



pubblicato su:
SSANIA



XV RAPPORTO ANNUALE
Luglio 2016

PARTE II

LE POLITICHE DI SOSTEGNO ALLA POPOLAZIONE NON AUTOSUFFICIENTE IN ITALIA: DINAMICHE E PERSISTENZE

INTRODUZIONE	72
L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO	75
L'ASSETTO NAZIONALE PER IL SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ	76
• Quante sono le persone non autosufficienti in Italia?	76
• Quanti sono i non autosufficienti assistiti da interventi pubblici?	76
• La legge per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle Persone portatrici di handicap (L. 104/92)	78
• Evoluzione, caratteristiche dei percettori e distribuzione territoriale delle indennità di accompagnamento (IDA)	81
LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIFORMA DELLA LTC IN ITALIA	95
• L'esperienza Home Care Premium	99

INTRODUZIONE

Le politiche di sostegno alle persone non autosufficienti e con disabilità sono destinate a rivestire un ruolo crescente nell'agenda politica degli amministratori pubblici locali e nazionali dei prossimi decenni. È necessario, pertanto, elevare sin d'ora il livello di attenzione su questo tema. Il rischio che deve essere evitato è quello di farci trovare impreparati nell'affrontare le sfide che ci attendono in un contesto in cui la popolazione con più di 65 anni è destinata a raddoppiare nel giro dei prossimi cinque decenni, passando dagli attuali 13,2 agli oltre 20 milioni di anziani, e quella con più di 85 anni a triplicarsi rispetto agli attuali 1,7 milioni di persone arrivando a superare le 6 milioni di unità. La disabilità è prevalente tra le persone più anziane e le generazioni maggiormente a rischio di non autosufficienza avranno un peso crescente passando da meno di un quinto a un terzo della popolazione italiana.

Questi andamenti demografici richiederanno un maggior impegno delle politiche pubbliche sia in termini di spesa assoluta che in rapporto al reddito nazionale. Secondo le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) la spesa per la non-autosufficienza (Long-Term Care, LTC)¹ in rapporto al PIL passerà dall'1,9% registrato nel 2014 al 3,2% nel 2060 (*pure Ageing scenario*). Importante sottolineare come vi sia una forte incertezza sulla qualità dell'incremento della longevità. Difficile stabilire quanto dei guadagni in longevità previsti dall'ISTAT saranno accompagnati da una espansione della speranza di vita in buona salute. Non siamo, infatti, ancora in grado di prevedere come cambierà la struttura delle patologie. In una popolazione che vive sempre più a lungo potrebbe, ad esempio, crescere l'incidenza delle patologie di tipo cognitivo che implicano costi di cura notevolmente più elevati. Ne consegue che le attuali previsioni di spesa LTC potrebbero anche sottostimare significativamente il costo che dovrà essere sostenuto per la non-autosufficienza².

1 - L'aggregato di spesa pubblica per Long Term Care (LTC) è definito in linea con la metodologia elaborata dall'OCSE, sulla base dei criteri di classificazione del System of Health Accounts. Per l'Italia comprende: la spesa sanitaria per LTC, le indennità di accompagnamento (IDA) e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

*2 - Per una discussione si veda ad esempio M. Morciano, R. M. Hancock, S. E. Pudney (2015), "Birth-cohort trends in older-age functional disability and their relationship with socio-economic status: Evidence from a pooling of repeated cross-sectional population-based studies for the UK", *Social Science & Medicine*, Volumes 136–137, July 2015. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615002737>)*

Tavola 2.1

**LA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE IN ITALIA
NEL PERIODO 2000-2060**

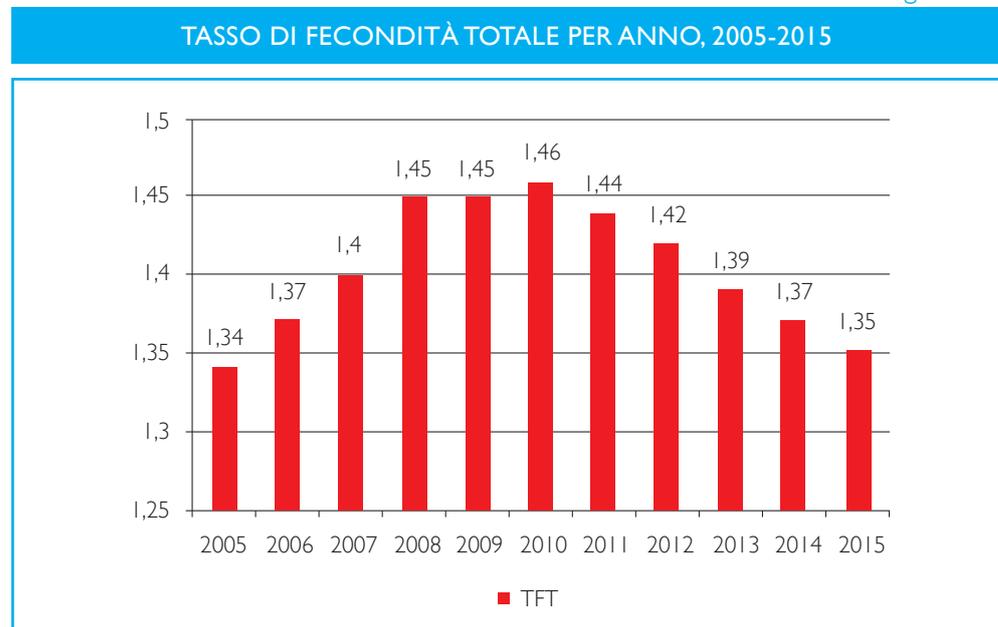
INDICI	2000	2010	2060
Popolazione (in migliaia):			
65+ (a)	10.310	13.225	20.194
85+ (b)	1.195	1.708	6.007
in età lavorativa [20-64] (c)	35.430	36.433	30.643
Totale (d)	56.924	60.997	61.301
a/c	29,1%	36,3%	65,9%
a/d	18,1%	21,7%	32,9%
b/c	3,4%	4,7%	19,6%
b/d	2,1%	2,8%	9,8%
Spesa LTC/PIL	1,2%	1,9%	3,2%

Fonti: EPC-WGA *Economic Policy Committee-Working Group on Ageing*. Scenario demografico ISTAT centrale. Fig. A.3 (p.19) Ragioneria Generale dello Stato (RGS), 2015, "Le tendenze di medio-lungo periodo della spesa pensionistica e socio-sanitaria", Rapporto n. 16.

L'aumento della longevità non costituisce comunque l'unico fattore di criticità dell'attuale modello di assistenza vigente in Italia, che si regge in larghissima parte sul contributo delle famiglie, sia in termini di cura informale dei familiari che di assunzione di assistenti familiari. Un sistema in cui il carico delle cure prestate al disabile e il supporto economico necessario a coprire i costi personali e socio-sanitari legati alla disabilità (inclusi quelli per l'assunzione di assistenti familiari e il pagamento delle rette di strutture residenziali) grava largamente sulle famiglie delle persone non autosufficienti, non può reggere al declino dei tassi di fecondità e alla riduzione della dimensione del nucleo familiare³. La significativa caduta dei tassi di fecondità già osservati determinerà in futuro una diminuzione del numero di figli per ogni genitore anziano, mentre l'aumento nell'incidenza dei divorzi, aumenterà il numero di anziani che si troveranno a vivere da soli. Per avere una dimensione dell'intensità del fenomeno demografico che ha interessato la popolazione italiana a partire dal secondo dopo dopoguerra, si pensi che se la generazione dei nati a cavallo degli anni '30 e '40 ha potuto contare su un numero medio di figli per nucleo familiare pari a circa 2,4, la generazione successiva, quella dei *baby boomers*, cioè di quelli nati a cavallo degli anni '60, potrà contare in futuro su nuclei familiari che sono stati da loro generati con un numero medio di figli per donna fertile di quasi un'unità inferiore (tra 1,7 e 1,5). Il perdurare e aggravarsi di questa tendenza, quasi secolare, sembrava essersi interrotto dopo un illusorio e modesto recupero a partire dalla seconda metà degli anni '90 spentosi, però, a partire dal 2010 anche a causa del protrarsi degli effetti della crisi economica sulle scelte progettuali delle giovani famiglie rispetto alla genitorialità. Nel 2015, infatti, il valore del Tasso di Fecondità Totale (TFT) è tornato allo stesso valore che si registrava nel 2005 (1,35).

3 - Cfr. AA.VV., "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", V° Rapporto Network Non Autosufficienza, 2015; Luca Beltrametti, "Politiche per la non autosufficienza", una riforma possibile", Neodemos, 2010; AA.VV., Prospettive sociali e sanitarie, Cap. IV, Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), 2015.

Figura 2.1



Un altro indicatore della vulnerabilità di un modello fondato quasi esclusivamente sul contributo delle famiglie, lo si ricava dall'analisi dell'indice di dipendenza degli anziani in Tavola 2.1. Al 2060, il rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella degli adulti nella fascia di età tra i venti e i sessantacinque si raddoppierà passando dal 36,3 del 2010 al 65,9 per cento, ma il peso della popolazione ultra ottantacinquenne rispetto a quella degli adulti nella fascia di età tra i venti e i sessantacinque anni passerà dal 4,7 al 19,6 per cento come a dire che il numero dei *caregivers* famigliari dovrebbe quadruplicarsi per mantenere gli stessi carichi odierni di sostegno familiare alle persone non autosufficienti. Inutile, dire che si tratti di incrementi irrealistici. A ciò si aggiunga che un modello fondato quasi esclusivamente sul contributo delle famiglie è fortemente vulnerabile anche al ciclo economico e all'andamento dei flussi migratori e dell'occupazione che possono alterare in modo radicale i costi opportunità e le condizioni di offerta di assistenza informale fornita dai famigliari ai non autosufficienti. In questo senso una conferma recente ci viene dal calo che si registra nel numero delle colf e delle badanti e che si accompagna alla ricomposizione della domanda a favore delle lavoratrici domestiche con cittadinanza italiana.

Anche se alcune recenti evidenze empiriche mostrano timidi miglioramenti nelle condizioni di salute degli italiani⁴, è importante sottolineare che non sarebbe prudente per i responsabili politici poter contare su future riduzioni della prevalenza della disabilità tra gli anziani per compensare la crescente domanda di assistenza a lungo termine risultante dal processo di transizione demografica in atto nel nostro Paese. È infine preoccupante constatare che anche un approccio di stato stazionario, che proietta il numero futuro dei disabili e dei costi associati dei programmi di LTC utilizzando i tassi condizionali osservati in passato, comporterà una spesa che rischia di non essere sostenibile nel medio-lungo periodo. Ne consegue che l'attuale modello LTC in Italia necessita un significativo ripensamento in modo da renderlo efficace e sostenibile nel medio-lungo termine.

