

CAMBIARE È NECESSARIO E ANCHE POSSIBILE

Una proposta di riforma dell'Indennità di Accompagnamento

Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Andrea Parma

il punto di welforum

La badante non basta più



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI

CAMBIARE È NECESSARIO E ANCHE POSSIBILE
Una proposta di riforma dell'Indennità di Accompagnamento
Costanzo Ranci, Marco Arlotti e Andrea Parma
*Laboratorio di Politiche Sociali - Politecnico di Milano*¹

1. Introduzione

I bisogni crescenti della popolazione, e le prospettive di sostenibilità del welfare state, rendono strategico un intervento volto a migliorare il grado di equità, efficacia ed efficienza della principale misura di sostegno ai bisogni della popolazione disabile e non autosufficiente nel nostro paese: l'Indennità di Accompagnamento (d'ora in avanti IA).

Un cambiamento nelle modalità di erogazione dell'IA costituisce un'innovazione particolarmente complessa da realizzare. Tuttavia, sulla base degli elementi di criticità, delle proposte e delle esperienze esistenti (cfr. il documento preliminare: *Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia: la sfida dell'Indennità di Accompagnamento*) è possibile identificare almeno tre obiettivi principali.

- a) Il primo obiettivo consiste nell'individuazione di strumenti oggettivi di valutazione del bisogno, in grado di cogliere la multidimensionalità del bisogno stesso, e limitare i fenomeni di discrezionalità e diversificazione esistenti nelle pratiche di valutazione. L'esperienza internazionale converge, peraltro, nell'assumere che la disabilità venga valutata attraverso strumenti multi-dimensionali e analitici, gestiti da equipe multidisciplinari, che considerino tutti i diversi aspetti in cui la non autosufficienza si manifesta: dai problemi di mobilità fisica a quelli di gestione autonoma dell'ambiente domestico, la cura del corpo e la gestione dei problemi di natura psichico-mentale. Esiste oggi una strumentazione ricca e adeguata, già testata in diversi contesti, che consente di tradurre la misurazione analitica della disabilità in una stima attendibile del fabbisogno di cura (espresso in termini di tempo) di cui le persone necessitano. Tale strumentazione dovrebbe, pertanto, essere progressivamente introdotta anche nelle procedure di valutazione del bisogno di cura svolte dalle commissioni di accertamento dell'invalidità civile del nostro paese.
- b) Il secondo obiettivo è l'introduzione di elementi di graduazione della misura in relazione ai livelli di disabilità, in grado di superare l'attuale impostazione, fondata sull'erogazione di una prestazione fissa, che penalizza fortemente i cittadini in condizioni di maggiore bisogno. Questo aspetto in realtà, è stato già sperimentato con successo nel nostro paese (cfr. *infra* l'esperienza del progetto Home Care Premium). Si tratta di monitorare nel tempo l'adeguatezza delle graduazioni previste e commisurare queste alle risorse finanziarie esistenti. Le ipotesi presentate di seguito offrono alcune indicazioni di partenza, utili per la discussione e la sperimentazione. Il nodo maggiore riguarda, qui, la difficoltà di poter introdurre elementi di differenziazione che non penalizzino le forme meno gravi di disabilità, generalmente concentrate nelle fasce di età sino a 70 anni.
- c) Il terzo obiettivo concerne il superamento delle modalità di utilizzo dell'IA che, nell'impostazione attuale, hanno favorito lo sviluppo del *fai da te* familiare, con forte coinvolgimento delle reti familiari (ed *in primis* della componente femminile), espansione del sommerso, dequalificazione del lavoro di cura. Da questo punto di

¹ Ringraziamo i seguenti colleghi per i commenti e suggerimenti fornitici nell'elaborazione di questo testo: Claudio Castegnaro, Cristiano Gori, Daniela Mesini, Sergio Pasquinelli, Emmanuele Pavolini, Emanuele Ranci Ortigosa, Stefania Sabatinelli, Chiara Saraceno.

vista, si propone *l'introduzione di un sistema complementare finalizzato* (ed incentivato attraverso una quota premiale) *all'acquisto di servizi professionali mediante contratti di lavoro regolari, includendo fra questi il sostegno fornito da assistenti familiari*. Al fine di garantire ai beneficiari un'effettiva libertà di scelta nel ricorso ad assistenti familiari o altri servizi professionali, potrebbero nel tempo essere sviluppate forme individualizzate di presa in carico, con modalità di sostegno, affiancamento e consulenza ai beneficiari e alle rispettive famiglie.

