

IPOSTESI DI INTRODUZIONE DI UNA TASSA DI SCOPO PER IL SOSTEGNO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN ETÀ ANZIANA: EFFETTI DISTRIBUTIVI

SARA MELE E NICOLA SCICLONE

IRPET – Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana

pubblicazione internet realizzata con contributo della



1.

PREMESSA

Le problematiche connesse all'invecchiamento della popolazione da alcuni anni dominano i dibattiti politici ed economici e, fra queste, particolare attenzione viene rivolta al problema della non autosufficienza degli anziani. Attualmente in Italia la popolazione con più di 65 anni rappresenta il 18% della popolazione totale; recenti proiezioni demografiche Istat mostrano che tale percentuale arriverà al 25% nel 2020.

Occorre tuttavia osservare che nel corso degli anni si sono registrati miglioramenti nelle condizioni di salute per ogni classe di età anziana. Questo porta ad un ridimensionamento del numero di non autosufficienti, dato che con l'aumento della speranza di vita cambia il concetto di anziano (non più statico, gli over 65, ma bensì dinamico). Negli ultimi decenni, inoltre, si è assistito ad un calo dell'incidenza di malattie croniche e in generale a miglioramenti in campo medico, assistiti da innalzamenti dei livelli di istruzione e da cambiamenti occupazionali. Tutto questo ha portato ad un calo della quota di persone incapaci di svolgere attività della vita quotidiana, soprattutto per le classi di età più avanzate (evidenza USA). Ciò significa che il numero di non autosufficienti aumenterà ad un tasso inferiore a quello di aumento degli anziani.

Accanto a questo, tuttavia, occorre osservare come nei decenni si sia realizzato un progressivo indebolimento delle tradizionali prestazioni informali di assistenza fornite dalla famiglia: in primo luogo per una minore disponibilità delle donne a svolgere tale tipo di assistenza in virtù della maggior partecipazione lavorativa femminile, in secondo luogo per una ridotta possibilità di sostegno intergenerazionale a causa del minor numero di figli e quindi per un generale e progressivo superamento del concetto di famiglia estesa.

Tutto ciò, sebbene sia possibile affermare che il tasso di non autosufficienza non aumenterà con la stessa dinamica del tasso di incidenza della popolazione anziana, porta a prevedere un aumento della domanda di assistenza formale a favore delle persone anziane non autosufficienti. Tale circostanza, anche in virtù della composizione produttiva dei servizi di assistenza, caratterizzati da un'alta intensità di lavoro e quindi dall'operare del così detto "effetto Baumol", produrrebbe un aumento della spesa assistenziale.

In relazione a tale risultato appare opportuno interrogarsi circa la necessità di socializzare (condividere) il rischio di non autosufficienza.

Il presente lavoro intende approfondire gli elementi a sostegno della costituzione di uno strumento assicurativo a livello regionale per il rischio di non autosufficienza in età anziana, nonché una stima degli effetti distributivi conseguenti alla realizzazione di un fondo regionale per la non autosufficienza per una regione come la Toscana, in cui il problema dell'incidenza della popolazione anziana appare più accentuato che nel resto del paese. La struttura dell'articolo è la seguente: vengono inizialmente presentate alcune caratteristiche delle famiglie toscane in cui vivono persone non autosufficienti così come risultanti da un'indagine campionaria sulle condizioni di vita (§ 2), si passa poi a delineare i numeri e i costi della non autosufficienza in Toscana (§3), si analizzano quindi le caratteristiche della soluzione al problema che passa dalla socializzazione del rischio non autosufficienza (§4), infine vengono presentate le caratteristiche essenziali di un possibile fondo regionale assicurativo per la non autosufficienza, di cui si stimano gli effetti redistributivi (§5).

2.

LA NON AUTOSUFFICIENZA NELLE FAMIGLIE TOSCANE

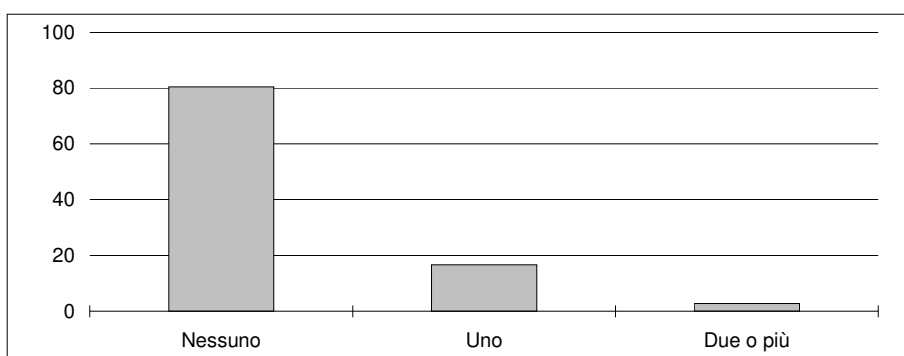
La Toscana, come tutte le società a sviluppo maturo, è interessata da un processo di progressivo invecchiamento della popolazione che appare anche più intenso di quello riscontrabile a livello

nazionale e che pone problemi notevoli in relazione alla cura della non autosufficienza in età anziana.

In questo paragrafo illustriamo le principali caratteristiche che il fenomeno della non autosufficienza assume in Toscana, attraverso i dati di una recente indagine campionaria¹. Vediamo, quindi, quante sono le famiglie con familiari non autosufficienti, con chi vivono i non autosufficienti, chi si occupa di loro ed infine la percezione soggettiva che essi hanno delle loro condizioni di vita.

La presenza di familiari non autosufficienti riguarda una quota consistente - il 20% - delle famiglie toscane: il 17% delle famiglie ha infatti un familiare non completamente autosufficiente che ha necessità di assistenza e cura, mentre il 3% ha due o più familiari in questa condizione (Graf.1).