4 - Cfr. ISTAT (2015), *Rapporto Bes 2015: il benessere equo e sostenibile in Italia*, (Capitolo 1) < <http://www.istat.it/it/files/2015/12/01-Salute-Bes2015.pdf> >

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Rispetto ad altri paesi europei, l'Italia appare in forte ritardo nel processo di adeguamento del proprio sistema di servizi pubblici per la non autosufficienza alle sfide che ci attendono nei prossimi decenni. Le politiche di sostegno pubblico alle persone non autosufficienti sono infatti affidate a strumenti che già oggi risultano carenti e inadeguati. Per rendersene conto basta confrontare l'ammontare e la composizione della nostra spesa per LTC in rapporto alla popolazione disabile con quella sostenuta nei paesi europei. L'Italia presenta una spesa per LTC in rapporto al PIL appena superiore al valore medio dei 28 paesi dell'UE, ma più bassa di quella sostenuta dalle principali realtà europee, se calcolata in rapporto al numero di persone con disabilità. È importante rilevare, inoltre, come la nostra spesa risulti molto sbilanciata a favore di prestazioni monetarie rispetto a quelle in natura. Il problema principale nel nostro Paese sembrerebbe quindi essere più legato alla composizione piuttosto che al livello di spesa per LTC, almeno rispetto ad altre realtà europee che hanno già affrontato -o sono alle prese- con importanti processi di riforma.

Tavola 2.2

LA SPESA PER LTC IN EUROPA. ANNO 2013

Paesi	spesa LTC/PIL	Popolazione con disabilità*	Spesa LTC/Popolazione disabile	Perceptor (in proporzione alla popolazione non-autosufficiente)		
				assistenza residenziale	assistenza domiciliare	prestazioni monetarie
Italia	1,8%	4.566	€ 633	6,4%	16,5%	39,9%
Francia	2,0%	5.826	€ 654	14,7%	18,7%	7,3%
Germania	1,4%	7.395	€ 687	10,0%	4,7%	18,8%
GB	1,2%	5.473	€ 672	4,4%	18,6%	27,6%
Spagna	1,0%	2.452	€ 757	12,5%	28,3%	20,0%
Svezia	3,6%	620	€ 1.265	14,0%	33,2%	36,1%
Paesi Bassi	4,1%	1.241	€ 944	30,9%	43,8%	-
media UE	1,6%	-	€ 614	10,5%	16,9%	25,6%

* Per garantire la comparabilità dei dati a livello europeo si utilizza in tutti i paesi l'indagine campionaria sulle condizioni di vita *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) misurando il numero di intervistati che hanno riportato la presenza di "limitazioni gravi" alla domanda "A causa di problemi di salute, in che misura [Lei] ha delle limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono?" (in migliaia).

Fonte: Economic Policy Committee (EPC) - European Commission (2015), The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), European Economy 3/2015 < http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf>.

L'ASSETTO NAZIONALE PER IL SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ

QUANTE SONO LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA?

Diversi studi, basati per lo più su indagini campionarie, hanno cercato di stimare il numero di non-autosufficienti in Italia. Molti di questi lavori sono basati su definizioni non univoche della “non autosufficienza” e della “disabilità”⁵ andando spesso al di là della riscontrata “incapacità di compiere senza assistenza continua gli atti quotidiani della vita”. Adottando la definizione di disabilità come limitazione nelle attività che le persone abitualmente svolgono, si rilevano in Italia circa 4,5 milioni di individui che riportano la presenza di “limitazioni gravi” (Cfr: la definizione impiegata dall'*Economic Policy Committee - EPC-RGS*, vedi Tavola 2.2). Queste limitazioni includono un ampio spettro di situazioni cliniche che vanno dalla cosiddetta “fragilità” alla mancanza di autonomia personale con elevato carico assistenziale che implicherebbe uno svantaggio sociale. Secondo, invece, una definizione più restrittiva come quella, ad esempio, adottata ai fini del rapporto “Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi” (curato dall'Istat in collaborazione con il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale e l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), sarebbero circa 3,2 milioni le persone di età superiore a 6 anni, residenti in famiglia⁶, con almeno una limitazione funzionale grave nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana⁷. Oltre 2 milioni e 500 mila di questi sarebbero anziani.

QUANTI SONO I NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI DA INTERVENTI PUBBLICI?

Alla luce di queste stime è possibile valutare il grado di copertura dell'assistenza pubblica, prendendo come riferimento i beneficiari delle prestazioni assistenziali erogate in loro favore dall'Inps⁸. Come si evince dall'esame dei dati riportati nella Tavola 2.2 la spesa media degli interventi per LTC per soggetto non autosufficiente non è lontana dalla media europea. Quel che distingue l'Italia dagli altri paesi posti a confronto è la forte concentrazione degli interventi tra quelli di tipo monetario. La rete territoriale dei servizi rappresenta, infatti, un canale ancora poco diffuso rispetto al contesto europeo, con un grado di copertura medio a livello nazionale piuttosto basso e con significative differenze territoriali. Secondo alcune stime⁹, solo 700 mila individui ricevono interventi domiciliari. Includendo gli interventi

5 - Un primo approccio potrebbe definire la disabilità in termini di deviazioni dalle norme mediche (ad esempio, la presenza di menomazioni o handicap con connotazione di gravità). Un secondo concetto potrebbe seguire un criterio di “performance”, valutando il disabile sulla base della capacità di eseguire autonomamente “normali” compiti e ruoli e misurando ad esempio, la presenza di difficoltà nel compiere senza assistenza continua gli atti quotidiani della vita. Infine, un terzo approccio potrebbe identificare la popolazione disabile con la platea di beneficiari di un qualche supporto pubblico. È evidente come queste tre possibili definizioni siano altamente interdipendenti ma è importante sottolineare come l'identificazione dell'universo dei disabili potrebbe variare significativamente a seconda della definizione utilizzata.

6 - A questi bisognerebbe aggiungere circa 300 mila disabili ospiti in residenze.

7 - Lo studio è basato sulla definizione di disabilità proposta con la classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo la quale le persone con disabilità “includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri”.

8 - Si ricorda come le attuali competenze Inps in materia assistenziale sono il frutto di una graduale e progressiva attribuzione di funzioni di erogazione, di concessione e di accertamento dei requisiti sanitari, confluite direttamente ovvero affidate in virtù di apposite convenzioni.

9 - Istituto per la Ricerca Sociale (2016), *Costruiamo il Welfare dei diritti. Ridefinire le politiche sociali su criteri di efficacia e di equità*, Prospettive Sociali e Sanitarie N° 2 / 2016.

residenziali, i servizi locali coprono meno del 5% della popolazione anziana. Le stime italiane dell'EPC-RGS al 2013 confermano la presenza di circa un milione di persone che ricevono servizi territoriali e sanitari legati alla non-autosufficienza, con un costo che assorbe circa l'1% del PIL. La categoria "altre prestazioni per LTC" rappresenta la spesa per interventi e servizi sociali e, in misura residuale, prestazioni in denaro erogate dai Comuni singoli e associati. Distribuita in maniera eterogenea sul territorio nazionale¹⁰, la spesa per tali interventi è pari a circa quattro miliardi.

Tavola 2.3

IL COSTO DELLE PRESTAZIONI PER LA DISABILITÀ IN ITALIA PER TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE

Tipologia di prestazione	prestazioni (in migliaia)	Spesa o costo complessivo (in miliardi di €)	Spesa/PIL [†]
Servizi territoriali e sanitari ^{†a} (di cui:)	1.048	16,3	1,01%
<i>Interventi domiciliari</i>	754	8,1	0,50%
<i>Gli interventi residenziali</i>	294	8,2	0,51%
Le prestazioni monetarie[‡] erogate dall'Inps*: Indennità di Accompagnamento (IDA)**	2.024	12,1	0,75%
Altre prestazioni LTC^{†a***}	nd	3,9	0,24%
Permessi lavorativi (di cui:)	904	3,1	0,19%
<i>connessi alla disabilità grave a favore di dipendenti settore privato**** (L.104/92)^{†b}</i>	406	0,9	0,06%
<i>congedi straordinari per assistenza soggetti disabili (Art. 42 co.5 D.lgs 151/01) settore privato^{†b}</i>	43	0,4	0,03%
<i>connessi alla disabilità grave a favore di dipendenti settore pubblico**** (L.104/92)^{†c}</i>	441	1,2	0,06%
<i>congedo straordinari per assistenza soggetti disabili (Art. 42 co.5 D.lgs 151/01)^{†c}</i>	14	0,6	0,04%
Stima totale spesa per l'assistenza alla disabilità e LTC	3.976	35,4	2,19%

†-Valore riferito al 2014;

‡-Valore riferito al 2015;

* L'Inps gestisce, inoltre, 935 mila trattamenti di invalidità di natura previdenziale (PDI) per una spesa di 3,3 miliardi di euro che comprendono la pensione di inabilità, l'assegno di assistenza personale e continuativa, di invalidità e la pensione di invalidità, in essere al 31 dicembre 2015;

** Comprende le prestazioni indennitarie (esclusi arretrati) a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige;

*** Sono prestazioni in natura, riconosciute in forma residenziale e semi-residenziale e, in misura residuale, prestazioni in denaro erogate principalmente da comuni singoli e associati il cui costo è stimato sulla base dei risultati dell'indagine Istat sugli "Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati", anno 2012;

**** Includono i permessi per: genitori di minori con handicap (Art.33 co. 1, 2, 3 L.104/92); lavoratori con handicap (Art.33 co.6 L.104/92); assistenza parenti e affini entro il terzo grado (Art.33 co.2, 3 L.104/92).

Fonti: (a) RGS (2015). (b) Inps – D.C. Bilanci e Servizi Fiscali (dati di preconsuntivo 2015); (c) valore riferito al 2014, elaborazioni su dati del Ministero del Tesoro (www.contoannuale.tesoro.it) e rilevazione sulla legge 104/92 del dipartimento della funzione pubblica per l'anno 2012.

¹⁰ - Secondo l'ISTAT, le aree più virtuose per estensione dell'assistenza domiciliare su territorio e copertura offerta agli anziani sono le regioni del nord est. Per i disabili, invece, l'indicatore di presa in carico degli utenti – calcolato come rapporto tra utenti e persone disabili con età inferiore ai 65 anni per l'area disabili – è più basso della media nazionale nelle regioni del nord, dove però si ha una percentuale relativamente alta di comuni coperti dal servizio, e nel sud, area nella quale risulta particolarmente bassa anche la quota di comuni coperti. Nelle isole a una misura di presa in carico relativamente elevata si associa uno scarso indice di copertura.

Alla data del 31 dicembre 2015, le prestazioni assistenziali¹¹ riconosciute a favore di soggetti invalidi sono circa 3 milioni. L'Indennità di Accompagnamento (IDA) rappresenta circa il 70% del totale delle prestazioni assistenziali erogate dall'Inps e si qualifica come la principale forma di supporto pubblico per disabili non autosufficienti in Italia¹². Fruita da circa 2 milioni di persone, l'IDA copre 6 disabili su 10 identificati dall'ISTAT, seguendo la classificazione ICF (cfr. Nota 7). Il grado di copertura cala al 45% seguendo, invece, una definizione meno restrittiva del concetto di disabilità, come quella identificata dall'indagine EU-SILC e utilizzata dall'EPC-RGS. La copertura dell'assistenza fornita dall'IDA va valutata anche in rapporto all'adeguatezza dei trasferimenti a fronte delle spese cui dovrebbe contribuire. L'importo dell'IDA per l'anno 2016 è di 512,34 euro mensili per 12 mensilità, mentre i costi di cura sono in genere molto più alti, alla luce della gravità e continuità dei bisogni assistenziali di alcuni utenti.