Infine, un quarto obiettivo, qui solo indicato e non oggetto di una specifica indicazione propositiva, riguarda *l'introduzione eventuale di misure dei test dei mezzi* nella regolazione dell'IA, in un'ottica di universalismo selettivo, ovvero allo scopo non di limitare l'accesso alla misura, che deve restare universalistica, ma di graduare i benefici anche in funzione del reddito disponibile alle persone (calcolato attraverso l'ISEE). Si tratta di un tema delicato e non immediatamente all'ordine del giorno, che, tuttavia, potrebbe assumere una valenza significativa, sia alla luce di considerazioni di equità "verticale", per esempio attraverso una maggiorazione dell'ammontare delle prestazioni a favore delle persone che versano in condizioni di maggiore bisogno economico, sia in un'ottica di clausola di "salvaguardia" temporanea qualora, in termini dinamici, l'entrata a regime del nuovo sistema comporti transitoriamente un aumento della spesa in assenza di coperture finanziarie (Beltrametti, 2009).

Il documento che segue è finalizzato a tradurre questi obiettivi generali in una proposta operativa specifica.

Una necessaria premessa riguarda il profilo istituzionale della nuova misura. La proposta *non* intende modificare il carattere qualificante e cruciale dell'attuale misura, che viene mantenuto e anzi rafforzato nella revisione proposta: l'impostazione universalistica dell'IA, in base alla quale tutti i cittadini che presentano un determinato livello accertato di disabilità hanno un diritto soggettivo esigibile ad accedere alla prestazione, senza limiti di reddito o di altra natura. In secondo luogo, la proposta non intende modificare in alcun modo il quadro dei diritti acquisiti di chi oggi è titolare di IA. Inoltre, non tocca il sistema delle indennità rivolto alla copertura di specifiche categorie di bisogno (es. ciechi e sordomuti).

Le proposte presentate di seguito, quindi, si intendono applicabili esclusivamente ai nuovi beneficiari della misura, a partire dal momento ipotetico in cui l'innovazione verrà introdotta. Conseguenze da questa impostazione generale che la proposta intende migliorare complessivamente l'adeguatezza e la generosità della misura, rendendo l'IA al tempo stesso più efficace nel rispondere ai bisogni di cura della popolazione non autosufficiente e maggiormente modulata e modulabile in base alle diverse esigenze di una platea di beneficiari che è composta da persone con gradi di disabilità e bisogni di cura molto differenziati.

Sotto il profilo finanziario, l'implementazione della riforma implicherebbe, secondo la simulazione sviluppata nel presente documento, un incremento contenuto della spesa, pari a circa 700 milioni di euro aggiuntivi a regime rispetto alla spesa attuale: un incremento spalmato, tuttavia, su un orizzonte di 5 anni (quindi, circa 140 milioni annui di spesa aggiuntiva a carico del bilancio statale). Tale spesa aggiuntiva verrebbe, inoltre, largamente compensata da un flusso aggiuntivo di risorse (stimato in circa 738 milioni di euro a regime) determinato dall'effetto "emersione" derivante dalla regolarizzazione di nuovi rapporti di lavoro.

Il documento si articola in due paragrafi principali. Nel paragrafo 2 vengono presentati in estrema sintesi i contenuti qualificanti di Home Care Premium (HCP), il programma innovativo lanciato da INPS e che configura, per diversi aspetti, un'esperienza pilota da cui ricavare indicazioni preziose per una riforma più generale dell'IA. Nel paragrafo 3 viene presentata, nel dettaglio, una simulazione della riforma dell'IA, con un'articolazione in tre *step*.

2. Il progetto HCP - Home Care Premium: un'esperienza pilota per la riforma dell'Indennità di Accompagnamento

A partire dal 2013 l'INPS ha avviato un importante programma sperimentale, denominato HCP - Home Care Premium, finalizzato a proteggere la popolazione non autosufficiente (INPS 2016). Tale programma, pur essendo originato entro un quadro assicurativo e categoriale (essendo rivolto ai soli dipendenti pubblici e loro familiari)² e pur costituendo un'offerta di prestazioni *aggiuntive* rispetto all'IA, rappresenta un'esperienza innovativa nel campo delle politiche italiane di LTC, da cui possono essere tratte indicazioni utili per un piano di riforma più generale (Saraceno 2017).