Grafico 1
% DELLE FAMIGLIE TOSCANE CHE DICHIARA DI AVERE FAMILIARI
NON COMPLETAMENTE AUTOSUFFICIENTI



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Anche se in questo gruppo di soggetti sono incluse le persone con gravi malattie e i portatori di handicap, la grande maggioranza delle situazioni di non autosufficienza è, come era prevedibile, legata all'età. L'80% delle persone non autosufficienti ha infatti più di 65 anni e circa la metà è concentrata nella classe di età che ha 80 anni e oltre (Tab. 1).

Tabella 1
DISTRIBUZIONE DEI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI PER CLASSI DI ETÀ

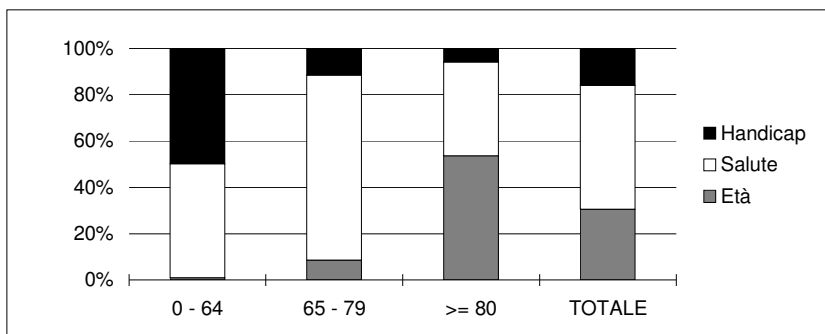
Classi di età	% frequenza
0 - 64	20
65 - 79	18
> 80	52

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Prevalenti sono le malattie invalidanti, legate all'invecchiamento ma percepite come problemi di salute, che si concentrano nelle prime fasce delle età anziane: fra i 65 e i 79 anni (54%). Vi sono poi le patologie senili percepite come conseguenze dell'età, concentrate pertanto nelle età più anziane (31%). I portatori di handicap, concentrati nelle età non anziane, sono nel complesso del campione il 16% dei familiari non autosufficienti.

¹ Indagine sulle condizioni di vita delle famiglie toscane -ICVFT. L'indagine è stata condotta nel 2002: essa mirava a rilevare i livelli di reddito, e più in generale i livelli di benessere, delle famiglie toscane; una specifica sezione del questionario era però dedicata al tema della non autosufficienza.

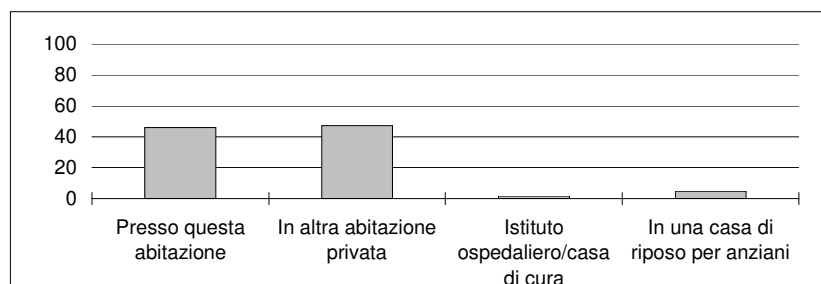
Grafico 2
DISTRIBUZIONE DEI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI PER ETÀ E PATOLOGIA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Le persone non autosufficienti sono solo raramente “istituzionalizzate” (Graf. 3); vive stabilmente in case di riposo per anziani il 5% dei familiari non autosufficienti degli intervistati e in case di cura il 2%. Il resto dei familiari non autosufficienti si divide in parti uguali fra chi vive nell’abitazione degli intervistati e chi vive presso un’altra abitazione privata.

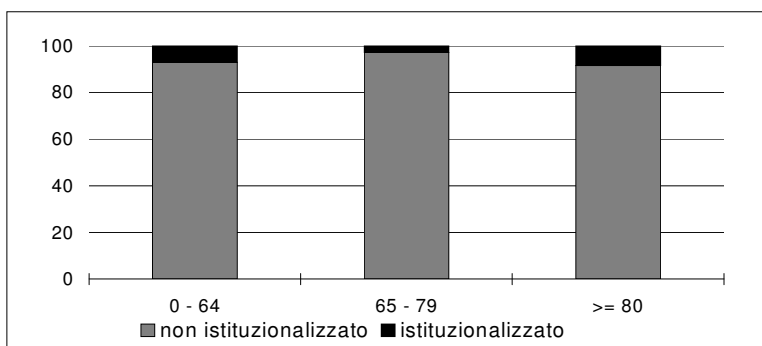
Grafico 3
DISTRIBUZIONE DI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI PER DOMICILIO
Valori %



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Solo di fronte all’handicap e alle patologie senili più gravi e difficili da gestire le famiglie si adattano a ricoverare i familiari negli istituti di riposo e nelle case di cura. Vive infatti in istituto l’8% dei soggetti non autosufficienti con più di 80 anni e il 7% dei “non anziani” non autosufficienti; quest’esperienza è invece assai rara per gli anziani in età 65-80 anni, che hanno evidentemente problemi di salute di più facile gestione (3%). Nel complesso i 2/3 dei familiari non autosufficienti degli intervistati che vivono in istituti ospedalieri, in case di cura e case di riposo per anziani hanno più di 80 anni (Graf. 4).

Grafico 4
ISTITUZIONALIZZAZIONE DEI FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI PER CLASSI DI ETÀ
Valori %



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Un quarto delle famiglie intervistate non svolge un ruolo nell'assistenza dei familiari non autosufficienti, ma coloro che, al contrario, prestano assistenza, sembrano dedicarsi a tempo pieno a tale attività (Tab. 2): in media 39 ore settimanali, con punte di 43 ore settimanali per le figlie e di 56 ore per i *care givers* non parenti. I pochi figli maschi coinvolti sembrerebbero, al di là delle cautele dovute all'esiguità dei numeri, costretti da una probabile condizione di mancanza di alternative a un ruolo di particolare impegno.