LA LEGGE PER L'ASSISTENZA, L'INTEGRAZIONE SOCIALE E I DIRITTI DELLE PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP (L. 104/92)

Alla spesa per la non-autosufficienza concorre anche il costo legato ai permessi retribuiti di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (L. 104/92) per i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato. Occorre sottolineare che il riconoscimento dei diritti di cui all'art. 3, comma 3 della L. 104/92 individua due diverse platee di soggetti interessati: la prima costituita dai titolari diretti del requisito; la seconda, da beneficiari indiretti delle prestazioni a seguito del riconoscimento del diritto al titolare diretto. Il costo associato, sebbene non incluso nell'aggregato RGS della spesa pubblica per LTC, ha conosciuto una fase di crescita sostenuta negli ultimi anni, attestandosi ad un livello non dissimile a quello della rete territoriale dei servizi domiciliari e residenziali offerti dai Comuni.

Al 2015, i beneficiari dei permessi retribuiti nel settore privato erano circa 450 mila¹³, con un costo per l'Inps di circa 1,3 miliardi di euro. Nel settore pubblico, si può stimare che i permessi retribuiti per assistere le persone in disabilità grave siano fruiti da circa 440 mila soggetti e, quindi, molto più diffusi in termini relativi (stimiamo che il numero medio procapite annuo di giorni di permesso ex L. 104/92 e D.Lgs. 151/2001 fruiti nel settore pubblico sia quattro volte superiore a quello fruito nel settore privato: fino a 6 giorni nel pubblico¹⁴ contro 1,5 nel privato), con un costo ombra stimabile in oltre 1 miliardo di euro ai quali si aggiungono

11 - Si ricorda infatti come le attuali competenze Inps in materia assistenziale sono il frutto di una graduale e progressiva attribuzione di funzioni di erogazione, di concessione e di accertamento dei requisiti sanitari, confluite direttamente ovvero affidate in virtù di apposite convenzioni.

12 - L'IdA rappresenta la principale spesa per la LTC in Italia, essendo l'importo e il numero dei Trattamenti di Invalidità di natura previdenziale (PD), notevolmente più contenuti.

13 - Si considerano i beneficiari di almeno un permesso per L.104/92 e D.Lgs 151/01. Si noti che il numero di beneficiari è inferiore al numero di permessi. Si ricorda che l'art. 42 D.Lgs 151/01 prevede la possibilità per genitori o, in loro assenza, per fratelli e sorelle di genitori) di persone con handicap gravi di usufruire di due anni di congedo retribuito; sulla materia è re-intervenuto il D.Lgs 119/2011 che ha confermato come beneficiari potenziali coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle conviventi e la Sentenza della Corte Costituzionale del 2013 ha esteso il beneficio in casi particolari anche ai parenti e affini fino al terzo grado.

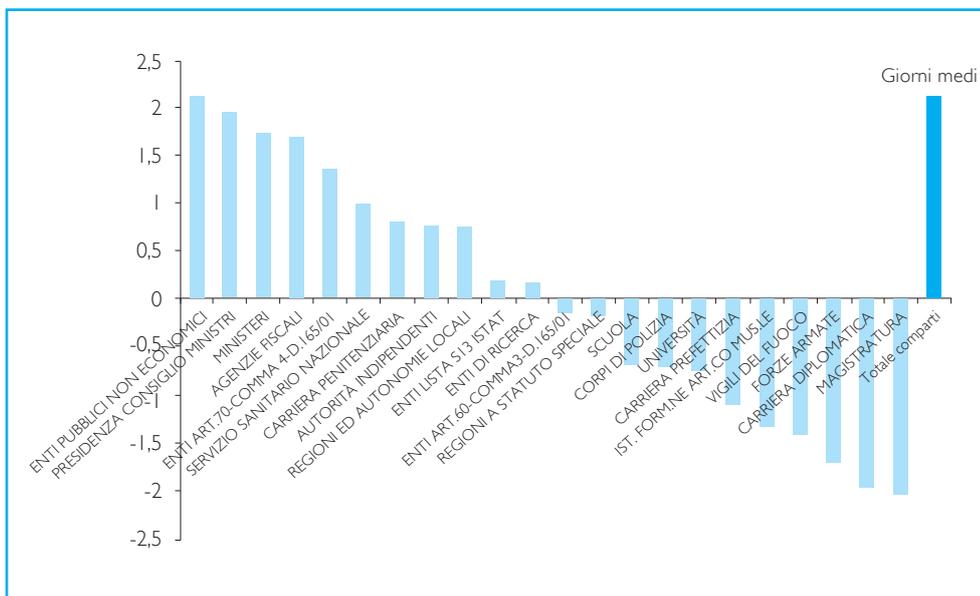
14 - La Funzione pubblica relativamente all'anno 2015 indica per le PA: 2 giorni per la L.104/92 e 1 giorno per l'art.42 del D.Lgs.151/2001

altri 600 milioni circa se si includono anche i congedi straordinari usufruiti sulla base del D.Lgs 151/2001¹⁵. Pertanto, la stima dell'onere complessivo assorbito dalla fruizione dei permessi lavorativi (pubblico + privato) è di 3,1 miliardi di euro per l'anno 2015. Una somma di tutto rispetto.

Come si vede dai grafici sottostanti (Figura 2.2 e Figura 2.3) la variabilità tra i diversi comparti è elevata e solo parzialmente spiegabile con differenze nel tasso di presenza femminile o altre variabili, come l'età media dei lavoratori, che possono originare un maggior bisogno e dunque una più elevata propensione all'uso di questi permessi. Così maggiori controlli centralizzati potrebbero indurre le singole amministrazioni a comportamenti improntati a un maggior rigore nell'utilizzo di una risorsa preziosa se effettivamente impiegata per la finalità per cui è nata. Diversamente dal settore privato l'utilizzo dei permessi da parte dei dipendenti pubblici è oggetto di comunicazioni inviate al Dipartimento della Funzione pubblica allo scopo di monitorarne gli andamenti che si riflettono in un onere per la PA in termini di prestazioni lavorative non rese ma retribuite.

Figura 2.2

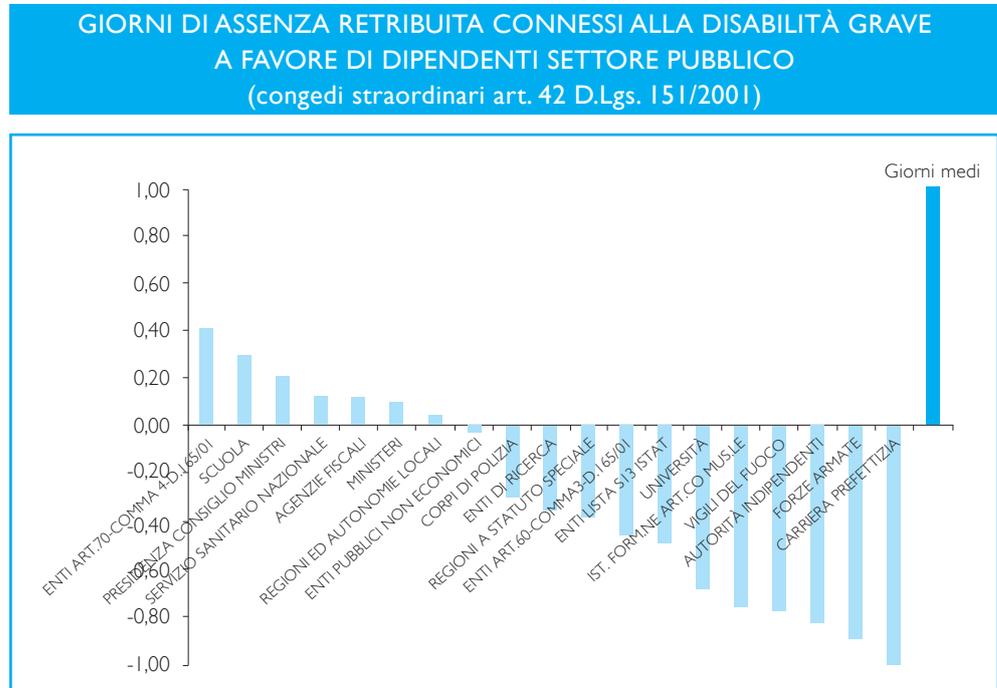
GIORNI DI ASSENZA RETRIBUITA CONNESSI ALLA DISABILITÀ GRAVE A FAVORE DI DIPENDENTI SETTORE PUBBLICO (permessi art. 3 L. 104/92)



Fonte: Elaborazioni su dati conto annuale RGS, 2015

¹⁵ - Il costo è stato misurato moltiplicando i giorni di permesso fruiti per comparto, tratti dal Conto annuale della RGS, e il costo del lavoro medio giornaliero del comparto in cui lavora il beneficiario. La stima della platea interessata nel settore pubblico si basa sulle indicazioni desumibili dal monitoraggio condotto dal Dipartimento della Funzione pubblica che cifra in più di 300.000 il numero di beneficiari di permessi per L. 104/92 nel 2012 a cui si devono sommare, secondo una recente indagine del MIUR, oltre 130 mila beneficiari per la scuola. Il numero di beneficiari di permessi per D.Lgs 151/01 è stato ottenuto dividendo il numero totale di giorni di permesso (3.46mln) per 252 giorni, generando una stima conservativa di 13,7 migliaia di prestazioni. È lecito attendersi che tale dato si possa discostare sensibilmente, sottostimandolo, dal numero effettivo di permessi concessi, attualmente non disponibile.

Figura 2.3



Fonte: Elaborazioni su dati conto annuale RGS, 2015

È importante sottolineare come il numero totale delle prestazioni erogate (tra IDA e permessi lavorativi retribuiti ex L.104/92) sia superiore al numero dei beneficiari, in quanto vi sono spesso sovrapposizioni fra questi istituti. Ad esempio, nel solo comparto dei lavoratori del settore privato, circa il 56% di permessi lavorativi (L. 104/92 e d.lgs 151/01) è ottenuto per assistere non autosufficienti già beneficiari di IDA. In un Paese dove l'assistenza informale (che si traduce in una riduzione delle capacità lavorative soprattutto tra le donne) a familiari non autosufficienti è rilevante, si nota un possibile ruolo di complementarità dei permessi lavorativi retribuiti alle carenze del sistema di cura formale.

Tavola 2.4

**SOVRAPPOSIZIONE TRA PERMESSI LAVORATIVI NEL
SETTORE PRIVATO E BENEFICIARI DI IDA**

Tipologia di permesso lavorativo	Non percettori IDA	Percettori IDA
connessi alla disabilità grave* (L.104/92)	44,4%	55,6%
congedi straordinari fino a 2 anni per assistenza soggetti disabili (Art. 42 co.5 D.lgs 151/01)	38,5%	61,5%
Totale	43,7%	56,3%

* Includono i permessi per: genitori di minori con handicap (Art.33 co. 1, 2, 3 L.104/92); lavoratori con handicap (Art.33 co.6 L.104/92); assistenza parenti e affini entro il terzo grado (Art.33 co.2, 3 L.104/92).

Nel proseguo l'analisi si focalizzerà sull'Indennità di Accompagnamento (IDA), la componente della spesa per LTC che compete all'Inps che, come visto in precedenza, rappresenta oltre il 40% circa della spesa per la non autosufficienza in Italia (RGS, 2015).

EVOLUZIONE, CARATTERISTICHE DEI PERCETTORI E DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLE INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (IDA)

La spesa per IDA è cresciuta in modo rilevante nell'ultimo decennio. Il numero di beneficiari IDA¹⁶ è aumentato di circa il 75,5% dal 2000 alla fine del 2015, passando da circa 1,2 milioni a circa 2,2 milioni nel 2015. (Figura 2.4).