Rinviando ad altra documentazione una presentazione completa di HCP, ci limitiamo in questa sede a richiamare gli aspetti innovativi della misura. Innanzitutto, la finalità principale di HCP è quella di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti sostenendo forme diverse di assistenza a domicilio, attraverso due tipi di prestazioni: a) un aiuto economico, definito "prestazione prevalente", che consiste in un trasferimento monetario al beneficiario finale, utilizzabile esclusivamente per pagare le prestazioni di cura di un assistente familiare; b) un intervento denominato "prestazione integrativa" che consiste nell'erogazione al beneficiario finale di servizi di supporti forniti dagli enti locali. La "prestazione prevalente" di HCP costituisce, per diversi aspetti, una prefigurazione quasi completa della riforma che si intende proporre in questo documento. Per questo è a questa misura che rivolgiamo qui la nostra attenzione.

Essendo un programma sperimentale, i criteri e l'impostazione delle misure di supporto di HCP hanno teso in parte a modificarsi nel corso degli anni. L'ultimo bando HCP per il periodo 2017-2018 prevede la costruzione di una graduatoria nazionale di 30.000 beneficiari per l'accesso alla "prestazione prevalente", ordinata in base al livello di gravità (disabilità "media", "grave", "gravissima")³ e al valore ISEE. Per i beneficiari l'importo della "prestazione prevalente" è determinato - al netto di una decurtazione che equivale all'importo di eventuali indennità già percepite per il sostegno ai costi di cura (es. IA) - tra 500 e 1050 euro mensili per i livelli più bassi di reddito.

I beneficiari della "prestazione prevalente" possono, inoltre, avere accesso ad ulteriori misure integrative di supporto attraverso servizi (come assistenza domiciliare, supporti, servizi di sollievo, ecc.) erogati da enti locali convenzionati con INPS, entro un budget massimo stabilito in base al valore ISEE e al livello di gravità del bisogno. L'attivazione delle prestazioni "integrative" viene sottoposta ad una valutazione del bisogno assistenziale da parte di

² I beneficiari eleggibili sono i dipendenti e/o pensionati pubblici residenti nel territorio nazionale, in quanto iscritti ad uno specifico Fondo INPS, ex-INPDAP che prevede, per i lavoratori attivi, una contribuzione mensile dello 0,35% sulla busta paga, somma che va a contribuire il fondo per prestazioni creditizie e sociali (il dm 463 del 1998 disciplina questo tipo di prestazioni).

³ Le disabilità sono riconosciute e classificate in base ad un'apposita tabella che tiene conto dei vari tipi e % di invalidità. Per una visione più di dettaglio, si rimanda all'art. 3 del bando HCP 2017: <https://www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?lastmenu=46068&itipologia=2&sid=0;46013;46065;46068;&iddettaglio=450>

operatori sociali degli enti locali, attraverso apposite schede standardizzate di valutazione. Infine, è prevista anche la predisposizione di un piano individuale di assistenza (PAI). Alla luce delle principali criticità che caratterizzano oggi l'IA, HCP mostra dunque tutta la sua portata innovativa. Innanzitutto, l'ammontare del sostegno offerto da HCP viene commisurato al bisogno di cura, valutato sia attraverso i livelli di disabilità certificati, che mediante il ricorso a scale di valutazione da parte di operatori sociali, superando così uno dei limiti storici del sistema italiano di LTC: la mancanza di una protezione adeguata per le forme più gravi di non autosufficienza. In secondo luogo, il programma non si traduce nell'erogazione di un trasferimento economico *tout court* senza vincoli di utilizzo, ma viene erogato: 1) come voucher, ovvero contribuzione al costo della contrattualizzazione di un assistente familiare (badante); 2) come erogazione diretta di un ampio raggio di servizi di cura forniti dagli enti territoriali. Infine, l'ammontare delle prestazioni in HCP è commisurato alla situazione economica (ISEE), in modo da tutelare soprattutto le persone con limitati mezzi finanziari.

La sperimentazione di HCP ha, tuttavia, messo in evidenza diversi elementi di criticità⁴. In primo luogo, il coinvolgimento degli enti territoriali non ha riguardato tutte le aree del paese (si stima che, nel periodo 2014-16, solo il 57% degli ambiti territoriali sociali abbiano attivato HCP), creando dunque asimmetrie e differenziazioni territoriali. Un secondo aspetto, sempre per quanto concerne il rapporto con gli enti territoriali, ha riguardato una certa variabilità nell'utilizzo delle schede di valutazione della disabilità (e nella definizione del relativo fabbisogno di cura) da parte degli operatori sociali, da cui è scaturita - a parità di condizioni di bisogno - una difformità nell'accesso alle prestazioni previste dal programma. Un terzo aspetto critico, infine, rimanda alla mancata previsione all'interno del sistema HCP di una procedura di accreditamento per le assistenti familiari contrattualizzate attraverso l'impiego della "prestazione prevalente", in grado di garantire affidabilità e qualità nel servizio offerto.