Tabella 2
DISTRIBUZIONE DEI CARE GIVERS E MEDIA DELLE ORE SETTIMANALI
DEDICATE ALL'ASSISTENZA

Care giver	% frequenza	Media ore settimanali
Persona di riferimento maschio	17	38,6
Persona di riferimento femmina	9	39,8
Coniuge/convivente maschio	0,2	12
Coniuge/convivente femmina	32,6	34,3
Figlia/e	8,4	43,3
Figlio/i	3,4	53,5
Altro coabitante	6,2	56,1
Nessuno, ci pensano altri	23,2	dato non disponibile

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Occorre sottolineare che l'età media delle persone di riferimento che offrono cura è assai elevata, di 61 anni, mentre le coniugi hanno in media 55 anni, e i figli che offrono cura ne hanno 48.

L'assistenza è affidata, in genere, a persone non occupate (il 67% dei *care givers*) e si concentra nelle età in cui si hanno coniugi anziani o genitori anziani. Vi è anche, evidentemente, un gruppo di persone non autosufficienti che si "autoassistono"; il 17 % di coloro che prestano assistenza ha infatti più di 70 anni. Un dato che si collega alla constatazione che all'interno del gruppo di famiglie che hanno membri non autosufficienti nella propria abitazione vi è un nucleo non inconsistente di persone sole.

Questo quadro consente di intravedere, da un lato, un legame con situazioni di pensionamento, dall'altro un notevole grado di specializzazione della figura del *care givers*. L'assistenza agli anziani si configura, dunque, soprattutto come uno scambio di aiuti fra persone che dispongono di tempo: da un lato un gruppo rilevante di donne, e un nucleo più contenuto di uomini, in età matura o anziana, nel ruolo di *care givers*; dall'altro un gruppo di donne anziane, nel ruolo *care takers*. La frequente condizione di non occupazione degli uomini è probabilmente da ricondurre, oltre che all'età, alla precocità del pensionamento di queste generazioni, dovuta a un percorso scolastico breve, a esperienze di lavoro poco qualificate, e alla diffusione delle pensioni di anzianità in queste coorti di età.

Queste osservazioni suggeriscono che si tratta di un quadro per ora ricco di "risorse di cura", ma sottoposto a forti trasformazioni. Non solo l'indebolimento del numero dei discendenti che si verificherà nel prossimo futuro per motivi demografici, ma anche la maggior durata della partecipazione al lavoro nel corso di vita, non potranno infatti che sottoporre la rete degli aiuti a nuove fragilità e tensioni.

Il lavoro di assistenza ai familiari non autosufficienti è inoltre fortemente strutturato dalle dimensioni del reddito familiare. All'aumentare del reddito familiare equivalente diminuiscono sensibilmente le ore settimanali destinate alla cura ed all'assistenza del soggetto non autosufficiente. Si passa dalle 45 ore medie settimanali delle famiglie con un reddito equivalente inferiore ai 10 mila euro alle 29 delle famiglie con un reddito maggiore di 20 mila euro e più. Infatti, il reddito equivalente ha una correlazione negativa con l'ammontare delle ore destinate alla cura ed all'assistenza.

Un dato, questo, che si collega anzitutto alla minor frequenza con cui le famiglie più dotate di risorse coabitano con i familiari bisognosi di assistenza; in secondo luogo alla presenza di

personale, anche non coabitante, che si dedica alla cura nelle famiglie più dotate di risorse. Occorre infine chiamare in causa, probabilmente, il pensionamento più tardivo e le migliori condizioni di salute delle persone più dotate di capitali economici e culturali (Tab. 3).

Tabella 3
DISTRIBUZIONE DELLE FAMIGLIE PER CLASSI DI REDDITO E MEDIA DELLE ORE SETTIMANALI DEDICATE ALL'ASSISTENZA

Classi di reddito equivalente	% frequenza	Ore medie sett.
< 10.329	36,2	45
10.329 – 15.494	30,6	37
15.494 – 20.658	16,5	39
> 20658	16,7	29

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

La percentuale di intervistati che ha fatto ricorso in varie forme, incluse le esperienze legate a emergenze specifiche, a strutture di ricovero, è evidentemente superiore a quella delle persone che hanno parenti stabilmente ricoverati in istituti. Infatti, nel complesso, il 14,5% degli intervistati utilizza le strutture di ricovero; fra questi circa i 2 terzi degli utenti hanno fatto ricorso a strutture pubbliche (Tab. 8).

Tabella 4
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE NON AUTOSUFFICIENTE RISPETTO ALL'UTILIZZO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Non fa uso	85,5
Strutture pubbliche	9,9
Strutture private	4,6

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Per la maggior parte delle famiglie si tratta di una scelta, o comunque di un comportamento vissuto, o descritto, come preferibile in base alle norme sociali. Vi è tuttavia un gruppo non inconsistente di potenziali utenti, che in presenza di servizi ritenuti adeguati (4%) e, soprattutto, meno costosi (9%) dichiarano che farebbero ricorso alle strutture. Il problema percepito da questi gruppi non è dunque quello di una assoluta mancanza di posti quanto quello di una mancanza di strutture che offrano un buon servizio a costi contenuti (Tab. 5).