Questa crescita è stata quasi interamente concentrata nel periodo precedente l'inizio della crisi economica del 2008 e alla recessione legata alla crisi del debito sovrano nella zona Euro. Dal 2000 al 2009, la spesa per IDA è quasi raddoppiata in termini assoluti, passando dallo 0,44% del PIL nel 2000 a oltre lo 0,72% nel 2009 (+0,27%). In questa fase, il numero di domande per invalidità civile è passato da circa 313 mila presentate agli inizi del decennio¹⁷ ad oltre 1 milione nel 2009, con un incremento che non può essere interamente spiegato dal tasso di invecchiamento della popolazione registrato in questo periodo. Al 2005, il tasso di accoglimento (numero domande definite su domande accolte) era molto alto, pari all'87,5%¹⁸, ad indicazione di una bassa selettività nella fase di accertamento dei requisiti sanitari che potrebbe aver ulteriormente indotto la forte crescita delle domande presentate.

Dal 2009 in poi, il numero di percettori di IDA è rimasto stabile e il livello di spesa, rimasto invariato in percentuale del PIL, si è ridotto in termini nominali dello 0,3% per via degli adeguamenti all'inflazione dell'importo della prestazione. In questo periodo, le richieste complessive di riconoscimento per invalidità civile sono cresciute ad un ritmo molto meno sostenuto, ad un tasso medio annuo del 7%, con tassi di accoglimento in fase di accertamento sanitario per invalidità civile molto più contenuti rispetto ai valori registrati nel precedente periodo.

La stabilizzazione del trend si è verificata dopo l'attuazione dei piani straordinari di verifica nei confronti di beneficiari di prestazioni d'invalidità civili, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità e un processo di progressiva attribuzione della funzione di accertamento e verifica dei requisiti sanitari nonché di quelli socio-economici (ove previsto) in capo all'Inps.

L'art. 20 della legge 102/2009 ha disposto infatti l'integrazione delle commissioni mediche ASL con un medico Inps quale componente effettivo, l'obbligo di presentazione della domanda e della certificazione introduttiva all'Inps secondo modalità stabilite dall'Ente medesimo, l'obbligo di comunicazione da parte del CTU della data di inizio delle operazioni di consulenza tecnica all'Inps (e non più al Direttore della Direzione Provinciale del Tesoro) nonché la formazione di un'apposita Commissione per la nuova stesura delle tabelle valutative di legge. Le modalità attuative e procedurali della riforma legislativa in tema di accertamento sanitario delle prestazioni fanno capo alla Determinazione del Commissario Straordinario Inps n. 189 del 20.10.2009, diramata con la Circolare n. 131 del 28.12.2009.

¹⁶ - Per beneficiario si considera il percettore di una prestazione IDA nell'arco dell'anno solare.

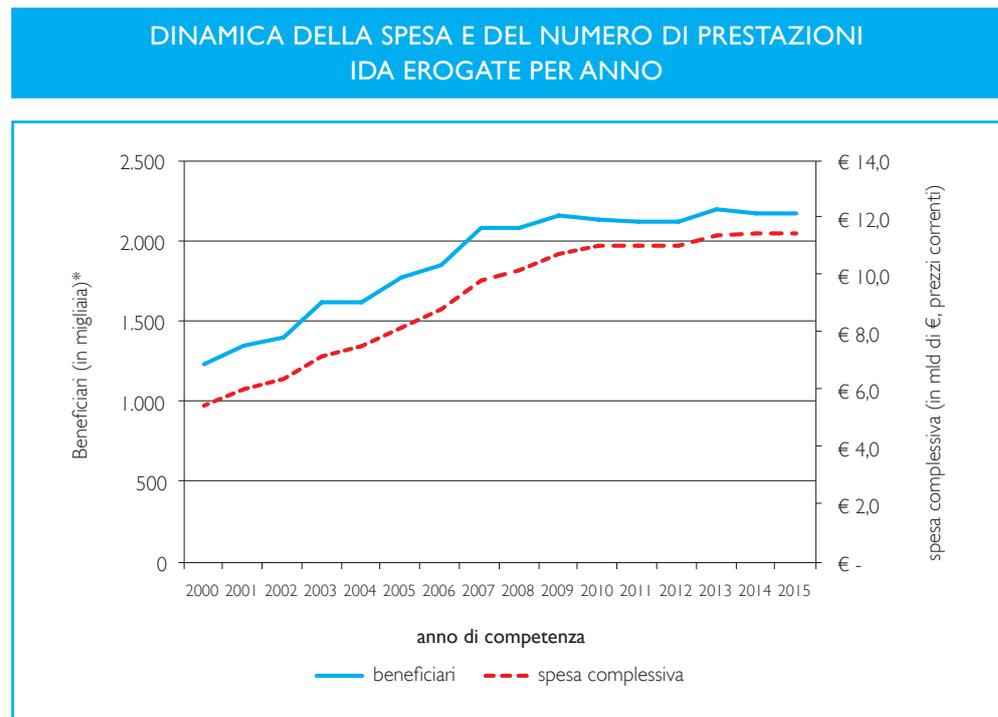
¹⁷ - Cfr. Pg. 52 Rapporto Annuale Inps 2002.

¹⁸ - Cfr. pg. 192, Rapporto Annuale inps 2005.

Sono stati così introdotti nella prassi accertativa dell'Istituto:

- il mezzo informatico per ottenere un uniforme iter procedurale nella presentazione, trasmissione e gestione delle domande di prestazioni assistenziali, caratterizzato da trasparenza, da celerità e da efficacia del procedimento; in particolare, dal gennaio 2010 la domanda può essere presentata telematicamente non solo mediante gli Enti di Patronato, ma anche tramite le Associazioni di Categoria (ANMIC, UIC, ENS, ANFFAS) nonché dal cittadino stesso in possesso del PIN rilasciato dall'Istituto;
- l'invio telematico del certificato medico introduttivo, redatto da un medico abilitato alla sua compilazione telematica;
- la compilazione informatica dei verbali di accertamento medico-legale effettuati presso le ASL.

Figura 2.4



* Numero beneficiari di una prestazione IDA in pagamento nel corso dell'anno solare di riferimento.

Le tavole 2.5 e 2.6 forniscono una serie di informazioni sulle caratteristiche dei beneficiari di una prestazione IDA nel Dicembre 2015. Circa il 64% del totale dei beneficiari è costituito da donne, mentre dall'esame per classe di età, si nota come 6 beneficiari su 10 hanno un'età superiore ai 75 anni, con un peso molto prevalente di donne nell'età avanzata. L'analisi per stato civile mostra come, tra le donne, il peso delle vedove sia particolarmente elevato, mentre tra gli uomini sono dominanti le condizioni di coniugato (45,1%) e di celibe (34,5%).

Tavola 2.5

**COMPOSIZIONE PER CLASSE DI ETÀ DEI BENEFICIARI IDA*
(% DI COLONNA)**

Classe di età	Donne		Uomini		Donne + Uomini	
	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna
0 – 17	33,7	2,6	54,6	7,6	88,3	4,4
18 – 64	182,7	14,0	209,0	28,9	391,7	19,3
65-74	120,6	9,2	99,4	13,4	219,9	10,9
75-84	364,6	28,0	183,2	25,3	547,8	27,0
85 e più	601,5	46,2	176,3	24,4	777,8	38,4
Totale	1.303,1	100	722,4	100	2.025,5	100

* Comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Tavola 2.6

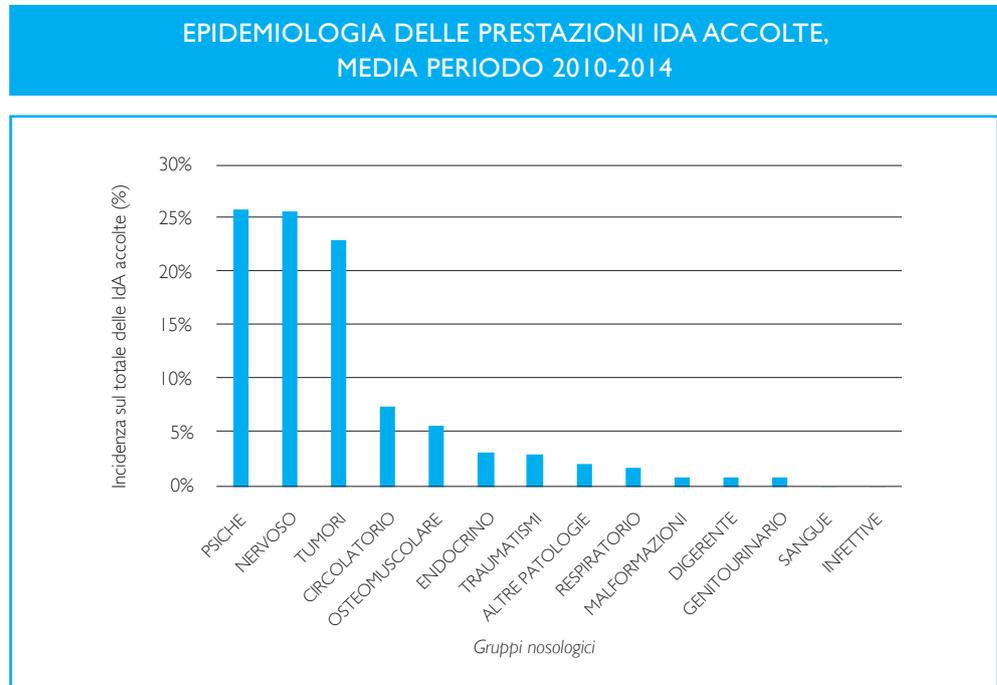
**COMPOSIZIONE PER STATO CIVILE DEI BENEFICIARI IDA*
(% DI COLONNA)**

Stato Civile	Donne		Uomini		Donne + Uomini	
	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna	prestazioni (in migliaia)	% di colonna
Celibe/nubile	247,3	19,0	249,5	34,5	496,8	24,5
Coniugato/a	258,0	19,8	325,9	45,1	583,9	28,8
Vedovo/a	754,7	57,9	111,9	15,5	866,7	42,8
Separato/a - Divorziato/a	38,5	3,0	30,4	4,2	68,9	3,4
Non classificato	4,6	0,3	4,6	0,7	9,2	0,5
Totale	1.303,1	100	722,4	100	2.025,5	100

* Comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Dal 2010, anno caratterizzato dall'avvio dell'importante processo di riforma della complessa macchina organizzativa e gestionale nel riconoscimento e nel trattamento dell'invalidità civile, è stata intrapresa un'adeguata azione di monitoraggio dell'epidemiologia delle prestazioni IDA accolte. Si nota come la maggioranza di riconoscimenti del diritto sanitario all'IDA sia legata alla presenza di patologie neuropsichiche (cognitive) e neoplastiche (tumoriali).

Figura 2.5



Una ulteriore indicazione del livello di targeting dell'IDA è fornita dall'analisi della durata media delle prestazioni. Soprattutto in età anziana, la speranza di vita è, infatti, altamente correlata alla gravità della condizione di non-autosufficienza. La durata media delle prestazioni non più in pagamento al 2015 è di 4,9 anni, con un differenziale di un anno a favore delle donne che beneficiano di una più alta speranza di vita rispetto agli uomini. L'età media di decorrenza è per gli uomini più bassa di circa 4 anni, mentre quella di cessazione risulta più bassa di 5 anni. L'analisi suggerisce che un beneficiario di IDA riceve in media circa 30.000 euro in prestazioni nel corso della sua vita, con differenze significative a seconda dell'età di decorrenza e della sua speranza di vita residua.

