



SOCIAL COHESION PAPERS

Quaderni della coesione sociale

Numero 1, 2024

**Stima del fabbisogno e della spesa
Long-Term Care in Italia:
valutazioni ex-ante di una proposta di riforma**

Report preparato dal Gruppo di Ricerca composto da
Costanzo Ranci, Francesca Audino,
Carlo Mazzaferro e Marcello Morciano

O.C.I.S.
OSSERVATORIO INTERNAZIONALE PER
LA COESIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE






L'Osservatorio Internazionale per la Coesione e l'Inclusione Sociale (OCIS) nasce con l'intento di fornire utili strumenti di conoscenza circa la genesi, lo sviluppo e il consolidamento della coesione sociale nelle comunità politiche e sociali contemporanee. Partendo dal presupposto che la coesione sociale è anche il prodotto di politiche pubbliche inclusive e volte alla promozione del bene comune, l'Osservatorio si propone l'obiettivo di essere un laboratorio di idee e proposte per il rafforzamento della coesione sociale in Italia e all'estero. L'OCIS si avvale della collaborazione di esperti provenienti da varie discipline per la realizzazione di iniziative scientifiche e divulgative volte alla diffusione della consapevolezza che la coesione sociale costituisce un elemento imprescindibile per la diffusione di 'benessere' sociale.



Costanzo Ranci, Francesca Audino, Carlo Mazzaferro e Marcello Morciano



Stima del fabbisogno e della spesa Long-Term Care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma



Indice

INTRODUZIONE

1. UNA STIMA DELLA SPESA PER LA PRESTAZIONE UNIVERSALE

- 1.1 I problemi strutturali del Sistema LTC
- 1.2 La finestra di opportunità
- 1.3 La riforma della legge 33
- 1.4 Le caratteristiche dell'Indennità di accompagnamento
- 1.5 La riforma: la Prestazione Universale
- 1.6 La stima della spesa
- 1.7 Conclusioni

2. STIMA DEL BISOGNO E DELLA DOMANDA POTENZIALE DI PRESTAZIONI LTC

- 2.1 Introduzione
- 2.2 Non autosufficienza, disabilità e altri aspetti definatori
- 2.3 La condizione di Non Autosufficienza tra gli anziani in Italia
- 2.4 Il monitoraggio della NA tra gli anziani in Italia
- 2.5 Le condizioni socio-demografiche degli anziani NA
- 2.6 La distribuzione territoriale della NA ed un primo confronto con la distribuzione dell'Indennità di accompagnamento
- 2.7 Considerazioni conclusive

Bibliografia

Appendice A. Ehis-19. Uno screening sanitario efficace (ma soggettivo)

Appendice B La misura proxy del metodo di identificazione di Generali in EHIS

Appendice C. L'incidenza del bisogno assistenziale tra gli anziani in Italia

3. PROCEDIMENTO DI STIMA DELLA SPESA PER LA PRESTAZIONE UNIVERSALE

- 3.1 Introduzione
- 3.2 Definizione dei parametri della stima
- 3.3 Gli scenari di spesa
- 3.4 Valutazione dei possibili effetti di spillover che potrebbero produrre risparmi di spesa: ipotesi ed aspetti di metodo
- 3.5 Prospetto sintetico dei costi dei possibili scenari di riforma
- 3.6 Proiezioni di spesa per i prossimi cinque anni
- 3.7 Stima dell'impatto finanziario dell'introduzione di una clausola di salvaguardia

Appendice D. Analisi dei costi connessi all'assunzione di un caregiver

Appendice E. Conti su turn-over beneficiari Ida

Bibliografia - Sitografia



Indice delle Figure

Figura 1 Distribuzione di alcune variabili socio-demografiche tra i “NA” (secondo i 5 indici sopraelencati), popolazione over65	36
Figura 2 Distribuzione di alcune variabili socio-demografiche tra i “non NA” (secondo i 5 indici sopraelencati), popolazione over65	37
Figura 3 Percentuali di over65 NA e percettori di IdA su popolazione over65, per regione di residenza.....	32
Figura C1 Donne over65 NA per classe di bisogno.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Figura C2 Over75 su popolazione NA totale, per classe di bisogno.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Figura C3 Distribuzione del livello di educazione per classi di bisogno, popolazione over65	Errore. Il segnalibro non è definito.
Figura E1 Flussi in entrata e uscita di medie mobili triennali	Errore. Il segnalibro non è definito.