Pur con queste criticità, HCP segnala come un'azione di revisione ed integrazione dell'IA sia possibile, con un impatto finanziario limitato e controllabile. Particolarmente innovativa, nel caso di HCP, è la procedura prevista per la prestazione prevalente, che consente una verifica amministrativa semplificata e veloce della contrattualizzazione della badante, che deve avvenire a fronte dell'erogazione monetaria da parte di INPS. In sintesi, HCP segnala che, in una logica di integrazione e modulazione delle prestazioni, intervenire per migliorare l'IA è possibile e consente di raggiungere risultati positivi e graditi dai beneficiari.

3. La proposta di riforma dell'Indennità di Accompagnamento: una simulazione

La riforma proposta consiste in tre azioni principali:

- a) *l'introduzione a livello nazionale di una strumentazione diagnostica standardizzata* di misurazione del fabbisogno di cura nella valutazione dell'invalidità civile, di tipo multidimensionale e in grado di stimare il fabbisogno di cura corrispondente al grado di disabilità. Poiché in Europa simile strumentazione è stata introdotta e sperimentata da oltre un decennio, si tratta in questo caso di apprendere da queste esperienze e sviluppare un sistema nazionale di valutazione che sia in grado di aggiungere, alla diagnostica incentrata sulla valutazione del danno biologico inerente la di-

⁴ Si riprendono qui alcune delle conclusioni cui perviene lo "Studio di valutazione dei risultati e delle modalità di attuazione del progetto Home Care Premium (HCP) finanziato dall'Inps", Politecnico di Milano, settembre 2016.

sabilità, anche una valutazione accurata del bisogno di cura e assistenza che ne deriva.

- b) *la graduazione dell'ammontare dei benefici in relazione al grado di disabilità accertato*; la graduazione è indispensabile per poter costruire il nostro sistema di LTC sulla base di criteri di equità “verticale” e di adeguatezza delle prestazioni al bisogno esistente, che non può essere considerata omogenea per una platea di beneficiari pari a circa 1,7 milioni di persone, di ogni età e afflitta da qualsiasi forma di disabilità.
- c) *l'introduzione, a fianco delle modalità attuali di erogazioni dell'IA (cioè l'erogazione monetaria indistinta), di una seconda opzione a scelta libera dei cittadini ed incentivata, che consiste nell'erogazione di un budget di cura spendibile esclusivamente per l'assunzione di assistenti familiari regolarmente contrattualizzati, oppure per l'acquisto di servizi professionali di cura accreditati*. L'ammontare del beneficio collegato a questa seconda opzione viene calcolato sulla base della gravità del bisogno e in modo tale da rendere questa seconda opzione conveniente, a fronte dei vincoli che pone, per il cittadino che intende avvalersene.

Nel proseguo di questo documento si intende presentare una simulazione della nuova IA fondata sulla realizzazione di questi obiettivi. Si procederà quindi per tre step successivi:

1. verrà innanzitutto stimata, sulla base di indicatori oggettivi di carattere multidimensionale, la dimensione della platea dei beneficiari del nuovo sistema introducendo una graduazione dei livelli di gravità sulla base di un confronto internazionale con programmi LTC analoghi all'IA;
2. si procederà quindi a proporre una graduazione dell'ammontare delle prestazioni che tenga conto dei livelli di gravità in precedenza identificati e che si basi sull'articolazione tra una misura simile all'IA attualmente esistente (tuttavia rimodulata in base ai diversi livelli di gravità del bisogno di cura) e una nuova misura, che definiremo “budget di cura” per indicare che si tratta di una prestazione più generosa che va obbligatoriamente convertita in prestazioni di cura liberamente scelte dal beneficiario. Sulla base dei valori differenziati delle prestazioni, si procederà quindi a stimare il numero di beneficiari atteso per ciascuna prestazione, ipotizzando un take-up analogo a quello verificatosi in altri contesti internazionali;
3. la stima del numero dei beneficiari associata a quella dei take-up consentiranno infine di stimare l'impatto finanziario della misura; inoltre, una stima dell'effetto “emersione” di prestazioni di cura attualmente fornite in modo irregolare consentirà anche di stimare l'ammontare del ritorno finanziario connesso alle prestazioni contributive recuperate.