Tavola 2.7

**DURATA MEDIA (IN ANNI) DELLE PRESTAZIONI IDA CONCLUSE*,
MEDIA ANNI 2000-2015**

	Donne	Uomini	Media
Durata (in anni)	5,3	4,3	4,9
Costo lifetime (in € 2016)	32.600	26.400	30.100

* Statistiche calcolate sulle prestazioni concluse (principalmente per decesso del beneficiario) nel periodo 2000-2015.

La condizione di disabilità e di disagio economico sono spesso altamente interrelate. Lo svantaggio economico è infatti causa di disabilità che a sua volta produce spesso un ulteriore progressivo peggioramento della condizione economica perché le persone che ne sono colpite sono soggette ad un aggravio del costo della vita¹⁹.

L'analisi per condizione economica dei beneficiari è fornita nelle tavole 2.8 e 2.9. I dati a disposizione non consentono di definire una misura di reddito disponibile che include la totalità dei redditi percepiti da un beneficiario e le analisi che seguono si limitano a definire una misura di reddito individuale annuo lordo che comprende tutte le prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate dall'Inps²⁰ con l'esclusione dell'IDA, che come noto è destinata alla (parziale) copertura dei costi legati alla disabilità. La misura di reddito utilizzata rappresenta quindi sia il gradiente socio-economico nella salute/disabilità (*proxy* del reddito permanente individuale) sia un indicatore di fabbisogno economico che, seppur non tiene in considerazione il patrimonio (mobiliare ed immobiliare) disponibile, è in grado di segnalare la necessità di sostegno finanziario per far fronte ai costi legati alla disabilità, che sono alla base della decisione di presentare la domanda per una prestazione IDA²¹.

Il 14,4% dei percettori IDA percepisce un reddito individuale da pensione inferiore ai 15 mila euro. L'incidenza dei percettori IDA sul totale della popolazione che riceve almeno un trattamento pensionistico erogato dall'Inps si riduce all'aumentare del reddito. Circa 2/3 della spesa totale in IDA è erogata a favore di percettori di reddito da pensione inferiore a 15 mila euro. Meno di 500 milioni è destinato a coloro con reddito da pensione individuale annuo lordo superiore a 30 mila euro, che godono simultaneamente di una minore prevalenza in stati di disabilità e di un maggiore costo-opportunità nel richiedere supporto pubblico rispetto alla popolazione più povera.

L'analisi per condizione economica limitata ai soli percettori con 65 anni e più conferma i risultati della Tavola 2.8, seppur con un lieve scostamento a favore di percettori con redditi leggermente più alti. Lo stretto legame povertà-disabilità osservato sembra suggerire che proposte di riforma che sollecitano l'introduzione della prova dei mezzi o di rendere il beneficio soggetto all'imposta sul reddito, se da un lato aumentano i costi amministrativi e l'eventuale effetto "stigma" dei richiedenti, dall'altro potrebbero avere un impatto limitato sulla sostenibilità finanziaria del sistema.

19 - Si pensi ai costi legati al bisogno assistenziale e alle più alte spese correnti (elettricità e gas, più alte quando il familiare disabile trascorre molte ore a casa; trasporti; ausili ecc.) che rischiano di aggravare anche la situazione economica dei familiari.

20 - È importante precisare che la definizione reddituale qui utilizzata senz'altro sottostima il reddito disponibile individuale perché non tiene conto della presenza di redditi non erogati dall'Inps. Va comunque ricordato che nella maggior parte dei casi l'individuo disabile non è attivo sul mercato del lavoro, specie se si tiene in considerazione il dato sull'età media dei percettori IDA.

21 - Per una discussione in merito si vedano: Hancock R., Morciano M., Pudney S. and Zantomio F. (2015), 'Do household surveys give a coherent view of disability benefit targeting?: a multisurvey latent variable analysis for the older population in Great Britain'. *Journal of Royal Statistical Society, series A: Statistics in Society* 178 (4), 815-836; Morciano M., Hancock R. and Pudney S. (2015) 'Disability costs and equivalence scales in the Disability Costs and Equivalence Scales in the Older Population in Great Britain'. *Review of Income and Wealth* 61 (3), 494-514.

Tavola 2.8

IDA PER DISTRIBUZIONE DEL REDDITO DA PENSIONE DEL BENEFICIARIO*				
Reddito	Popolazione pensionata (in % sul totale)	Numero percettori IDA (in % sul totale) ^a	Percettori IDA sul totale pensionati	Spesa IDA (in % sul totale)
0 – 15.000	8.307.774 (55,1%)	1.394.264 (68,8%)	14,4%	8,28 mld (68,3%)
15.001 – 30.000	5.142.373 (34,1%)	551.902 (27,2%)	9,7%	3,36 mld (27,7%)
30.001 – 50.000	1.287.679 (8,5%)	66.038 (3,3%)	4,9%	0,40 mld (3,3%)
Oltre 50.001	353.647 (2,3%)	13.295 (0,7%)	3,6%	0,08 mld (0,7%)
Totale	15.091.473 (100%)	2.025.499 (100%)	11,8%	12,12 mld (100%)

* Reddito da pensione individuale erogato dall'Inps, comprensivo di integrazioni e maggiorazioni, con l'esclusione del reddito derivante da IDA. (a) Nota: comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Tavola 2.9

IDA PER DISTRIBUZIONE DEL REDDITO DA PENSIONE DEL BENEFICIARIO* TRA I PERCETTORI CON PIÙ DI 65 ANNI				
Reddito	Popolazione pensionata (in % sul totale)	Numero percettori IDA (in % sul totale) ^a	Percettori IDA sul totale pensionati	Spesa IDA (in % sul totale)
0 – 15.000	6.251.684 (52,8%)	966.642 (62,5%)	13,4%	5,83 mld (62,6%)
15.001 – 30.000	4.292.801 (36,2%)	505.032 (32,7%)	10,5%	3,04 mld (32,6%)
30.001 – 50.000	993.977 (8,4%)	61.340 (4,0%)	5,8%	0,40 mld (4,0%)
Oltre 50.001	311.037 (2,6%)	12.513 (0,8%)	3,9%	0,08 mld (0,8%)
Totale	11.849.499 (100%)	1.545.527 (100%)	11,5%	9,31 mld (100%)

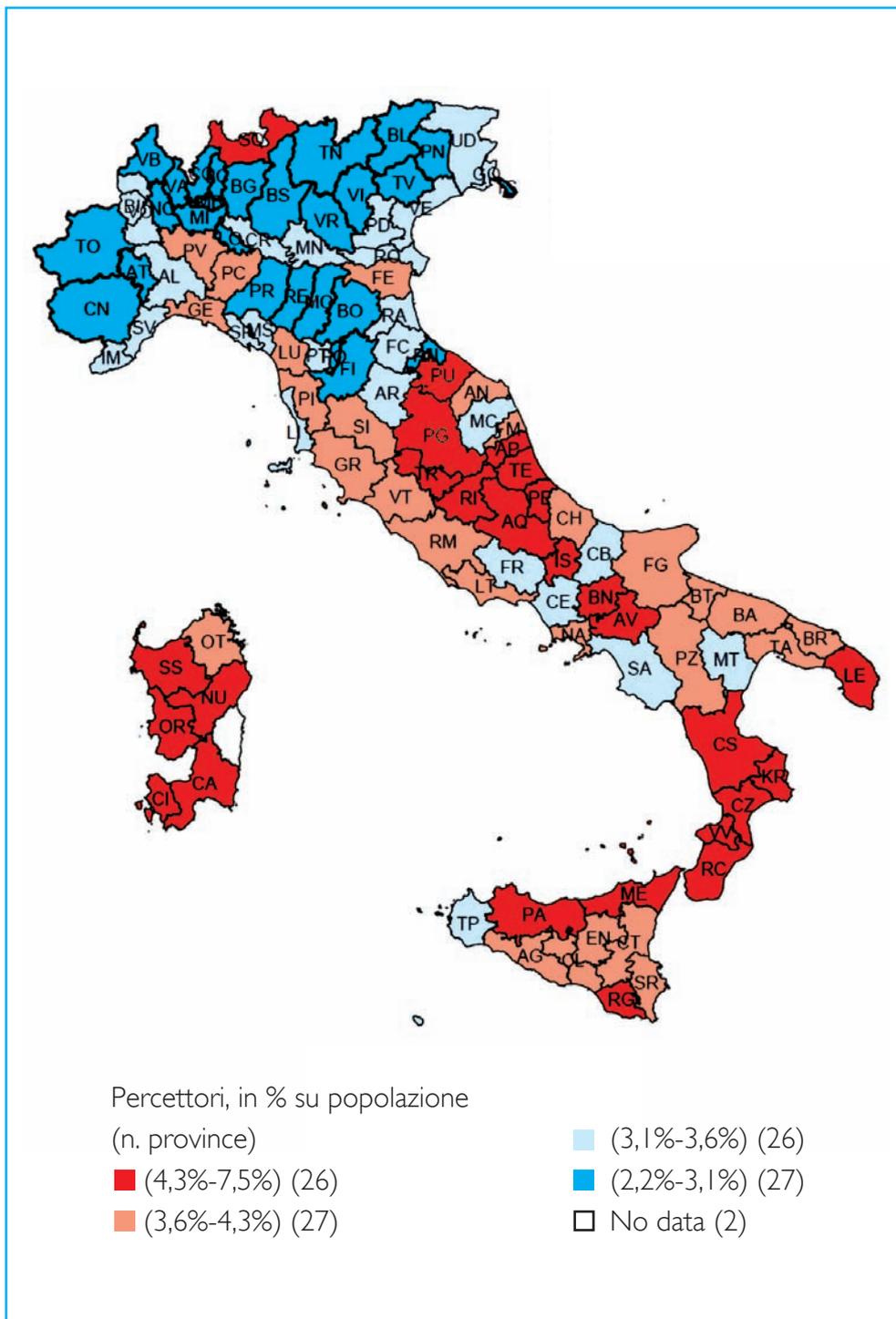
* Reddito da pensione individuale erogato dall'Inps, comprensivo di integrazioni e maggiorazioni, con l'esclusione del reddito derivante da IDA. (a) Nota: comprende le prestazioni indennitarie a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

Sebbene l'IDA sia erogata in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale, vi sono differenze territoriali molto rilevanti nella distribuzione dei beneficiari in rapporto alla popolazione residente (Figura 2.6). Il numero di beneficiari rapportato all'intera popolazione residente sul territorio nazionale²² al 2015 è di circa il 3,6%, con valori di circa il 20% più alti della media nazionale nel Centro-Sud.

22- Per l'analisi escludiamo i residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige e i residenti nelle provincie del Medio-Campidano e di Ogliastro, non più attive nel 2016.

Figura 2.6

DISTRIBUZIONE PROVINCIALE DEL NUMERO DI BENEFICIARI IDA IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE TOTALE



È opportuno sottolineare che, per la lettura complessiva di questi dati, occorrerebbe considerare che la variabilità geografica dei beneficiari IDA può dipendere da diversi fattori come la diversa struttura demografica della popolazione, la variabilità territoriale nella prevalenza di malattie invalidanti, differenti condizioni economiche e variazioni nell'offerta di prestazioni socio-assistenziali a livello locale che influenzano la decisione di presentare domanda.