Tabella 5
DISTRIBUZIONE DEL MOTIVO DEL NON USO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Motivo del non uso	% frequenza
Non ho trovato un luogo adeguato	3,7
Non ho trovato posto	1,9
È troppo costoso	8,9
Preferisco così	65,6
Altri motivi	19,9

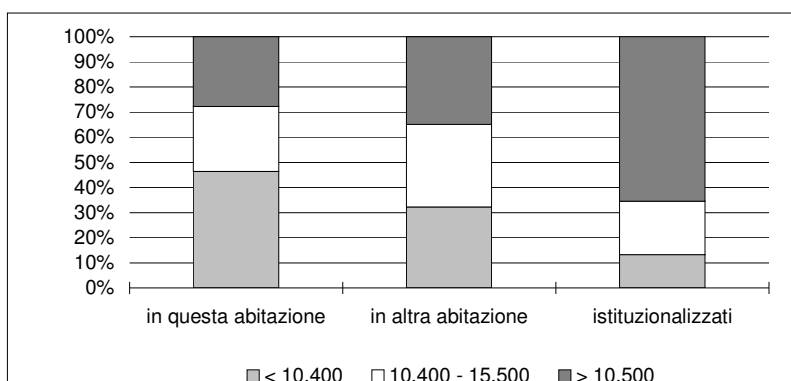
Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Il reddito medio annuo equivalente delle famiglie che al momento dell'indagine hanno un familiare ricoverato è di 15.472 euro: è dunque maggiore della media dei redditi annui di tutte le famiglie che si occupano dell'assistenza e della cura dei non autosufficienti (euro 14.583).

Le obbligazioni familiari – all'incrocio fra norme sociali e vincoli affettivi - “legittimano” il ricovero alle strutture solo in condizioni di effettiva impossibilità di gestire i familiari in difficoltà. Vi è infatti una forte dipendenza del fenomeno analizzato dalle cause che hanno determinato lo stato di non autosufficienza (handicap, patologie gravi) e dalla struttura per età. Un dato che accomuna l'Italia, ai paesi con un regime di welfare forte, nei quali il fulcro dell'assistenza è costituito dall'assistenza domiciliare.

Ma, di fronte a situazioni di effettiva non autosufficienza, il reddito influisce non soltanto sulle modalità di gestione privata degli anziani, ma anche sul ricorso alle strutture esterne, pubbliche o private. Il domicilio del soggetto non autosufficiente è correlato infatti con il reddito familiare della famiglia da cui è assistito. Alla crescita di quest'ultimo corrisponde un aumento della percentuale dei disabili che sono istituzionalizzati o che sono domiciliati in un'abitazione diversa da quella della famiglia che dà loro assistenza (Graf. 5).

Grafico 5
DISTRIBUZIONE DEL DOMICILIO DEI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI PER CLASSI DI REDDITO EQUIVALENTE



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Assai più elevato, rispetto all'istituzionalizzazione dei non autosufficienti all'interno di strutture assistenziali, è il ricorso all'aiuto di personale infermieristico, all'assistenza domiciliare e a quella dei centri di assistenza diurna, che coinvolge il 40% dei familiari degli intervistati.

L'uso di forme di assistenza privata è prevalente rispetto al ricorso a servizi pubblici (Tab. 6). Occorre ricordare, a questo proposito, che i sistemi di welfare più evoluti si distinguono da quelli più deboli non tanto per la loro capacità di offrire posti nelle strutture residenziali, ma proprio sul terreno dell'offerta pubblica di assistenza domiciliare.

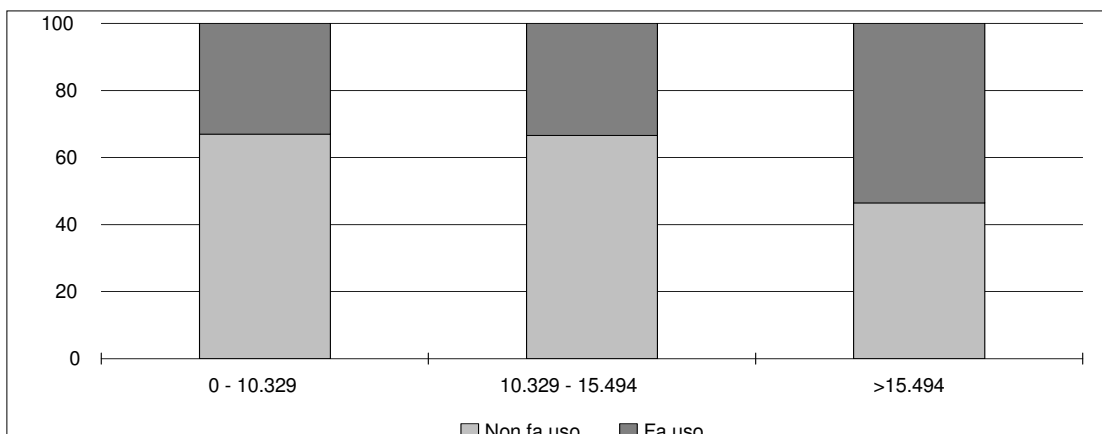
Tabella 6
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE NON AUTOSUFFICIENTE RISPETTO ALL'UTILIZZO DELLE VARIE FORME DI AIUTO ASSISTENZIALE

Uso di forme di aiuto e assistenza	% frequenza
Non fa uso	60,4
Fa uso di aiuto esclusivamente pubblico	16,1
Fa uso di aiuto esclusivamente privato	19,4
Fa uso di aiuto pubblico e privato	4,1

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Il ricorso a servizi privati aumenta con il reddito familiare equivalente (Graf. 6): ad esempio ricorrono alle varie forme di assistenza non istituzionalizzata il 33% dei non autosufficienti con un reddito familiare annuo equivalente inferiore ai 15.500 euro contro il 54% di coloro che hanno un reddito familiare equivalente superiore a tale soglia.