3.1. Stima della platea dei beneficiari e della graduazione per livelli diversi di gravità

Sinora le metodologie adottate per rilevare lo stato di non autosufficienza della popolazione italiana si sono fondate su stime ricavate dall'ISTAT, nell'ambito dell'indagine multiscopo sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, di cui l'ultima edizione disponibile risale al 2012-2013 (ISTAT 2016). Tale indagine rappresenta la più completa e recente basata di natura campionaria utile a ricostruire la condizione di non autosufficienza nel nostro paese. L'indagine ha, infatti, riguardato ben 49.811 individui.

Usando un indicatore della *Presenza di limitazioni funzionali* (PLF-15) composto da 15 item⁵, risulta che la popolazione disabile è complessivamente pari al 5,6% della popolazione complessiva (vedi tab. 1). Escludendo i disabili su un solo indicatore (ovvero chi, ad esempio, ha un solo deficit motorio tra i vari considerati, e comunque non presenta deficit nella scala ADL o negli indicatori sensoriali), pari al 2% della popolazione complessiva, la quota dei disabili diventa il 3,6% (vedi tab. 1), una percentuale prossima al tasso di copertura nazionale dell'IA (3,3%). È dunque presumibile che, in mancanza di un dato specifico sulle caratteristiche dei beneficiari dell'IA, la quota di cittadini con più di una limitazione funzionale costituisca un gruppo di persone simile per caratteristiche a quello dei beneficiari di IA. In questo senso, la distribuzione dell'indice PLF-15 nel campione ISTAT può essere utilizzata per stimare la distribuzione dei beneficiari di IA per livelli di disabilità.

L'identificazione delle fasce di disabilità non può che rappresentare un esercizio altamente discrezionale, rispondendo ad un intreccio di valutazioni diagnostiche e politiche. Nella presente proposta si è deciso di seguire un criterio di omogeneità con le suddivisioni in fasce che emerge dall'analisi comparata di altri programmi di LTC (vedi tab.1). Vengono, quindi, identificate *quattro fasce di disabilità*. Si tratta di una soluzione simile a quella mediamente adottata in Europa, come ad esempio in Germania dove le fasce sono 3, mentre praticamente soltanto in Austria è stato adottato uno schema che prevede ben 7 livelli diversi di disabilità⁶. Le fasce sono state identificate cercando di approssimare le differenziazioni adottate in altri paesi europei con programmi LTC simili al nostro.

⁵ La distribuzione in base ai 15 item considera tre dimensioni della limitazione funzionale, utilizzate anche dai principali programmi LTC europei per stimare il bisogno di cura: mobilità fisica (incluse le forme di confinamento), lo svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana (ADL), deficit di natura sensoriale. Per una descrizione degli item si veda ISTAT (2016). L'utilizzo di questi indicatori nella stima della domanda potenziale articolata per livello di gravità, presenta ovviamente anche diversi limiti fra cui, per esempio, la mancata considerazione delle problematiche derivanti da disturbi di carattere cognitivo, demenze ecc.

⁶ Per questa ragione, considerando anche che il tasso di copertura in Austria è superiore a quello italiano, il confronto è stato fatto considerando solo i primi sei livelli di gravità. Escludendo il livello meno grave, il tasso complessivo di copertura è pari al 3,9%, valore simile a quello dell'IA.

Tab. 1- Confronto fra distribuzione ADL in Italia e distribuzione tassi di copertura per gravità del bisogno in alcuni programmi di LTC, % sul totale della popolazione

Livello	Austria	Germania	Bolzano	Italia (PLF-15)	
1	0,11	0,19	0,09	0,04	0,21
2	0,22	0,66	0,25	0,06	
3	0,55	1,48	0,62	0,11	
4	0,74		1,02	0,23	0,73
5	0,92			0,22	
6	1,37			0,28	
7	1,29			0,20	1,41
8				0,21	
9				0,16	
10				0,21	
11				0,28	
12				0,35	
13				0,45	1,22
14				0,77	
15				2,00	
Totale	5,2	2,33	1,98	5,57	3,57

Fonte: elaborazioni su dati per Austria e Germania: Osterle (2016); per Bolzano: ILP (2016); per Italia: ISTAT (2016).