L'analisi che segue mostra come una parte importante della variabilità territoriale nel numero di beneficiari IDA possa essere spiegata dalla struttura demografica (modello 1), da misure della pressione epidemiologica (modello 2) e dal contesto socio-economico (modello 3) osservato nel contesto territoriale di riferimento. Dall'analisi dei coefficienti stimati²³ (Tavola 2.10) si nota una associazione positiva e significativa tra il numero di prestazioni IDA in pagamento e il numero di anziani residenti per provincia. Il numero di dimissioni ospedaliere per tumori e malattie del sistema nervoso, principali fattori invalidanti alla base delle concessioni di IDA, sono anch'esse positivamente associati con il numero di percettori IDA e segnalano come la differente pressione epidemiologica spiega in parte la variabilità provinciale osservata. Particolarmente significativa risulta infine la relazione tra numero di IDA erogate e le variabili di contesto economico, mostrando come le prestazioni IDA siano più diffuse nelle province più povere: il numero di beneficiari infatti è inferiore nelle province con più alto valore aggiunto pro-capite e con un importo medio dei redditi da pensione più alto. Si nota infine che maggiore è la disuguaglianza nei redditi da pensione individuali maggiore è il numero di beneficiari IDA a livello provinciale.

Tavola 2.10

COEFFICIENTI STIMATI DI TRE MODELLI OLS

	Modello 1: Struttura demografica	Modello 2: Pressione epidemiologica	Modello 3: Contesto economico
Popolazione 65+ (in log)	0.942*** (24.75)	0.707*** (3.40)	0.773*** (6.62)
Dimissioni ospedaliere per tumori 65+ (in log)		0.0941 (0.44)	0.203 (1.77)
Dimissioni ospedaliere per malattie sistema nervoso (in log)		0.147** (2.64)	0.007 (0.16)
Valore aggiunto pro-capite (in log)			-0.278* (-2.27)
Media provinciale redditi da pensione (in log)			-0.619* (-2.46)
Indice di Gini su redditi da pensione			3.761*** (5.07)
Costante	-1.136* (-2.61)	-0.262 (-0.33)	-3.392*** (-4.81)

Fonte: I dati sulla struttura demografica e sulla pressione epidemiologica e sul valore aggiunto pro-capite per provincia sono disponibili sul sito ISTAT. La media provinciale dei redditi da pensione e l'indice di Gini sono calcolati sul totale dei redditi da pensione individuale erogato dall'Inps nel 2015. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige. Si esclude dall'analisi il dato riferito alle province del Medio-Campidano e di Ogliastra che non sono più attive nel 2016. Note: Statistico-T in parentesi; livello di significatività:

* $p < 0.05$
 ** $p < 0.01$
 *** $p < 0.001$

23 - Nel dettaglio sono stati stimati tre modelli econometrici in cui la variabile dipendente (logaritmo del numero di percettori IDA al 31/12/2015 per provincia) è regredita sul un set di covariate che, a livello provinciale, catturano le differenze territoriali per struttura demografica, di stato di salute e di contesto economico.

L'analisi dei cosiddetti "residui" dei modelli econometrici di cui sopra è di particolare importanza perché segnala delle differenze del dato osservato rispetto a quello "atteso", quest'ultimo strettamente correlato alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e di contesto socio-economico della provincia medesima. La figura che segue mostra la distribuzione territoriale dei residui delle regressioni precedenti. L'interpretazione di questi risultati è semplice: in rosso si indicano 26 province con un numero di beneficiari più alto di quanti ve ne sarebbero rispetto al numero spiegato da differenze nella struttura per età della popolazione (modello 1), dal numero di ospedalizzazioni (modello 2) e da indicatori di condizione economica osservata nella provincia medesima (modello 3). Viceversa in blu si indica il quartile (27 province) con il più basso valore di residui, cioè quelle province con un numero di beneficiari più basso di quanti ne sarebbero previsti utilizzando la media nazionale condizionata agli indicatori inclusi nei tre modelli econometrici. Le rimanenti due classi identificano invece i due quartili con valori attesi non particolarmente dissimili dai valori osservati. Controllando per le sole differenze emografiche, l'analisi dei residui mostra una regolarità geografica assai netta. Tranne alcune eccezioni, tutte le province del centro-sud e isole presentano residui positivi (valore osservato più alto del valore atteso), e in alcuni casi significativamente alto. Viceversa, la maggior parte delle province settentrionali ha un residuo inferiore alla media, e in alcuni casi di molto inferiore. Controllando tutte le differenze nel tasso di ospedalizzazione per tumori e malattie nervose, il divario territoriale tra il Nord e il Sud del Paese appare meno marcato e le differenze territoriali si riducono ulteriormente se teniamo in considerazione anche il livello e la disuguaglianza nella distribuzione di benessere economico osservati in ogni singola provincia.

L'analisi parrebbe suggerire che in alcuni contesti territoriali altre caratteristiche non incluse nel modello di regressione (tra queste ad esempio, il differente grado di copertura e di spesa dei comuni per sostegno ad anziani e disabili) contribuiscono a spiegare la variabilità del numero di beneficiari IDA ma potrebbero anche segnalare i casi dove i criteri di eleggibilità potrebbero essere applicati con minor rigore. Si nota ad esempio, come le province del sud e del centro-Italia presentano un più alto numero di percettori IDA "non spiegato" dalle differenze di struttura demografica della popolazione (residui modello 1). Se consideriamo le differenze provinciali nel tasso di ospedalizzazione per tumori e malattie nervose (residui modello 2), notiamo delle variazioni significative nella distribuzione dei residui che forniscono indicazioni di variazione territoriale molto differenti se teniamo in considerazione anche il contesto economico di riferimento (residui modello 3).

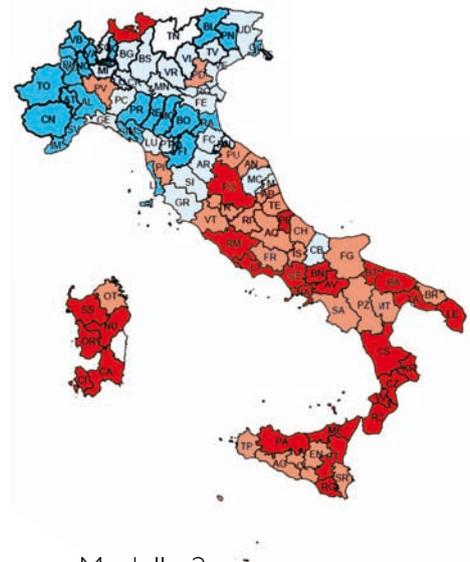
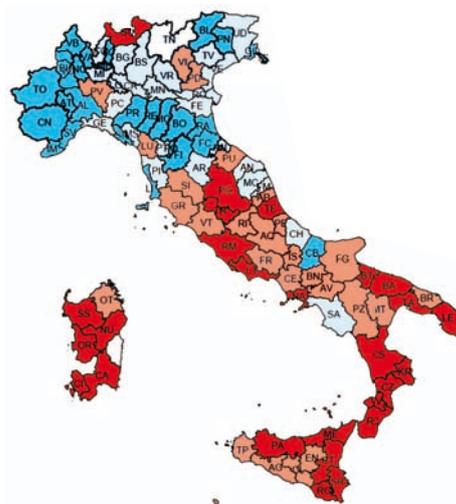
Figura 2.7

ANALISI PROVINCIALE DEI RESIDUI*

Modello 1

Analisi residui: demografia (n. province)

- (0,19/0,66) (26)
- (-0,08/0,19) (26)
- (-0,22/-0,08) (26)
- (-0,53/-0,22) (27)
- No data (3)



Modello 2

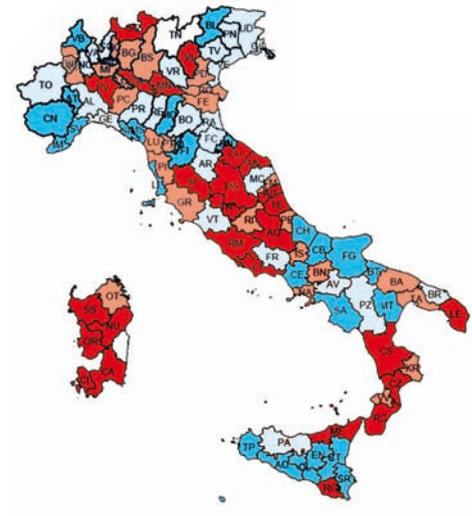
Analisi residui: epidemiologia (n. province)

- (0,20/0,57) (26)
- (-0,05/0,20) (26)
- (-0,20/-0,05) (26)
- [-0,55/-0,20) (27)
- No data (3)

Modello 3

Analisi residui: contesto economico (n. province)

- (0,08/0,58) (26)
- (-0,00/0,08) (26)
- (-0,10/-0,00) (26)
- [-0,42/-0,10) (27)
- No data (3)



* Differenze provinciali nel logaritmo del rapporto tra il numero di beneficiari osservato e il numero di beneficiari atteso. Il numero di beneficiari atteso è stato calcolato sulla base di tre modelli econometrici (OLS) dove la variabile dipendente – il logaritmo del numero dei beneficiari al 31/12/2015 per provincia – è regredita su un set di indicatori provinciali di struttura demografica, stato di salute e di contesto economico.

A rendere ancora più complessa l'interpretazione della variabilità territoriale, non solo per le IDA, sono le disomogeneità connesse all'accertamento sanitario.

Da un lato, infatti, appare non rinviabile l'aggiornamento -previsto dalla legge 102/2009- delle Tabelle valutative delle percentuali d'invalidità civile emanate con D.M.5 febbraio 1992, che mostrano, ormai da anni, i propri limiti rispetto all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. Dall'altro, l'art. 18, comma 22 del Decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito, con modificazioni, in legge 15 luglio 2011, n. 111 ha previsto la facoltà delle Regioni di affidare all'Istituto le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari su base convenzionale, con l'intento di unificare e razionalizzare il procedimento di riconoscimento sanitario dell'invalidità civile in un'unica amministrazione, per una maggiore efficienza ed efficacia dell'intero procedimento.

Il processo di accertamento sanitario dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità ed il conseguente riconoscimento dei benefici (economici e non) previsti dalla legge, è stato infatti storicamente ripartito tra amministrazioni diverse. Tale riparto di competenze – affidato alle ASL per il primo accertamento sanitario ed all'Inps per la restante fase sanitaria (accertamento definitivo, revisioni, verifiche) oltre che per l'intera fase amministrativa – è stato all'origine di alcune delle principali criticità all'interno del complesso sistema di accertamento e di erogazione dei benefici. Difficoltà che hanno coinvolto sia le amministrazioni interessate sia, soprattutto, gli stessi cittadini disabili (disagi, tempi di attesa, doppie visite di accertamento ecc.).