Indice delle Tabelle

Tabella 1 Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità.....	18
Tabella 2 Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva.....	19
Tabella 3 Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti.....	20
Tabella 4 Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura.	21
Tabella 5 Condizioni individuali utilizzate per la costruzione degli indicatori di non autosufficienza	27
Tabella 6 Schema di sintesi dei cinque metodi di valutazione della NA	32
Tabella 7 Analogie e differenze tra le rilevazioni di NA secondo la Scala NA e gli altri indicatori adoperati, popolazione over65	33
Tabella 8 I risultati delle stime econometriche sul gradiente socio-demografico della condizione di NA tra la popolazione over 65 per criterio di valutazione adottato.....	40
Tabella A1 Distribuzione regionale dei comuni, delle famiglie e degli individui nell’universo e nel campione	46
Tabella A2 Valori dell’indice di determinazione R ² (%) delle funzioni utilizzate per le interpolazioni degli errori campionari delle stime a livello nazionale e per ripartizione geografica	47
Tabella A3 Valori dell’indice di determinazione R ² (%) delle funzioni utilizzate per le interpolazioni degli errori campionari delle stime per regione.....	47



Prospetto 1 Livelli e frequenze percentuali del programma tedesco Pflegestufe dedicato alla popolazione NA.....	55
Tabella 9 Classi di bisogno individuate a partire dai punteggi della Scala NA, frequenze relative e assolute pesate in EHIS.....	56
Tabella 10 Numero potenziali idonei alla PU da analisi EHIS e integrazione elegibili ospiti in RSA.....	57
Tabella 11 Importi della Prestazione Universale nella componente cash e servizi e tassi di take-up previsto/stimato per l'opzione servizi	58
Tabella 12 Tassi di take-up previsti per l'opzione servizi	59
Tabella 13 Le caratteristiche principali dei tre scenari alternativi della PU.....	60
Tabella 14 Scenario 0 – status quo.....	61
Tabella 15 Scenario 1 – solo opzione cash e graduazione dell'importo.....	62
Tabella 16 Scenario 2 – graduazione solo nell'opzione care, con importo cash costante.....	62
Tabella 17 Scenario 3 – riforma completa, con opzioni cash e care graduate nell'importo	63
Tabella 18 Incrementi di spesa stimati per i tre scenari di riforma in termini assoluti e percentuali rispetto allo status quo.....	64
Tabella 19 Elementi contrattuali correlati ad un contratto badante C-super a tempo pieno. Ns. elaborazioni sulle informazioni di un contratto-tipo badante.....	65
Tabella 20 Tasso di utilizzo potenziale, ore lavorate e tasso di utilizzo effettivo (previsto) di attività di care-giving formale.....	66
Tabella 21 Stima dei contratti emersi e aumento di gettito contributivo e IRPEF annui connessi all'introduzione della PU con opzione servizi	68
Tabella 22 Impatto finanziario annuale relativo all'introduzione di 3 diverse alternative di riforma all'IdA	69
Tabella 23 Tasso di partecipazione alla PU per ogni anno (/semestre) del periodo di messa a regime della misura.....	71
Tabella 24 Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura ...	72
Tabella 25 Tassi di partecipazione annuali alla PU stimati sotto differenti ipotesi di utilizzo di una eventuale clausola di salvaguardia	73
Tabella 26 Stima degli incrementi di spesa annuali (in milioni di euro) sotto differenti ipotesi di utilizzo di una eventuale clausola di salvaguardia	74
Tabella D1 Contratto badante C-Super, Full Time, convivente e non ..	Errore. Il segnalibro non è definito.



Introduzione

La legge 23 marzo 2023, n. 33 “*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*” ha introdotto il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA), che programma e monitora in modo integrato l’insieme dei servizi e degli interventi a favore di questa tipologia di soggetti. L’uso delle risorse pubbliche per la non autosufficienza sarà programmato congiuntamente dai soggetti responsabili a ogni livello di governo: Stato, Regioni e territori. A livello centrale, il CIPA (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana) definisce gli indirizzi generali dello SNAA.

