazione (§63). L'entità del fondo non deve superare l'ammontare delle spese per far fronte alle quali esso è costituito; più precisamente, la consistenza del fondo, calcolato come media mensile dell'anno finanziario, non deve eccedere le spese preventive nel bilancio relative a quel mese. I fondi di riserva (§64) servono per garantire alle Casse di Assistenza la propria operatività, per cui intervengono nella copertura delle spese correnti quando i fondi di esercizio non siano sufficienti; possono essere investiti in attività purché siano facilmente utilizzabili per questo scopo. La riserva minima obbligatoria è pari al 50% dell'importo medio mensile previsto a budget per coprire gli esborsi, eventuali eccedenze possono essere impiegate per la copertura di spese di esercizio; ulteriori eccedenze possono sommarsi nel fondo di compensazione, entro i primi quindici giorni di ogni mese. Sono le Casse di Assistenza a gestire i fondi di riserva mentre è l'Ente Federale delle Assicurazioni che amministra il *fondo di compensazione* (§65). Questo è costituito dai contributi pensionistici, dalle eccedenze dei fondi di esercizio e di riserva e dai redditi di capitale. Come per gli altri fondi, anche le risorse del fondo di compensazione possono essere investite sempreché siano disponibili per coprire le spese per le quali le Casse di Assistenza non dispongano delle risorse necessarie. Nell'eventualità che si verifichi tale situazione, la Cassa di Assistenza preleva la differenza che scaturisce, su base mensile, dal confronto tra l'ammontare delle spese registrate, l'ammontare dei contributi effettivi, l'ammontare obbligatorio minimo dei fondi di esercizio e di riserva previsti e l'ammontare dei fondi di esercizio e di riserva effettivi. Qualora invece le entrate, — dopo aver tenuto conto delle riserve obbligatorie — siano superiori alle spese, la Cassa di Assistenza deve versare l'eccedenza nel fondo di compensazione. Tali operazioni si effettuano mensilmente e vengono verificate alla fine dell'anno solare, in sede di compensazione finale, sulla base dei dati di gestione e di bilancio redatti da tutte le Casse di Assistenza ⁶¹.

⁶¹ Nel caso in cui si evidenzino degli errori, questi verranno tenuti in considerazione con effetti sulle compensazioni dell'anno successivo in base alla normativa vigente. Norme più dettagliate in materia possono essere emanate dal governo.

Assicurazioni private e meccanismi impliciti di competizione.

Il legislatore tedesco ha cercato di conciliare due esigenze tendenzialmente contrastanti: da un lato si voleva lasciare agli individui la libertà di scegliere il soggetto (pubblico o privato) presso il quale assicurarsi; dall'altro lato si voleva costringere gli individui a concentrare in un unico soggetto il prestatore di assicurazione sanitaria e di assicurazione contro la non autosufficienza.

In effetti, la libertà di scelta per gli individui comporta l'attivazione di forme di competizione tra soggetti assicuratori e può quindi contribuire all'efficienza nell'erogazione dei servizi. Al contrario, accorpando in un unico soggetto (le Casse Mutue di Malattia) le funzioni di assistenza sanitaria generica e l'assistenza ai non autosufficienti si possono ottenere due ordini di vantaggi (vedi Bundesministerium..., 1994, p 50): i) si evita la creazione di un nuovo e costoso apparato burocratico e si possono sfruttare molteplici sinergie: la non autosufficienza e la malattia sono in effetti due rischi sociali strettamente connessi tra loro e — come si è detto — non sempre è facile tracciare un confine netto tra le prestazioni di competenza dell'una o dell'altra; ii) conseguentemente, le casse mutue dispongono già di notevole esperienza nel campo assistenziale e possono quindi « non partire da zero ».

La scelta effettuata dal parlamento tedesco è di compromesso anche se prevale nettamente la tutela del principio che a gestire il fondo previdenziale di assistenza debba essere, per ciascun assistito, lo stesso ente che gestisce la cassa di malattia. Coerentemente con questo principio vige infatti la regola generale che vede obbligati ad iscriversi a casse di assistenza private coloro che abbiano una polizza privata per l'assistenza sanitaria (circa 7 milioni di cittadini)⁶²; analogamente i cittadini iscritti a casse malattia pubbliche devono iscriversi alla stessa mutua anche per l'assistenza contro la non autosufficienza⁶³. Esistono delle deroghe a questo principio generale: chi abbia optato per una cassa sanitaria pubblica può essere esonerato (non si tratta dunque di un diritto ma di una concessione, vedi §22) dietro propria richiesta a condizione che provi di avere stipulato analoga polizza assicurativa presso una compagnia privata. Coerentemente con il principio sopra enunciato, a chi possiede una polizza sanitaria privata (e non desideri contrarre anche una polizza di assistenza privata) viene offerta — come si è detto — la possibilità di disdire la polizza esistente e di passare « in toto » alle mutue pubbliche.