La legge 111/2011 ha permesso di sperimentare tale semplificazione. Attualmente sono coinvolte nella sperimentazione 17 strutture territoriali dell'Istituto:

Tavola 2.11

STRUTTURE COINVOLTE NELLA SPERIMENTAZIONE

Struttura	Inizio Sperimentazione
AVELLINO	07/2013
BENEVENTO	11/2013
CASERTA	12/2013
TRAPANI	02/2014
SAN DONÀ DI PIAVE	02/2014
VENEZIA - CHIOGGIA	03/2014
VERONA - BUSSOLENGO - LEGNAGO	03/2014
SALERNO	05/2014
REGIONE BASILICATA (PZ / MT)	11/2014
ROMA A - FROSINONE	11/2014
PORDENONE	11/2014
ENNA / CALTANISSETTA	06/2015
MESSINA	09/2015
GORIZIA	12/2015

Con l'intera gestione del processo affidata all'Istituto si è registrata una significativa contrazione dei tempi di fornitura del servizio, da cui discende una riduzione degli oneri a carico dell'erario ed un'ottimizzazione complessiva del processo (in termini di tracciabilità e trasparenza), oltre che una maggiore qualità del servizio offerto all'utenza.

Attraverso la firma di apposite convenzioni la sperimentazione dell'unificazione dell'accertamento sanitario in Inps ha assicurato vantaggi immediati e strutturali:

- superamento del modello procedurale della legge 102/2009, che vede coinvolte risorse professionali ed economiche tanto ASL che Inps per tutti gli accertamenti medico legali in ambito assistenziale;
- notevole contrazione dei tempi di erogazione delle prestazioni, per effetto, ad esempio, dell'utilizzo della calendarizzazione telematica degli inviti (con contestuale chiamata a visita) e la telematizzazione di tutti i verbali di visita nonché eliminando la fase di valutazione dei verbali ASL;
- drastica riduzione delle eventuali visite ripetute a carico dei cittadini, attraverso un unico accertamento sanitario da parte dell'Istituto;
- omogeneizzazione delle modalità di accertamento e della prassi valutativa secondo principi organizzativi e medico legali uniformi su tutto il territorio nazionale (di cui sono garanti il Coordinamento Generale Medico Legale e la Commissione Medica Superiore Inps).

Oltre ai prevedibili effetti di efficientamento generale del processo, ne sono derivati riflessi positivi non solo per la finanza pubblica, ma anche in materia di contenzioso (grazie alla maggior omogeneità valutativa, con un'ulteriore riduzione dei costi per il sistema giudiziario e per l'Inps) e di immediata disponibilità di dati/informazioni sulla disabilità, per l'implementazione di una banca dati epidemiologica a livello nazionale (con sinergie e riflessi positivi per l'intero sistema sanitario).

La tavola seguente presenta alcuni risultati della sperimentazione, mettendo a confronto i tempi medi della fase sanitaria attuale rispetto a quanto avveniva prima dell'accertamento dell'attività di accertamento sanitario.

Tavola 2.12

TEMPI MEDI FASE SANITARIA (IN GG.) – BENCHMARKING TEMPORALE						
SEDI CHE NON HANNO PRESO IN CARICO L'ARRETRATO						
	SAN DONÀ	VERONA	VENEZIA	BASILICATA	TRAPANI	PORDENONE
ANTE INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (gen.-giu. 2013)						
Fase Sanitaria ASL	194	121	122	78	83	92
Fase sanitaria Inps	27	19	29	12	64	7
Totale fase sanitaria	221	140	151	90	147	99
INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (gen. – giu. 2015)						
Totale fase sanitaria	95	51	88	63	89	39
SEDI CHE HANNO PRESO IN CARICO L'ARRETRATO						
	ROMA A	FROSINONE	AVELLINO	BENEVENTO	CASERTA	SALERNO
ANTE INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (gen.-giu. 2013)						
Fase Sanitaria ASL	95	44	118	139	262	138
Fase sanitaria Inps	21	11	31	23	72	33
Totale fase sanitaria	116	55	149	162	334	171
INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (gen. – giu. 2015)						
Totale fase sanitaria	42	66	129	92	257	162

Fonte: Monitoraggio Invalidità civile

Con riferimento alle strutture che più di recente hanno iniziato la sperimentazione:

Tavola 2.13

TEMPI MEDI FASE SANITARIA (IN GG.) – BENCHMARKING TEMPORALE			
SEDI CHE NON HANNO PRESO IN CARICO L'ARRETRATO			
	ENNA	CALTANISSETTA	MESSINA
ANTE INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (ott. - dic. 2013)			
Fase Sanitaria ASL	91	140	136
Fase sanitaria Inps	24	21	44
Totale fase sanitaria	115	161	180
INVALIDITÀ CIVILE IN CONVENZIONE – C.I.C. (ott. - dic. 2015)			
Totale fase sanitaria	57	69	54

Fonte: Monitoraggio Invalidità civile

Nella successiva tavola sono raffrontate strutture territoriali Inps con analogo carico di lavoro e numero di risorse medico-legali, interessate o meno dall'accentramento sanitario. Anche in questo caso i tempi medi della fase sanitaria sono nettamente migliori nelle sedi in cui l'Istituto ha dato corso ai protocolli sperimentali.

Tavola 2.14

BENCHMARKING TERRITORIALE*	
TEMPI MEDI (in gg.) FASE SANITARIA GENNAIO – GIUGNO 2015	
TRAPANI (C.I.C.)	89
SIRACUSA	194
PORDENONE (C.I.C.)	39
VIBO VALENTIA	201

Fonte: Monitoraggio Invalidità civile

* Il raffronto è stato effettuato tra sedi con analogo carico di lavoro espresso in termini di: numero di domande nel periodo gennaio-giugno 2015 (Trapani=12.385 – Siracusa=10.955; Pordenone=6.009 – Vibo V. = 5.126); numero di medici Inps (Trapani=15 – Siracusa=13; Pordenone=9 – Vibo V.=8).

Dall'esame dei dati è evidente che gli esiti della sperimentazione sono in linea con gli obiettivi di graduale, ma progressiva semplificazione del processo di riconoscimento dell'invalidità civile.

Per quanto riguarda il carico degli oneri finanziari conseguenti al trasferimento in toto della fase di accertamento sanitario all'Istituto occorre precisare che ciascuna visita può avere a oggetto l'accertamento di diverse prestazioni richieste dal cittadino. A ciascun soggetto visitato, pertanto, possono corrispondere più verbali, a seconda delle domande di accertamento sanitario inoltrate. In particolare, la media dei verbali redatti per ciascuna persona fisica richiedente un accertamento sanitario è attualmente pari a 1,67.

Su questa base i costi attuali per il funzionamento delle Commissioni mediche integrate per l'accertamento dell'invalidità civile presso le ASL sono stimabili in oltre 85 milioni di euro annui, mentre oltre 699.000 ore/uomo sono state necessarie per il subprocedimento di validazione degli oltre 2 milioni di verbali ASL da parte delle Commissioni mediche Inps.

L'unificazione in Istituto dell'accertamento sanitario dell'invalidità civile potrebbe quindi ridurre significativamente tali costi, anche se si renderebbe necessario un riequilibrio finanziario tra Regioni e Istituto a seguito del completamento del percorso di razionalizzazione in materia d'invalidità civile in un'ottica di accentramento funzionale in capo ad un unico soggetto istituzionale.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIFORMA DELLA LTC IN ITALIA

La condizione di non-autosufficienza comporta un aggravio del costo della vita che può essere ingente. In sintesi, quel che emerge dall'analisi precedente è la necessità di un riordino complessivo che non si può limitare a semplici correttivi. Evidente è l'assenza di un preciso obiettivo di destinatari meritevoli dell'intervento pubblico.

Le persone con disabilità si affidano al supporto informale dei familiari. L'assunzione di tale modello da parte del legislatore è sancita dalla scelta che fu operata con l'introduzione dei permessi ex L. 104/92. Tuttavia, da una parte, come abbiamo visto, gli andamenti demografici già registrati ci segnalano che un modello simile è destinato ad entrare in crisi nei prossimi decenni; dall'altra, sono stati sottovalutati dal legislatore i costi a carico del sistema Paese. Si tratta di un importo relativamente rilevante rispetto ai costi complessivi per LTC in Italia. Con una spesa di poco superiore ai 3 miliardi di euro rispetto ad un totale di spese per LTC pari a circa 36, rivaleggia i costi sostenuti dagli enti locali per l'assistenza domiciliare, senza fornire però certezza sia sulla loro effettiva destinazione, sia sulla loro efficacia. In particolare, il settore pubblico assorbe una quantità di risorse che va oltre quella che sembrerebbe giustificata dalla consistenza del personale pubblico. Anche la forte variabilità tra comparti in cui primeggiano le amministrazioni centrali suggerirebbe l'introduzione di una qualche forma di controllo: il sospetto di un utilizzo improprio sembra più che fondato. In una visione di riordino complessivo dell'assistenza per la non autosufficienza, queste risorse potrebbero rappresentare una fonte importante per rafforzare i servizi territoriali magari facendoli confluire in un Fondo perequativo a garanzia di livelli minimi del servizio per quelle Regioni che su questo terreno risultano più indietro.

Accanto ai servizi in natura garantiti dalla L. 104/92, una fascia importante di cittadini bisognosi di assistenza riceve prestazioni economiche, progettate a parziale copertura dei costi indotti dalla disabilità. L'attuale spesa per la LTC in Italia è particolarmente sbilanciata a favore di prestazioni monetarie e carente dal lato dei servizi offerti al disabile non autosufficiente. L'IDA si qualifica come la principale prestazione monetaria per disabili non autosufficienti presente nel nostro Paese. Se da un lato ha un importante effetto nel ridurre il rischio povertà tra le fasce più vulnerabili della popolazione, la sua attuale architettura, non è in grado di discriminare tra diversi livelli di gravità della condizione di non autosufficienza e i costi che ne derivano.

Vi è spazio per migliorare l'attuale assetto delle prestazioni monetarie per la non autosufficienza, distribuendo la spesa attuale in modo più efficace?

Anche se l'introduzione della prova dei mezzi per l'IDA è stata spesso suggerita come una possibile riforma da attuare per liberare risorse da destinare ai soggetti con maggiore fabbisogno assistenziale, l'analisi qui fornita pare mostrare limitati effetti economici a meno di imporre vincoli reddituali molto stringenti o di utilizzare un criterio selettivo che tiene in considerazione oltre al reddito, il patrimonio. È importante segnalare che è possibile ottenere miglioramenti simili nei risultati, anche in termini di contrasto alla povertà, migliorando la selettività in fase di accertamen-

to sanitario, con prestazioni monetarie meglio graduate al livello di disabilità del richiedente IDA. La ragione di questo è che le persone con basso reddito hanno maggiori probabilità di essere colpiti da gravi disabilità, e hanno anche una forte necessità di sostegno e sono, quindi, più propensi a richiedere la concessione dell'IDA.

Limitatamente all'IDA, si potrebbe ad esempio:

- adattare gli importi delle prestazioni concesse per avvicinarsi di più ai costi legati alla disabilità;
- aumentare la portata del sistema, in particolare tra i più disabili. Una riforma di questo tipo, se da realizzare senza aggravio di spesa, richiederebbe una riduzione degli importi medi corrisposti a persone con meno grave disabilità per pagare sostegni più sostenuti per i disabili più gravi;
- aggiornare le tabelle valutative delle percentuali di invalidità secondo una definizione univoca del concetto di non autosufficienza.

Tesi a superare le marcate differenze territoriali nell'incidenza della IDA, e che persistono anche depurando i dati tenendo conto della diversità delle caratteristiche demografiche od economiche, è auspicabile una ridefinizione del concetto di disabilità che lasci spazi ridottissimi alla discrezionalità delle Commissioni locali. Infatti, parte delle differenze residue, dopo l'analisi econometrica di cui abbiamo dato conto nelle pagine precedenti, sembrano piuttosto spiegate dall'assenza di criteri univoci ed uniformi a livello territoriale nella selezione dei destinatari che potrebbe essere superata solo adottando una definizione di non autosufficienza più obiettiva in termini medico/sanitari.