Le fasce identificate sono le seguenti:

- una fascia di disabilità lieve, che corrisponde al livello 6 austriaco, che include per il caso italiano i soggetti da 2 a 3 limitazioni nella scala (fascia gialla nella tab. 1). Questa fascia rappresenta l'1,22% sul totale della popolazione italiana, pari al 34% dei beneficiari di IA. Dato il minore tasso di copertura a Bolzano e in Germania, nessuno in questi territori rientrerebbe all'interno di tale categoria.
- una seconda fascia di gravità medio-bassa, rappresentata dai soggetti con 4-9 limitazioni nell'Indagine ISTAT. Rappresentano l'1,4% (pari al 39% dei beneficiari di IA) e sono paragonabili per consistenza al livello 4-5 del programma austriaco e al livello 3 (disabilità "lieve") del programma tedesco (fascia verde in tab. 1).
- una terza fascia di gravità medio-alta, che include i soggetti con 10-12 limitazioni funzionali e che corrisponde al livello 3 in Austria e al livello 2 in Germania (disabilità "intermedia"). Sono lo 0,7% dei cittadini italiani, pari al 20% dei beneficiari IA (fascia blu nella tab. 1).
- una quarta fascia, che include i soggetti con disabilità gravissima, riguarda infine i soggetti con 13-15 limitazioni (fascia rossa in tab. 1). Questa fascia rappresenta lo 0,21% dei cittadini italiani ed è pari al 6% dei beneficiari di IA. In Austria la quota corrispondente è lo 0,33% mentre in Germania è pari allo 0,19% (a Bolzano la fascia dei più gravi copre lo 0,09% della popolazione): la fascia qui identificata si colloca quindi per consistenza in una posizione intermedia rispetto ai due paesi continentali. Le sue dimensioni relativamente ridotte segnala che si tratta di soggetti con limitazioni gravissime, che richiedono assistenza continuativa e specializzata per tutto l'arco delle 24 ore.

3.2. La graduazione degli importi in base alla fascia di disabilità e la stima dei take up

Garantendo la continuità delle prestazioni erogate ai beneficiari attuali dell'IA, il secondo step della proposta di riforma comprende due azioni di cambiamento. In primo luogo, si propone una rimodulazione dell'importo delle prestazioni in base al livello di gravità del bisogno. In secondo luogo, si propone una diversificazione nelle modalità di utilizzo dell'IA: accanto al trasferimento monetario indistinto (definito "assegno di cura") viene infatti prevista una seconda opzione (definita "budget di cura") che può essere liberamente scelta da qualsiasi cittadino disabile che abbia maturato il diritto all'IA. Tale opzione è utilizzabile esclusivamente per l'acquisto di servizi di cura prestati da assistenti familiari regolarmente contrattualizzati, oppure di servizi professionali accreditati. Gli importi del budget di cura sono disegnati in modo da renderli particolarmente convenienti per chi opta per questo sistema.

Nel complesso, gli obiettivi raggiungibili attraverso questa revisione dell'IA sono i seguenti:

- introdurre maggiore equità nel sistema rimodulando gli importi dei benefici in base ad una valutazione mirata del grado di disabilità, e rafforzando il sostegno soprattutto per le disabilità più gravi;
- introdurre il diritto di scelta dei cittadini consentendo loro di esercitare l'opzione tra un "assegno di cura" svincolato da qualsiasi obbligo, e un "budget di cura", di importo più elevato e finalizzato a remunerare prestazioni specifiche di cura;
- favorire l'emersione del lavoro di cura e l'introduzione di elementi minimi di garanzia nell'assistenza prestata dai lavoratori, riducendo nel contempo i margini di "convenienza di fatto" alla base dell'utilizzo sommerso dell'IA.

La simulazione presentata in tabella 2 si fonda su tre azioni specifiche: a) la rimodulazione degli importi in funzione delle fasce di disabilità identificate in precedenza⁷; b) la definizione dei valori relativi al "budget di cura", superiori a quelli dell' "assegno di cura", in modo da rendere tale opzione conveniente per i cittadini interessati; c) la stima di una percentuale di *take up* (cioè dei beneficiari che opteranno per "assegno di cura" o, in modo complementare, per "budget di cura"), che tenga conto dei diversi profili di convenienza ed esigenze nelle diverse fasce di disabilità. La tabella riporta i valori di riferimento per gli importi delle due misure, con a fianco l'ipotesi relativa al *take up* prevedibile.