Grafico 6
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE NON AUTOSUFFICIENTE RISPETTO ALL'UTILIZZO DELLE VARIE FORME DI AIUTO ASSISTENZIALE E DI CURA E RISPETTO ALLE CLASSI DI REDDITO EQUIVALENTE

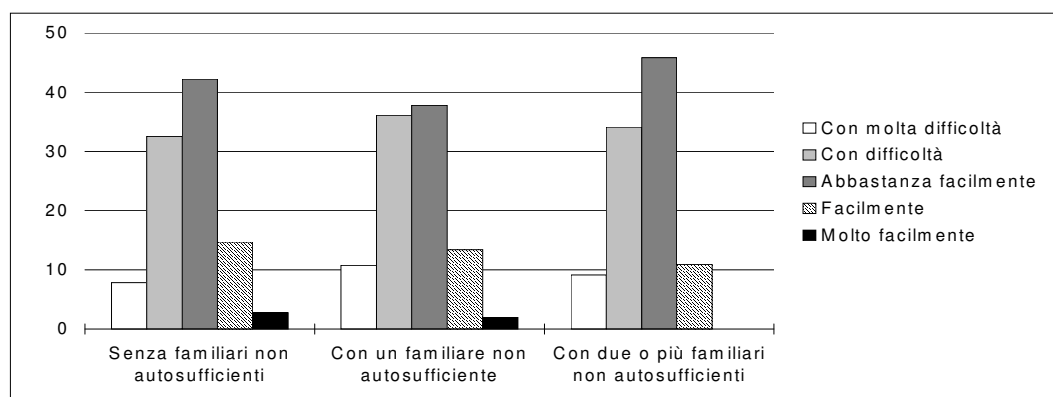


Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Le famiglie toscane, nella maggior parte dei casi, fanno fronte da sole ai bisogni di cura e assistenza delle persone non autosufficienti, mettendo nel conto gravi costi economici, sociali e psicologici.

La presenza nella rete parentale di membri non autosufficienti ha una visibile influenza sulla percezione soggettiva delle condizioni di vita. Guardando infatti a come la persona di riferimento risponde alla domanda sulla sua eventuale difficoltà di “arrivare alla fine del mese” (Graf. 7) possiamo notare che spostandoci dalle famiglie che non hanno familiari non autosufficienti a quelle che ne hanno più di uno, si ha un andamento decrescente delle risposte “facilmente” e “molto facilmente”. Quest’ultima risposta si annulla nelle famiglie con più di un familiare non autosufficiente.

Grafico 7
DISTRIBUZIONE DELLE PERCEZIONI DELLE CONDIZIONI DI VITA



Fonte: elaborazioni degli autori su dati ICVFT

Al contrario la percentuale dei capofamiglia che risponde che “arriva alla fine del mese con molta difficoltà” o “con difficoltà” aumenta con il passaggio dalle famiglie che non hanno familiari non autosufficienti alle altre due tipologie. Tutto ciò conferma che il dover far fronte da sole alla maggior parte dei bisogni di cura e di assistenza è, per le famiglie, un significativo fattore di esposizione al rischio di povertà.

3.

I NUMERI E I COSTI DELLA NON AUTOSUFFICIENZA IN TOSCANA

Nella letteratura internazionale, la definizione della non autosufficienza viene elaborata a partire dalla capacità o incapacità del soggetto di compiere azioni che richiedono un diverso impegno fisico e cognitivo (Kats et al., 1963). Tali azioni sono classificate in due gruppi: ADL (*Activities of Daily Living*) e IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). Le prime fanno riferimento ad attività essenziali per lo svolgimento della propria vita in modo autonomo (lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, alimentarsi, trasferimenti, continenza). La mancanza di una o più di tali funzioni comporta la necessità di un'assistenza periodica o continuativa a seconda del tipo di ADL mancante. Le seconde sono invece funzioni più complesse, ma non così strettamente indispensabili come le precedenti per lo svolgimento in modo autonomo di attività basilari (uso del telefono, fare la spesa, preparazione del cibo, cura della casa, fare il bucato, uso dei mezzi di trasporto, prendere i farmaci, gestire le finanze domestiche). La mancanza di una o più di tali funzioni comporta la necessità di un'assistenza saltuaria.

In base a ciò le condizioni di non autosufficienza e non autosufficienza grave sono quelle riconducibili alla mancanza delle ADL. La mancanza delle sole IADL configura situazioni di disabilità minori.

Da stime elaborate dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS, 2002) risulta che in Toscana i soggetti disabili con perdita di almeno una funzione ADL sono circa 74.000, mentre i soggetti disabili per la perdita di funzioni IADL che necessitano di un'assistenza a carattere saltuario sono circa 78.000.

In questo documento ci concentreremo su una proposta di assistenza per le sole situazioni di non autosufficienza (mancanza di una ADL) e di non autosufficienza grave (mancanza di due o più ADL). Con riferimento a questi casi, attualmente ricevono assistenza meno di 30.000 soggetti, di cui appena il 2% tramite centri di assistenza diurni, il 44% tramite ricoveri in Residenze Sociali Assistite (RSA) e il restante 54% tramite assistenza domiciliare. La spesa pubblica relativa all'erogazione di tali prestazioni ammonta a 335.000.000 euro, cui si aggiungono 40.000.000 euro di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Il livello di spesa pubblica media annua pro capite è di circa 11.400 euro, che per l'assistenza in RSA è pari 23.300 euro e 4.000 per l'assistenza domiciliare.

Lo scenario che si preannuncia per la Regione Toscana, in cui la quota di ultra sessantacinquenni passerà dall'attuale 23% (corrispondente a 810.000 unità circa) al 27% nel 2020 (corrispondente a 930.000 unità) secondo le ultime proiezioni Istat, rende necessaria l'assunzione di iniziative per affrontare le problematiche della popolazione anziana non autosufficiente.

Infatti alle insufficienze dell'offerta di servizi di oggi si unirà la domanda di una più vasta platea di soggetti, col tempo destinata ad aumentare, oltre che per gli effetti demografici sopra evidenziati, anche per il miglioramento degli stili di vita e per i progressi sanitari e sociali che incrementano in modo continuo e consistente i livelli di sopravvivenza.

4.