In definitiva, sembra che il legislatore tedesco abbia largamente privilegiato l'esigenza di rendere efficiente il meccanismo di erogazione complessivo di erogazione sanitaria e assistenziale attraverso processi di razionalizzazione interni all'organizzazione produttiva piuttosto che

⁶² Il desiderio di applicare in modo rigido il principio dell'unicità dell'ente assicuratore era talmente forte che in un primo momento si voleva obbligare il cittadino con assicurazione sanitaria privata ad assicurarsi contro la non autosufficienza presso la stessa compagnia di assicurazione. La presenza di evidente contrasto con le norme CEE in materia di concorrenza ha poi impedito di seguire questo orientamento (vedi il capitolo « Il fondo di assicurazione privato » curata da Inge Lutter in Bundesministerium..., 1994).

⁶³ La legge (§20) parla significativamente di « obbligo di estensione dell'assicurazione obbligatoria malattie all'assistenza personale e domiciliare »).

attraverso meccanismi di competizione sul mercato. Anche in questa scelta si può ravvisare la natura del capitalismo renano contrapposta a quella del capitalismo anglosassone.

6. *L'esperienza francese.*

6.1 Introduzione.

Prima della legge n. 97-60 del 24 Gennaio 1997, l'assistenza alle persone non autosufficienti era realizzata in Francia attraverso l'azione di una pluralità di istituti rivolta indistintamente verso persone anziane e non. La legge in questione istituisce invece una prestazione specifica riservata alle persone non autosufficienti anziane.

Il sistema francese è caratterizzato dal fatto che rami diversi del sistema di sicurezza sociale e del sistema sanitario nazionale svolgono ruoli complementari che vengono integrati da interventi delle casse di assistenza sociale delle collettività locali. Esistono poi schemi specifici che erogano prestazioni a favore di alcune categorie professionali. Questo insieme di interventi da un lato garantisce all'assistenza nel suo insieme un pluralismo di soggetti erogatori che può essere visto con favore; d'altra parte, questo complesso meccanismo è anche fonte di difficoltà di coordinamento.

In particolare, le forme di assistenza domiciliare si sono sviluppate a partire dai primi anni '80 grazie anche al ruolo importante svolto dalle associazioni senza scopo di lucro: dietro richiesta di un medico o di un assistente sociale viene attivata l'erogazione del servizio da parte di una società non profit che viene poi pagata dall'assistenza sociale. Nel 1980 beneficiava di prestazioni domiciliari circa il 3% della popolazione con più di 65 anni, nel 1986 questa percentuale era già salita al 7%; nel 1991 il numero medio di ore di aiuto per settimana era pari a 2,77 (OECD, 1996).

Le principali differenze rispetto alla legge tedesca sono tre: a) come si è visto, nel caso tedesco si è deciso di trattare il problema della non autosufficienza in generale (indipendentemente dall'età del disabile); b) in Francia l'importo delle prestazioni dipende dalla situazione reddituale e patrimoniale del soggetto e c) diverse sono le modalità di finanziamento dello schema.

Si stima (OECD, 1996) che la riforma francese riguarderà l'assistenza domiciliare di circa 400.000 non autosufficienti e l'assistenza in casa di cura di circa 240.000 persone. Il costo annuo previsto (OECD, 1996) è di 14 miliardi di franchi. Il governo francese stima che l'erogazione di queste prestazioni di assistenza consentirà di creare oltre 50.000 nuovi posti lavoro.

6.2 I principali contenuti della legge francese ⁶⁴.

La legge 97-60 del 24/1/1997 istituisce una prestazione in natura (« *prestation spécifique dépendance* ») per persone non autosufficienti

⁶⁴ Le fonti normative qui utilizzate sono: il testo di legge pubblicato sul Journal Officiel de la République Française del 25/1/1997 pp. 1280 e segg. *ed i decreti attuativi del Ministero del lavoro e degli affari sociali n. 97-426 e 97-427 entrambi del 28.4.97 pubblicati sul Journal Officiel de la République Française del 30/4/1997 pp. 6529 e segg.

«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.

Johne 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 mutualité*, 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.