Il DDL riforma le procedure per le valutazioni delle condizioni degli anziani, che diventano due: una di responsabilità statale, che assorbe le diverse procedure oggi esistenti a livello nazionale, e l’altra di competenza delle Regioni, che rimane invariata. La valutazione nazionale verrà realizzata con un nuovo e moderno strumento, finalizzato a misurare adeguatamente l’aspetto multidimensionale della *non autosufficienza* e a cogliere in maniera più completa le esigenze dei soggetti interessati.

Considerando gli interventi destinati ad anziani e famiglie, il DDL prevede

- *Servizi domiciliari*: si introduce l’ADISS (Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria), con risposte unitarie - attraverso l’integrazione dei servizi di Asl e Comuni - e interventi di durata e intensità commisurate alle esigenze dell’anziano che venga a trovarsi in una condizione di NA.
- *Prestazione universale per la non autosufficienza*: in alternativa all’attuale indennità di accompagnamento, il DDL prevede un trasferimento graduato in base al fabbisogno assistenziale dell’anziano e la possibilità di scelta tra il contributo monetario senza vincoli d’uso e la fruizione di servizi alla persona (badanti regolari o soggetti organizzati), in quest’ultimo caso ricevendo un importo superiore.
- *Servizi residenziali*: si prevede una riqualificazione della dotazione di personale commisurata alle esigenze delle persone in carico, e sostegni alla diffusione di ambienti di qualità, amichevoli, familiari e sicuri, organizzati per garantire le normali relazioni di vita.
- *Caregiver familiari*: è previsto un articolato insieme di azioni, tra cui: considerazione delle loro condizioni nei vari momenti valutativi, revisione delle tutele previdenziali, assicurative e degli strumenti per l’inserimento lavorativo e promozione di forme integrate di sostegno.



Il presente rapporto intende contribuire all'analisi e discussione sulla riforma del sistema italiano di *long-term care* (LTC) attraverso una stima della spesa necessaria a finanziare la nuova Prestazione Universale per la Non Autosufficienza, prevista dall'articolo 4 della legge 33/2023.

Il rapporto è articolato nelle seguenti parti.

La prima parte contiene una presentazione generale della riforma LTC prevista dalla legge n.33/2023, discute e analizza i contenuti specifici della Prestazione Universale e fornisce una stima sintetica della spesa necessaria alla sua implementazione.

Le parti successive presentano le relazioni tecniche. La seconda parte presenta una stima dell'entità e articolazione del fabbisogno assistenziale a cui la Prestazione Universale dovrebbe rispondere, effettuata sulla base di una Scala NA che viene presentata e confrontata con altre misurazioni disponibili. La terza parte illustra nel dettaglio i contenuti della stima presentata nella prima parte.



Parte prima

Una stima della spesa per la prestazione universale

1. I problemi strutturali del sistema italiano di long-term care

Il sistema di *long-term care* comprende tutte le prestazioni di welfare, sia trasferimenti monetari che servizi sociali e sanitari, a beneficio delle persone non autosufficienti e/o dei loro caregiver informali. I servizi consistono tradizionalmente nell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali e semi-residenziali diurne. Ad essi si aggiunge la cura domiciliare prestata dalle assistenti familiari private (le cosiddette "badanti"). Tra i trasferimenti monetari rientrano l'Indennità di Accompagnamento (che è estesa su base nazionale) e gli assegni di cura erogati da alcune regioni. Il tutto ad integrazione di quel sistema di cure informali, tradizionalmente erogate dalle famiglie, che rappresenta in Italia la colonna portante del *long-term care*, e a cui si rivolgono altre misure come i congedi per motivi di cura e il riconoscimento di tali periodi ai fini pensionistici.

Questo complesso sistema soffre di due problemi strutturali. Innanzitutto, i benefici monetari e i servizi a supporto della non autosufficienza non sono mai stati concepiti come un insieme organico e unitario. La frantumazione istituzionale delle competenze ha impedito che emergesse l'unitarietà del sistema, evidente invece ai cittadini, costretti a migrare tra diverse istituzioni per ricostruire, non senza difficoltà, il puzzle. Il caleidoscopio delle competenze istituzionali è impressionante.