LA SOCIALIZZAZIONE DEL RISCHIO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Per poter intervenire in modo efficace sul problema della non autosufficienza occorre operare in termini di obbligatorietà. La predisposizione di strumenti assicurativi facoltativi contro il rischio della non autosufficienza appare infatti inadeguata sia per questioni di efficienza, legate ai fenomeni di selezione avversa dei beneficiari (che comporterebbero problemi di sostenibilità attuariale), sia per questioni di equità, connesse alla "miopia" dei soggetti più giovani e alle diverse capacità economiche di ciascuno (che comporterebbero coperture assicurative solo per i più ricchi).

E' possibile individuare una prima risposta per l'organizzazione analizzando come gli altri paesi hanno affrontato il problema. In ambito europeo sono essenzialmente due i paradigmi di riferimento: il modello francese e quello tedesco.

Una legge del 1997 istituisce in Francia una prestazione specifica che si configura, a differenza del modello tedesco, come non universale ma specificatamente rivolta alle fasce più povere della popolazione. Sono infatti esclusi dalle prestazioni i soggetti con un reddito superiore ad una certa soglia, peraltro abbastanza contenuta. In aggiunta a ciò solo i soggetti con un'età superiore ai 60 anni (purché legalmente residenti in Francia) possono usufruire dei servizi assistenziali previsti dalla legge. Tali servizi, correlati alla situazione patrimoniale e reddituale del beneficiario, oltre che al suo stato di non autosufficienza, consistono in prestazioni in natura. L'assistenza può essere fornita anche dai familiari, purché disoccupati, ed in nessun caso dal coniuge o dal convivente. A tali soggetti lo Stato si impegna ad erogare servizi di formazione specifica. Esiste, inoltre, una soglia massima non molto elevata per il cumulo di tale prestazione con altri redditi del beneficiario, il che rende la prestazione in oggetto tipicamente destinata a soggetti poveri.

Il modello tedesco, istituito con una legge del 1995, si discosta da quello francese innanzi tutto per il carattere universalistico della prestazione. L'assistenza fornita alle persone non autosufficienti è del tutto inquadrabile all'interno degli schemi di assicurazione sociale; la copertura contro il rischio è realizzata tramite l'assicurazione obbligatoria di tutti i soggetti già coperti da assicurazione sanitaria. Lo stato di non autosufficienza dell'assicurato è rilevato dall'incapacità dello stesso di far fronte alle operazioni quotidiane ricorrenti. Da qui la definizione di tre livelli di necessità (rilevante, grave e gravissima) che danno diritto a prestazioni il cui valore dipende unicamente da tali livelli e non anche, come nel caso francese, dal reddito dei beneficiari o dai contributi versati. Il modello tedesco si caratterizza, rispetto a quello francese, anche per l'ampiezza della libertà di scelta lasciata al beneficiario che può ricevere prestazioni in natura e monetarie o una combinazione delle due, in riferimento sia all'assistenza domiciliare (da privilegiare, per consentire all'assicurato di rimanere il più a lungo possibile nel suo ambiente familiare), che all'assistenza residenziale presso strutture apposite. Il finanziamento di questa assicurazione sociale è realizzato tramite un'aliquota contributiva sul reddito imponibile dell'assicurato che risulta a carico sia del datore di lavoro che del lavoratore.

L'esperienza tedesca, ripresa dalla Commissione Onofri nel 1997, appare senz'altro molto interessante in riferimento a due elementi fondamentali: la copertura universale e l'ampiezza della scelta delle prestazioni estremamente flessibile e quindi adattabile alle diverse esigenze dei beneficiari.

Ciò che si propone è quindi un tipo di intervento analogo a quello tedesco, vale a dire uno schema assicurativo pubblico universale e obbligatorio, in cui i cittadini sono chiamati a pagare in riferimento soltanto alla loro situazione economica, mentre il livello della prestazione erogata non dipende dai contributi versati ma solo dalla gravità del bisogno.

In che modo reperire il finanziamento per la costituzione di un tale fondo? Le opzioni disponibili sono essenzialmente tre: redistribuire le risorse all'interno del bilancio pubblico, utilizzare diversamente le risorse già esistenti (ad esempio tramite miglioramenti dell'efficienza tecnica) e infine richiedendo ulteriori risorse ai cittadini. Rispetto a tale opzione, il cui utilizzo appare necessario nel momento in cui si voglia realizzare un nuovo intervento assicurativo del tipo descritto, le modalità di finanziamento possono essere di varia natura: assicurative, tributarie, contributive. Per una rassegna delle possibili soluzioni si rinvia al rapporto sui diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti a cura di CAPP, CER, Servizi Nuovi [2003].

5.

UN'IPOTESI PER LA TOSCANA

In questo lavoro sono stimati il costo e gli effetti distributivi di un intervento di assistenza agli anziani non autosufficienti per la Toscana, realizzato tramite uno schema assicurativo finanziato con l'addizionale Irpef regionale².

L'ipotesi è quella di intervenire su fasce di bisogno differenziate, inoltre le prestazioni offerte possono essere fornite in ambito domiciliare o residenziale.

Sulla base del quadro della non autosufficienza in Toscana fornito dall'ARS [2003], è possibile effettuare una stima del numero di persone non autosufficienti per ambito di intervento assistenziale e per grado di non autosufficienza.

Tabella 7

STIMA DELLA DISTRIBUZIONE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN TOSCANA PER AMBITO DI INTERVENTO

Ambito di intervento assistenziale	Numero di soggetti
Domiciliare	48.722
Residenziale	25.278
TOTALE	74.000

Tabella 8

STIMA DELLA DISTRIBUZIONE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN TOSCANA PER GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

	Grado di non autosufficienza				TOTALE
	I	II	III	IV	
Domiciliare	24.361	18.515	4.385	1.462	48.722
Residenziale	9.100	10.617	4.803	758	25.278
TOTALE	33.461	29.131	9.188	2.220	74.000

Un'analisi delle rette attualmente vigenti per le strutture assistenziali per anziani della Toscana e dei costi dell'assistenza domiciliare, nonché delle prestazioni erogate da fondi assicurativi come quello realizzato dalla Provincia Autonoma di Trento [2002], ci ha consentito di elaborare un'ipotesi circa gli importi delle prestazioni a carico del fondo, differenziate per grado di gravità della non autosufficienza e per ambito di intervento.