A livello parlamentare si registra qualche iniziativa non governativa di riforma. Ad esempio, esplicite indicazioni sul concetto di non autosufficienza sono contenute nel disegno di legge A.S. n. 2827 del 13 luglio 2011. Questo all'art. 2 propone la seguente definizione: "Sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health-ICF* dell'Organizzazione mondiale della sanità e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali". Un altro tentativo è rappresentato dal Disegno di Legge A.C. 5319 presentato il 27 giugno 2012, che propone la seguente definizione di non autosufficienza: "sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione". È evidente in questi tentativi la correlazione con la definizione della condizione di handicap con connotazione di gravità, laddove la mancata citazione delle condizioni di svantaggio sociale o di emarginazione si spiega con il principale e preponderante riferimento al carico (bisogno) assistenziale, che, lascia automaticamente presupporre uno svantaggio sociale.

A livello di governo, nella presente legislatura, apprezzabile è il tentativo di fare chiarezza sul concetto di disabilità grave contenuto nel Decreto del Ministero del Lavoro del 14 maggio 2015 ("Ripartizione delle risorse finanziarie affluite al

Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2015") che dovendo individuare un criterio di allocazione delle limitate risorse prioritariamente verso le situazioni di maggior gravità, ha stabilito che "per persone in condizioni di disabilità gravissima si intendono persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica".

Sembrerebbe evidente nelle intenzioni del legislatore che solo l'impossibilità assoluta di gestire autonomamente la sfera di autosufficienza, con riferimento alla definizione di disabilità gravissima di cui al citato D.M. 14 maggio 2015, dovrebbe dar luogo alla piena concessione di un beneficio (economico e integrativo) di invalidità, mentre perdite parziali dell'autosufficienza (legate ad un minor impatto invalidante delle affezioni) o perdite "relative" dell'autosufficienza (legate alla possibilità di interventi assistenziali integrati) dovrebbero comportare l'adozione di politiche orientate a fornire servizi alla persona con una proporzionale riduzione dell'intervento economico, inteso in senso tradizionale di sostegno pubblico. Tuttavia, lo stanziamento destinato al Fondo Nazionale per la non autosufficienza pari a 400 milioni a decorrere dal 2015 se da una parte rappresenta una novità positiva considerato che era stato azzerato in precedenza rischia di essere insufficiente nei prossimi anni. Ecco che qui potrebbero venire in soccorso quelle risorse liberate da un intervento restrittivo nell'utilizzo dei permessi ex L. 104.

Con una spesa pubblica destinata alla non autosufficienza comunque in linea con la media europea, emerge oggi un quadro sperequato anche per il susseguirsi di interventi normativi che si sono stratificati nel tempo senza una logica coerenza circa l'individuazione della platea cui destinare le risorse finanziarie pubbliche sempre più scarse.

Difficilmente giustificabili appaiono gli interventi che:

- non discriminino in relazione al fabbisogno economico dei destinatari;
- oppure, che non intervengano a comprimere le differenze di incidenza di alcune prestazioni (si pensi ai permessi della legge 104/92) tra il settore privato e quello pubblico.

Per rendere capace il sistema di LTC Italiano di fornire un più adeguato supporto alle persone affette da disabilità gravi è però necessaria una visione più globale, che non si limita al solo intervento sulle prestazioni di natura economica.

In sintesi un processo profondo di riforma della LCT in Italia dovrebbe affrontare le seguenti questioni:

- a. fornire maggiori servizi domiciliari attingendo a quelle risorse liberate da un riordino dei permessi ex L. 104 istituendo un fondo nazionale perequativo;
- b. ripensare agli interventi di sostegno in favore dei disabili differenziando per

- livello di gravità: ad esempio, adottando una definizione oggettiva come quella adottata dal governo nel D.M. 14 maggio 2015;
- c. introdurre la prova dei mezzi, uscendo dal principio risarcitorio della disabilità, nella concessione dell'IDA in modo da graduarla in proporzione inversa rispetto al bisogno economico e rafforzandola direttamente rispetto al grado di disabilità;
 - d. introdurre una adeguata governance statale, ancorché i servizi di cura nel loro espletamento siano affidati alle Regioni, per garantire:
 - 1-equità nella distribuzione delle risorse;
 - 2-unicità dei criteri di certificazione della non autosufficienza;
 - 3-verifica del livello minimo dei servizi essenziali;
 - 4-monitoraggio del livello del servizio attraverso la rilevazione della loro qualità presso i cittadini (realizzazione immediata dell'integrazione dei flussi informativi del SINA²⁴, del Nuovo Sistema Informativo Sanitario -NSIS- del Casellario dell'Assistenza dell'Inps e dei flussi informativi sulle prestazioni erogate dagli enti locali);
 - 5-sostegno alla formazione infrastrutturale per le regioni arretrate.
 - e. introduzione di incentivi all'utilizzo di strutture residenziali sanitarie per contenere i costi sanitari rafforzando il valore della prestazione economica alternativa rispetto a quella garantita dall'IDA (voucher come nel caso della Germania);
 - f. avvio di un modello orizzontale di presa in carico territoriale.

24 - Sistema Informativo Nazionale per la non Autosufficienza del Decreto Legge n.5 del 9 febbraio 2012 ex Art.16: ".....con l'intento di semplificare e razionalizzare lo scambio dei dati volto a migliorare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali, enti erogatori, interventi e servizi sociali inviano unitariamente all'Inps le informazioni sui beneficiari e sulle prestazioni concesse, raccordando i flussi informativi, tra i quali quello derivante dal SINA, al fine di rendere organico ed integrato il fascicolo personale del soggetto".

L'ESPERIENZA HOME CARE PREMIUM

Il programma Home Care Premium rientra nell'ambito delle politiche di intervento a sostegno della non autosufficienza realizzate dall'Inps con l'intento di privilegiare l'assistenza domiciliare e si realizza attraverso prestazioni economiche e di servizio legate alla sfera socio-assistenziale, anche in un'ottica di prevenzione della non autosufficienza e del decadimento cognitivo.

Home Care Premium vuole sostenere le famiglie nell'affrontare, risolvere e gestire le difficoltà connesse alla status di non autosufficienza dei propri componenti, mediante il coinvolgimento e la valorizzazione del ruolo degli Enti Locali più prossimi ai cittadini e potenzialmente in grado di conoscerne i bisogni.

Tali interventi sono previsti a favore degli iscritti alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali o alla Gestione Magistrale, nonché, laddove i suddetti soggetti siano viventi, ai loro coniugi conviventi e ai familiari di primo grado e dei bambini e giovani minorenni orfani di dipendenti o pensionati pubblici.

La limitazione della platea dei potenziali beneficiari a questi soggetti discende da vincoli normativi che prevedono che solo i dipendenti pubblici contribuiscano, mediante trattenuta diretta, obbligatoria ed ulteriore rispetto alla ordinaria contribuzione, da parte dello Stato sulle loro retribuzioni mensili, ad alimentare fondi dedicati alla realizzazione di politiche di welfare in favore proprio o dei loro congiunti.

Il rapporto instaurato ex lege tra i dipendenti pubblici e lo Stato è di tipo assicurativo obbligatorio: nessun dipendente pubblico può sottrarsi alla trattenuta sulla propria retribuzione mensile, ma, per effetto della stessa, al verificarsi dell'evento che dà luogo all'intervento assistenziale, può accedere alle prestazioni dedicate che sono diverse ed ulteriori da quelle a carico della fiscalità generale, perché i relativi costi sono a carico di Fondi diversi, alimentati mensilmente dalle trattenute sulle retribuzioni e sulle pensioni.

Per poter essere beneficiari del programma Home Care Premium oggi è necessario essere residenti nel territorio di uno dei soggetti che abbiano stipulato una convenzione con Inps Gestione Dipendenti Pubblici: Ambiti Territoriali Sociali e analoghi raggruppamenti di Comuni comunque denominati, Aziende Sanitarie, Regioni.

I beneficiari e la tipologia di servizi garantiti vengono individuati previa valutazione del grado di fabbisogno socio-assistenziale e le prestazioni previste nel progetto sono distinte in:

- un contributo economico mensile, quale parziale rimborso dei costi sostenuti da quest'ultimo per il rapporto di lavoro con l'assistente familiare, ovvero con il badante che lo assiste presso il suo domicilio, regolarmente assunto ed in regola con gli obblighi previdenziali
- un contributo economico, in favore dell'Ente locale partner, previa puntuale rendicontazione delle spese sostenute, per la fornitura di servizi professionali domiciliari ed extra domiciliari, nonché per supporti e servizi assistenziali e accessori necessari alla realizzazione del Programma socio assistenziale Familiare.

Rientrano tra i servizi alla Persona riconosciuti gli interventi di natura sanitaria svolti da operatori socio-sanitari e prestazioni di educatori professionali dirette alla prevenzione e al rallentamento della degenerazione del livello di non autosufficienza; la assistenza domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale; i servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità (visite mediche, accesso al centro diurno, etc.); il servizio di consegna a domicilio di pasti; la fornitura ed installazione di dotazioni e attrezzature per la mobilità e l'autonomia, tali da ridurre il grado di non autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

Nel corso degli anni il numero degli Ambiti territoriali sociali che hanno aderito al Programma si è accresciuto sino a giungere agli attuali 387, che assicurano una copertura ai potenziali beneficiari residenti in circa 1000 Comuni, diversamente distribuiti nelle diverse Aree geografiche del Paese.

Parimenti si è accresciuto il numero dei soggetti inseriti nel programma di assistenza domiciliare.

Il numero dei potenziali beneficiari corrisponde al numero dei soggetti che i 387 Ambiti Territoriali convenzionatisi sono in grado di prendere in carico.

Tale bacino di utenza consente l'erogazione di 50.056 prestazioni a sostegno della non autosufficienza, con un numero sempre crescente di prestazioni che si concretizzano in servizi alla persona.

La previsione finanziaria 2015 per la Gestione Prestazioni Creditizie, è stata pari a 200.000.000 di Euro per la Gestione delle Prestazioni Creditizie e Sociali e di 5.000.000 di Euro per la Gestione Assistenza Magistrale.

Analoghi stanziamenti risultano previsti per l'anno 2016.

Il programma è certamente suscettibile di miglioramenti, volti soprattutto ad evitare che le prestazioni siano condizionate alla residenza in uno dei comuni aderenti. L'intermediazione delle prestazioni da parte dei Comuni comporta, inoltre, la loro sospensione nel caso di irregolarità nel pagamento dei contributi previdenziali da parte dei Comuni.

Occorre individuare un meccanismo che consenta all'Home Care Premium di raggiungere tutti i potenziali beneficiari in situazione di non autosufficienza indipendentemente da dove questi siano residenti.

Sono, invece, innovativi nel panorama attuale ed in linea con l'esperienza dei Paesi Europei i valori che il Programma Home Care Premium consente di affermare:

- una valutazione del fabbisogno socio-assistenziale che, previo accertamento sanitario del danno biologico, differenzia la quantificazione del bisogno fra i soggetti non autosufficienti
- la conseguente erogazione di prestazioni differenziate, il cui costo è diversificato in ragione dei bisogni di assistenza accertati.