⁷ In questa proposta si è esclusa l'introduzione di un test dei mezzi basato sui valori ISEE finalizzato ad incrementare gli importi per i soggetti in condizione di maggiore svantaggio economico. Lo sforzo economico necessario a rendere l'opzione "Budget di cura" conveniente per tutti renderebbe, infatti, eccessivamente consistente la spesa necessaria ad aumentare gli importi per i valori ISEE più bassi. Questa scelta peraltro allinea la riforma proposta non solo al disegno istituzionale attuale dell'IA, ma anche a quello dei programmi LTC di Austria e Germania.

Tab. 2 Importi mensili dei benefici erogati per l'assegno di cura e il budget di cura, take up budget di cura e numero totale di beneficiari stimati

Fascia disabilità	Assegno di cura	Budget di cura	Aumento in euro Budget di cura su Assegno di cura	Take up beneficiari Budget di cura	n. totale beneficiari IA
lievi	350	550	+200	25%	607.197
medi	515	730	+215	30%	701.295
gravi	550	825	+275	40%	362.188
gravissimi	650	950	+300	50%	104.750

Fonte: nostre elaborazioni.

Giustificiamo qui sotto le scelte adottate:

- importi Assegno di cura*: rispetto al valore attuale dell'IA l'importo è stato aumentato sensibilmente per i livelli maggiori di disabilità (gravi e gravissimi), mantenuto vicino al valore attuale per la fascia di disabilità media, e ridotto (con un importo di 350 euro mensili) solo per la fascia di disabilità lieve (una fascia che, peraltro, come si è visto sopra, non è coperta, ad esempio, nel modello tedesco); la riduzione nell'importo dell'assegno di cura per la fascia di disabilità lieve (necessaria per introdurre maggiore equità nel sistema contenendo i costi) viene compensata dal fatto che per questa fascia di disabilità l'importo del Budget di cura è comunque superiore all'importo attuale dell'IA: scegliendo la nuova opzione, quindi, i beneficiari avrebbero un aumento nell'importo della prestazione.
- importi Budget di cura*: gli aumenti aumentano maggiormente, rispetto a quelli previsti per l'Assegno di cura, per i livelli di disabilità più gravi, dove aumenta esponenzialmente il bisogno di cura; l'incremento minimo è di 200 euro, che è stato stimato (a partire dall'esperienza di progetti sperimentali, vedi HCP) come una soglia critica oltre la quale può scattare la convenienza del passaggio ad un beneficio finalizzato.
- stima dei take up*: il take up del budget di cura aumenta all'aumentare del profilo di convenienza e dell'importo assoluto del Budget di cura percepito. Ad esempio, nella fascia dei gravissimi, dato 100 il numero totale dei beneficiari, l'assunzione è che optino per il budget di cura il 50% di questi. Complessivamente il take-up stimato per il Budget di cura è pari al 32%, un'incidenza simile alla quota di cittadini tedeschi che hanno scelto l'opzione di ricevere servizi di cura invece che un assegno di cura di valore nettamente inferiore all'interno del programma assicurativo tedesco. La stima dei tassi di *take-up* dovrebbe comunque essere rigorosamente monitorata perché ha effetti considerevoli sull'importo complessivo della spesa.

3.3. La stima dell'impatto finanziario della riforma e del flusso aggiuntivo di contribuzione sociale

Sulla base di queste ipotesi, la tabella 3 riporta la stima della spesa complessiva annuale per il nuovo schema riformato. Tenuto conto che la presente proposta considera la copertura di una platea di 1.775.431 beneficiari, cioè pari all'ultimo dato disponibile sui beneficiari di IA al 31/12/2016 (INPS 2017, 240) e che la spesa complessiva stimata per IA (considerando l'importo attuale di 515,43 euro mensili) è pari a 10,9 miliardi di euro, l'impatto finanziario aggiuntivo per l'implementazione del nuovo schema può essere stimato in circa 700 milioni di euro.

Tale incremento verrebbe, tuttavia, diluito – stante la sopravvivenza media degli attuali fruitori di IdA stimata in circa 5 anni (INPS 2016) – su un orizzonte quinquennale con l'entrata dei nuovi beneficiari. In questo modo l'importo di spesa aggiuntiva necessaria, nel prossimo quinquennio, per l'introduzione a regime della riforma ammonterebbe a circa 140 milioni annui.

Tab. 3 Stima della spesa complessiva annuale per la nuova IA a regime (milioni euro)

Fascia disabilità	Spesa per assegno di cura	Spesa per budget di cura	Totale spesa
lievi	1.913	1.002	2.915
medi	3.034	1.843	4.877
gravi	1.434	1.434	2.868
gravissimi	409	597	1.006
TOTALE	6.790	4.876	11.666

Fonte: nostre elaborazioni.