Tabella 9

IMPORTO UNITARIO MENSILE DELLE PRESTAZIONI A CARICO DEL FONDO PER AMBITO DI INTERVENTO E LIVELLO DI GRAVITÀ (EURO)

	Domiciliare	Residenziale
I livello	520	1.300
II livello	1.000	1.800
III livello	1.500	2.300
IV livello	1.850	2.850

Considerando quindi le stime della platea dei potenziali beneficiari delle prestazioni del fondo, come illustrate dalle tabelle 7 e 8, secondo lo schema presentato la spesa complessiva per affrontare l'universo degli anziani ammonterebbe in Toscana a circa 1 miliardo e 14 milioni di euro.

² Come noto, la Finanziaria ha imposto alle Regioni il divieto di modificare l'addizionale regionale. L'esercizio che segue quindi si applica ad uno scenario futuro in cui, come è prevedibile, le Regioni torneranno ad avere piena autonomia di scelta sulle aliquote relative all'addizionale.

Tabella 10

SPESA ANNUA A CARICO DEL FONDO REGIONALE IN BASE AL NUMERO DI NON AUTOSUFFICIENTI STIMATI E ALLA MISURA DELLE PRESTAZIONI PREVISTE (EURO)

	1° livello	2° livello	3° livello	4° livello	TOTALE
Domiciliare	152,012,640	222,180,000	78,930,000	32,456,400	485,579,040
Residenziale	141,960,000	229,327,200	132,562,800	25,923,600	529,773,600
TOTALE	293,972,640	451,507,200	211,492,800	58,380,000	1,015,352,640

Come visto in precedenza (§ 3), attualmente la spesa pubblica per le persone non autosufficienti sostenuta dalla Regione Toscana ammonta a 335 milioni di euro (comprensivi della spesa sanitaria e di quella sociale), mentre le risorse ad oggi destinate agli assegni di accompagnamento erogati in Toscana ammontano a circa 411 milioni di euro. A tali cifre occorre sommare le risorse finanziarie derivanti dalla compartecipazione dei cittadini che ammontano, ad oggi, a 40 milioni di euro.

Il disavanzo che si determina dalla differenza tra la spesa da finanziare (1 miliardo e 15 milioni di euro circa) e le risorse ad oggi esistenti (786 milioni di euro circa), vale a dire circa 230 milioni di euro, potrebbe essere indicativamente coperto con l'introduzione di un'addizionale Irpef dello 0,7 (aggiuntiva rispetto all'attuale addizionale).

Sulla base di queste cifre proviamo adesso a stimare gli effetti distributivi di questa forma di intervento per le famiglie toscane.

I redditi 2000 delle famiglie toscane³ rivalutati al 2005 sono assunte come base per l'esercizio. Le stime sono ricavate dal modello di microsimulazione dell'Irpet (MIRTO⁴).

L'addizionale regionale dovrebbe aumentare di 0,7 punti percentuali passando dallo attuale 0,9% all'1,6%. Così operando, si avrebbe un gettito aggiuntivo di 230 milioni di euro, con un valore medio della imposta personale del reddito che salirebbe, a livello familiare, da 7.374 a 7.542 euro.

Tabella 11

AUMENTO MEDIO FAMILIARE DELL'IRE RISPETTO ALLA SITUAZIONE BASE (ADDIZIONALE=0,9)

Anno 2005

Euro

	IRPEF media	Var. IRPEF
<i>Scenario di base</i>		
Addizionale IRPEF 0,9%	7.374	-
<i>I scenario</i>		
Addizionale IRPEF all'1,6%	7.542	168

Fonte: elaborazioni MIRTO su dati ICVFT

Nel complesso l'efficacia redistributiva dell'imposta aumenta, ma in modo quasi impercettibile come si osserva dai valori che assume l'indice Reynolds Smolensky (Tab. 12).

Come noto, l'effetto redistributivo complessivo di una imposta misura la riduzione che la disuguaglianza subisce nel passaggio dai redditi lordi a quelli netti. Esso può essere scomposto in due fattori moltiplicativi, l'effetto incidenza (indice $t/(1-t)$) e l'effetto progressività (indice di Kakwani), a cui si aggiunge un termine a residuo, D, se l'imposta produce un riordinamento dei redditi netti rispetto a quelli lordi.

Il primo effetto (incidenza) aumenta al crescere dell'aliquota media, mentre il secondo (progressività) quanto più ci si allontana dalla situazione di proporzionalità. Quello che si osserva, fissando l'addizionale all'1,6%, è un leggero incremento dell'impatto redistributivo: l'effetto progressività diminuisce (come ogni volta che si aggiunge una componente proporzionale ad un

³ Tali redditi sono stati rilevati tramite l'Indagine sulle Condizioni di vita delle famiglie toscane -ICVFT, 2002.

⁴ MIRTO è l'acronimo di Microsimulazione dei Redditi delle Famiglie Toscane. Per alcuni dettagli sul modello si rinvia a Petretto Sciclone [2005]

tributo progressivo⁵), ma l'effetto incidenza è tale da migliorare la situazione rispetto alla situazione in cui l'addizionale è pari allo 0,9%.