La misura pubblica più ampia è l'indennità di accompagnamento, che copre l'11,5% della popolazione over 65. I servizi domiciliari sono distinti in due: una parte (l'Assistenza Domiciliare Integrata) è gestita dal SSN e fornisce assistenza infermieristica o riabilitativa a breve termine, mentre l'altra parte è gestita dai comuni e fornisce assistenza sociale solo a persone in condizioni di estrema povertà, con un tasso di copertura pari solo all'1%. I servizi residenziali coprono l'1,8% della popolazione anziana e vengono forniti prevalentemente da enti privati.

La seconda criticità è che il sistema è rimasto in uno stato di "ibernazione" per diverse decine di anni. L'Indennità di Accompagnamento è stata introdotta nel 1980, estesa agli anziani nel 1988, e poi non è più cambiata. I servizi domiciliari dei comuni ereditano tradizioni locali risalenti agli anni ottanta. Le strutture residenziali attendono una riforma da decenni, come hanno drammaticamente mostrato le migliaia di decessi avvenuti al loro interno nella prima e seconda



ondata pandemica. L'inerzia del sistema contrasta con l'aumento esponenziale del bisogno di cura, legato all'invecchiamento della popolazione e ai cambiamenti nelle strutture familiari e nei rapporti intergenerazionali. Sebbene non siano mancanti sforzi da parte di alcune regioni, la mancanza di una vigorosa spinta nazionale verso una presa in carico più consistente e sistematica della non autosufficienza ha certamente rappresentato un freno considerevole.

2. La finestra di opportunità

La pandemia ha cambiato in modo radicale lo scenario, provocando un possibile "disgelo" del sistema LTC. La forte concentrazione di decessi da COVID-19 nei soggetti anziani fragili ha creato una nuova sensibilità, che ha trovato eco nell'inserimento della riforma del *long-term care* tra le finalità vincolanti del PNRR.

Le sfide che appaiono oggi evidenti sono due. Da un lato, quella di espandere il sistema pubblico di tutela della non autosufficienza. Il PNRR ha indicato chiaramente, tra le sue finalità, quella di riformare il sistema di *long-term care* per gli anziani, nella direzione di una tutela più ampia e più forte della non autosufficienza. Dopo quanto accaduto con la pandemia, nessuno in questo paese ha più l'ardire di affermare che la cura della popolazione non autosufficiente sia nel suo complesso troppo generosa e troppo esposta ad abusi. Dall'altro, si è riconosciuta la necessità di sviluppare una infrastruttura più ricca di servizi territoriali, e ciò ha consentito di porre in agenda l'espansione e l'intensificazione dei servizi territoriali e domiciliari. Più servizi, dunque, e costruzione di percorsi unificati che consentano ai più fragili di mettere insieme, secondo modalità flessibili e condivise, servizi, trasferimenti e caregiving informale. L'agenda così si arricchisce di un aspetto in più, e la sfida cruciale diventa quella di integrare tra loro le diverse misure che compongono il sistema di *long-term care*.

Un ulteriore passo in avanti è anche la costruzione dal basso di una rete di portatori di interessi, il *Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza* – che include associazioni di rappresentanza degli anziani, gestori di servizi, operatori sanitari e sociali ed esperti – che ha elaborato una proposta complessiva di riforma del sistema.



3. La riforma della legge 33/2023

La riforma del *long-term care* è così diventata un obiettivo a portata di mano. C'è stata la convergenza degli attori della società civile; si è percepita una sensibile riduzione delle resistenze contro ogni cambiamento; si è aperta la finestra di opportunità politica rappresentata dal processo di riforma richiesto dal PNRR; e non sono mancate alcune importanti proposte sul campo.

La legge 33/2023 rappresenta l'esito di questo processo. Si tratta di una normativa densa e complessa, non priva di farraginosità, che tuttavia fissa alcuni passaggi importanti. Riassumiamo qui sotto quelli che più direttamente investono il sistema LTC:

- Si introduce lo SNAA, ovvero il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente, che deve assicurare una programmazione e gestione degli interventi LTC di tipo unitario, ovvero coordinato tra le diverse istituzioni che hanno responsabilità finanziarie o amministrative: il servizio sanitario nazionale, l'Inps e le istituzioni (regioni e comuni) cui competono le politiche sociali.
- Si introduce un nuovo sistema di valutazione multidimensionale del fabbisogno di cura omogeneo a livello nazionale, costituito sulla base di criteri unitari e standardizzati.
- Viene promossa l'integrazione funzionale tra enti locali e Agenzie di Tutela della Salute (ATS), senza modificare le rispettive prerogative e attribuzioni ma instaurando modalità di lavoro congiunte attraverso la predisposizione di un'organizzazione territoriale unitaria.
- Viene prevista la definizione di LEPS, Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali in un'ottica di integrazione con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) già esistenti: è questo uno dei pilastri della riforma.
- Viene introdotto un nuovo modello di assistenza domiciliare specifico per gli anziani NA, fondato su durata e intensità adeguate degli interventi, molteplicità delle professioni coinvolte e unitarietà dei servizi erogati.
- Viene prevista l'introduzione di standard prestazionali relativi alla dotazione di personale, alle sue competenze e agli ambienti di vita previsti nelle strutture residenziali.
- Viene introdotta la Prestazione Universale per la non autosufficienza, che riforma l'Indennità di accompagnamento pur mantenendo la stessa impostazione universalistica e garantendo il livello minimo già esistente dei benefici erogati.
- Viene offerto sostegno all'assunzione regolare di assistenti familiari a domicilio tramite un riordino delle misure di agevolazione fiscale, la promozione della loro qualificazione professionale.



La logica di fondo non è quella di rifare il sistema per intero, quanto di integrare le diverse misure esistenti e rafforzarne gli elementi più deboli, ovvero il welfare dei servizi territoriali. La *governance* del sistema diventa in questo senso cruciale: prestazioni sociali e sanitarie oggi separate sono infatti chiamate ad integrarsi, dentro un quadro programmatico e finanziario coerente, superando una dicotomia ormai antistorica. Egualmente, trasferimenti e servizi devono essere quanto più possibile intercambiabili, aumentando le opzioni a disposizione dei cittadini e degli operatori che sovrintendono il percorso di cura. Infine, l'integrazione e il coordinamento tra le varie componenti del sistema vanno promossi nell'intero paese, sostenendo i territori più poveri di servizi.

Per questi motivi, la riforma richiede un più stretto coordinamento tra le istituzioni responsabili delle diverse parti del sistema, a livello nazionale, regionale e locale, da perseguire attraverso un potenziamento dei meccanismi integrati di programmazione, gestione e monitoraggio dei compiti sussidiari svolti dai vari soggetti coinvolti, anche grazie ad un migliore supporto informativo.

In questo quadro, uno dei passaggi chiave è rappresentato dalla riforma dell'Indennità di accompagnamento e dall'introduzione della Prestazione Universale. Il riordino delle misure di trasferimento monetario si impone nell'agenda per diverse ragioni. Innanzitutto, come già notato, l'Indennità è la misura più estesa, interessando oltre un decimo della popolazione anziana a fronte di tassi di copertura dei servizi "*in-kind*" molto più limitati. In secondo luogo, le risorse finanziarie impegnate nel finanziamento dell'Indennità assorbono oltre il 50% della spesa LTC del paese (pari ad oltre 10 miliardi di euro), superiori sia a quelle provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale (pari a circa 6 miliardi includendo il finanziamento sia dell'ADI che della quota sanitaria dell'assistenza residenziale) sia alla spesa sociale dei comuni (pari a meno di 3 miliardi di euro) (Network Non Autosufficienza, 2017). Infine, la natura incondizionata di questo trasferimento ha alimentato la crescita, negli ultimi due decenni, di un ampio mercato privato della cura che opera in condizioni di forte irregolarità contrattuale e in assenza di alcuno standard di qualità.

4. Le caratteristiche storiche dell'Indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento è un contributo monetario erogato ad individui portatori di invalidità totale (al 100%) e permanente, con esigenza di assistenza continua perché impossibilitati a deambulare o a svolgere in autonomia le attività fondamentali della vita quotidiana. La misura è stata introdotta nell'ordinamento italiano nel 1980, ed è rimasta



sostanzialmente invariata fino ad oggi. Nel 1988 è stata estesa a tutte le età. Ogni anno la somma erogata ai beneficiari viene aggiornata in base alla variazione delle retribuzioni nominali degli operai, e raggiunge nel 2023 i 527 euro al mese, per dodici mensilità (che salgono a 947 nel caso di cecità assoluta).

L'indennità fu introdotta per sostenere l'autonomia delle persone disabili, in prevalenza adulti. Con l'invecchiamento della popolazione, l'indennità è diventata oggi la misura più diffusa di tutela della non autosufficienza delle persone anziane esistente nel nostro paese. Nel 2018 il 70% degli attuali beneficiari era rappresentato da persone oltre i 65 anni di età.