L'introduzione della nuova IA, in particolare attraverso l'opzione del "Budget di cura", è finalizzata anche a sostenere un processo di regolarizzazione ed emersione del lavoro sommerso nel settore della cura, nonché a produrre nuova occupazione regolarmente contrattualizzata. Tale processo, oltre a garantire una potenziale maggiore qualificazione del lavoro di cura ed un miglioramento delle condizioni di lavoro, potrebbe inoltre attivare un importante flusso di risorse aggiuntive conseguente al pagamento delle contribuzioni obbligatorie relative ai contratti di lavoro (vedi tabella 4). In base alle ipotesi fatte relative al *take up* (vedi tab. 2 sopra) si può stimare che circa 560.000 persone titolari di IA potrebbero optare per il "Budget di cura".

La tabella 4 propone una stima dell'effetto finanziario dell'emersione del lavoro di cura, con riferimento al fenomeno dell'assistenti familiari. In base alle stime IRS, su un totale di 840.000 mila badanti nel nostro paese, il 45% ha già un contratto regolare di lavoro. Pertanto applicando la percentuale complementare (55%) per stimare l'effetto potenziale in termini di emersione e assumendo, in estremo, che tutti i beneficiari di Budget di cura utilizzino lo stesso per l'impiego di assistenti familiari, possiamo aspettarci circa 308.000 nuovi rapporti di lavoro regolarizzati grazie alla nuova misura cura. Tenendo conto che l'importo dei contributi INPS/INAIL, nel caso di una badante convivente, è pari a 182,50 (<http://www.badaben.it/quanto-costa-una-badante/>), e che l'importo dei contributi è pari a 1,39 euro per ogni ora lavorata, si può stimare un versamento annuale di contributi sociali (per 13 mensilità) di 2.400 euro. Tale valore, moltiplicato per la stima 308.000 nuovi rapporti di lavoro, comporterebbe – con l'entrata a regime del nuovo sistema IA - un flusso annuale aggiuntivo di contribuzione sociale pari a 738 milioni annui. Diluito in 5 anni, il flusso contributivo aggiuntivo sarebbe pari a 147 milioni di euro per ciascun anno. Va infine considerato che l'emersione del lavoro di cura irregolare genererà anche un flusso di entrate fiscali, difficilmente stimabile al momento attuale.

In sintesi, l'effetto emersione creato dall'introduzione di un "Budget di cura" consentirebbe di coprire la spesa aggiuntiva necessaria per aumentare gli importi dell'IA per i beneficiari più gravi e per consentire l'introduzione di un incentivo per i beneficiari del "Budget di cura".

Tab. 4 Stima ritorni finanziari “indiretti”: i flussi aggiuntivi di contribuzione sociale

Numero percettori assegno di cura (stima)	560.000
Stima rapporti di lavoro emersi	308.000
Introito contributi annuali (13 mensilità)	2400
Totale versamento annuale INPS (milioni di euro)	738.000

Fonte: nostre elaborazioni.

Riferimenti bibliografici

Beltrametti, L. (2009), *Politiche per la non autosufficienza.*, in Dell’Arringa, C. et al. (a cura di), *Le riforme che mancano. Trentaquattro proposte per il welfare del futuro*, Bologna, Il Mulino, pp. 299-307.

INPS (2016), *XV Rapporto Annuale*, Roma,
www.inps.it/portale/default.aspx?lastMenu=11499&iMenu=12&iNodo=11499&p1=2

INPS (2017), *XVI Rapporto Annuale*, Roma,
www.inps.it/NuovoportaleINPS/default.aspx?itemdir=51081&lang=IT

IPL (2016), *L’assegno di cura in Alto Adige: Stato attuale. Sviluppo. Prospettive*,
www.provincia.bz.it/famiglia-sociale-comunita/disabilita/downloads/Assegno_di_cura_in_Alto_Adige_Pubblicazione_IPL_giugno_2016.pdf

ISTAT (2016), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Roma,
www.istat.it/it/archivio/5471

Osterle, A. (2016), *Needs assessment tools and procedures: Austria and Germany*, mimeo.

Saraceno, C. (2017), *Non autosufficienza. L’indennità di accompagnamento non basta*,
www.neodemos.info/articoli/non-autosufficienza-lindennita-accompagnamento-non-basta/