Tabella 12
EFFETTO REDISTRIBUTIVO DELL'ADDIZIONALE

	Effetto redistributivo (indice Reynolds-Smolensky)	Effetto progressività (Kakwani)	Effetto incidenza $t/(1-t)$
CONTRIBUENTI			
Ire con addizionale allo 0.09%	0.0542	0.208	0.261
ile con addizionale allo 1,6%	0.0546	0.203	0.269
FAMIGLIE			
Ire con addizionale allo 0.09%	0.0421	0.160	0.263
ile con addizionale allo 1,6%	0.0425	0.157	0.271

In generale la disuguaglianza misurata sui redditi netti familiari equivalenti diminuirebbe, rispetto allo scenario base, di 0,1 punti percentuali e di 0,00024 punti in valore assoluto (tabella 7).

Tabella 13
INDICI DI DISUGUAGLIANZA DEI REDDITI FAMILIARI EQUIVALENTI
VARIAZIONI RISPETTO ALLO SCENARIO BASE

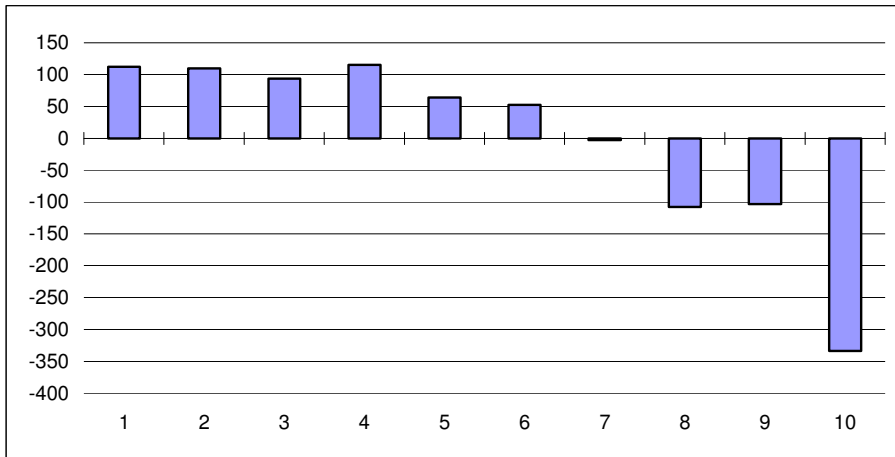
	Gini	
	Var. assoluta	Variazione relativa
1° scenario: addizionale proporzionale	-0,00024	-0,1%

L'aumento dell'addizionale IRPEF non ha quindi effetti redistributivi di grande rilievo. Ma un tale risultato non tiene conto del fatto che l'aumento del gettito può garantire una maggiore spesa pubblica per la non autosufficienza: poiché tutte le famiglie contribuiscono –in proporzione al loro reddito- al finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti, ma alcune più di altre ricorrono a tali servizi, l'effetto redistributivo complessivo è maggiore di quello stimato considerando solo l'incremento dell'addizionale.

Ipotizziamo, ad esempio, di utilizzare il gettito aggiuntivo dell'addizionale per finanziare un *voucher* da distribuire alle famiglie con non autosufficienti. Tenendo presente la distribuzione dei non autosufficienti per decili di reddito familiare equivalente che si ricava da ICVFT, abbiamo il seguente quadro: le famiglie che si collocano nei primi 6 decili ottengono un guadagno netto di benessere -pari al saldo positivo fra il *voucher* e l'aumento del gettito Irpef- mentre l'opposto accade alle famiglie collocate negli ultimi 4 decili (Graf. 8).

⁵ Per la dimostrazione si rinvia a Baldini, Bosi, Silvestri 2004

Grafico 8
SALDO MEDIO FRA GLI INCREMENTI DELL'ADDIZIONALE IRPEF E RISPARMI DI SPESA PER DECILI DI REDDITO FAMILIARE EQUIVALENTE
Anno 2005. Euro



L'impiego dell'addizionale regionale come tassa di scopo – con l'obbligo quindi da parte della Regione di indirizzare tutto il gettito riscosso nel campo delle politiche per l'assistenza ai non autosufficienti- risulta essere perciò più vantaggiosa per le famiglie meno abbienti.

Riferimenti bibliografici

- ARS (2002) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana*, Documenti dell' Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze.
- Beltrametti L. (2000) *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, ricerca n. 14, Ministero dell' Economia, Roma.
- Beltrametti L. (2001) *Il finanziamento dei servizi per anziani non autosufficienti*, Rapporto di ricerca, Milano.
- Beltrametti L. (2002) "Il fondo per la non autosufficienza in Provincia di Trento. Elementi di studio e di analisi per la definizione del progetto", *InfoSociale*, 4.
- Boeri T., Perotti R. (2002) *Meno pensioni più welfare*, Il Mulino, Bologna.
- CAPP (2003) *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, mimeo
- CNEL (2003) *La non autosufficienza in Italia: realtà esistenti e prospettive di soluzione*
- Gori C. (2001), a cura di, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Franco Angeli, Milano.
- Gori C. (2003) "Il finanziamento dell' assistenza per gli anziani non autosufficienti: strategie a confronto", in Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (cura di) *Rapporto Sanità 2003*, Il Mulino, Bologna
- Gori C. (2003) "L' assistenza continuativa per gli anziani non autosufficienti in Italia ", in Guerra M.C., zanardi A. *Rapporto Sanità 2003*, Il Mulino, Bologna.
- Istat (2005) Previsioni centrali della popolazione residente (www.demo.istat.it)
- Isvap (2001) *Il costo ed il finanziamento dell' assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Quaderni Isvap, Roma
- Kats S., Ford A.B., Moskowitz A.W., Jackson B.A., Jaffe MW (1963) "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function", *JAMA* n. 185, pp. 914-919.
- Pestieu P. (2004) "Long term care. The state, the market and the family", paper presentato a un seminario della School for the Doctorate in the Economics and Finance of Public Administration, Università Cattolica di Milano, Università degli Studi di Milano Bicocca, Università degli Studi di Milano, 10 novembre.
- Provincia Autonoma di Trento (2002) *Il Fondo per la non autosufficienza in Provincia di Trento*, *InfoSociale* n. 4.