Nonostante questo cambiamento radicale dell'utenza, il design istituzionale dell'Indennità è rimasto uguale all'originale: un importo fisso, non graduato in base al bisogno delle persone, né al loro livello di reddito, e senza restrizioni nell'uso della somma assegnata. L'Indennità quindi si è gradualmente estesa sino ad essere erogata all'11,5% della popolazione over 65.

Nel tempo, questo assetto si è rivelato inadeguato ad affrontare i bisogni di cura di una quota crescente di anziani affetti da condizioni molto gravi di disabilità. Si pensi agli anziani con demenze, a quelli che richiedono aiuto per qualsiasi azione della vita quotidiana (come mangiare, lavarsi, e via dicendo), o che richiedono sorveglianza notturna. È infatti evidente che per queste persone l'erogazione di 527 euro al mese è un aiuto significativo, ma inadeguato a fronteggiare la necessità di un'assistenza per 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. L'assenza di un'offerta pubblica adeguata di servizi di cura rende stridente questo squilibrio del nostro sistema di *long-term care* verso le prestazioni monetarie. Infatti, l'indennità offre un compenso monetario senza collegarvi alcun servizio pubblico: l'organizzazione dell'assistenza resta totalmente a cura del beneficiario e dei suoi familiari. Spesso il bisogno assistenziale, anche per persone con difficoltà meno gravi, ha condotto ad assumere, anche senza un contratto regolare, un'assistente familiare privata (la cosiddetta "badante"), utilizzando a questo scopo anche le somme ricevute sotto forma di Indennità. Accade così che un sussidio pubblico sia tanto largamente utilizzato da finire con l'espandere in modo "strutturale" il mercato privato irregolare della cura.

Ci sono quindi diversi validi motivi per una profonda riforma di questo istituto. Per conferire innanzitutto maggiore equità al sistema, graduando l'indennità sulla base del bisogno e quindi garantendo importi più congrui ai soggetti con grave disabilità. Ma anche per dare la possibilità di ricorrere a servizi a chi, sfortunatamente, non può affidarsi alla cura informale. E infine, per offrire condizioni sicure e regolari di lavoro agli assistenti familiari privati, e far emergere così finalmente dal mercato nero questa importante risorsa di cura.



5. La riforma: la Prestazione Universale

La legge 33/2023 (art. 5) prevede l'introduzione della Prestazione Universale per la Non Autosufficienza. Uno strumento che sostituisce, per chi sceglie di avvalersene, l'Indennità di accompagnamento. In questo paragrafo vediamo come la nuova Prestazione Universale si può declinare operativamente sulla base delle conoscenze esistenti e di quanto appreso dalle esperienze internazionali e nazionali.

La legge 33 dà le seguenti indicazioni:

Prestazione universale e Indennità di accompagnamento

- La Prestazione universale (PU) costituisce un'opzione alternativa alla fruizione dell'Indennità di accompagnamento (IdA), erogabile a tutte le persone anziane non autosufficienti che risultano eleggibili all'IdA; la scelta di tale opzione è libera.
- Per coloro che optano per IdA, si conferma il suo mantenimento nel tempo così com'è ora. Dunque, un trasferimento monetario senza alcun vincolo al suo utilizzo, che i destinatari possono impiegare come meglio credono, e in somma uguale per tutti i beneficiari.

Accesso alla Prestazione Universale

- La possibilità di ricevere la PU discende esclusivamente dal fabbisogno di assistenza, indipendentemente dalle disponibilità economiche del richiedente.
- Il fabbisogno assistenziale viene misurato con un nuovo strumento valutativo – standardizzato e multidimensionale – impiegato per la Valutazione Multidimensionale Unificata, già previsto dalla legge.

Importi

- La PU prevede una graduazione degli importi in base al bisogno assistenziale; in pratica, ogni cittadino che opterà per la PU verrà inserito in una classificazione (suddivisione per categorie) che prevederà un ammontare crescente del beneficio in base al bisogno assistenziale.
- L'importo minimo della PU equivale a quello di IdA (oggi 527 Euro mensili), mentre per i casi più gravi si prevedono importi maggiori.

Modalità di utilizzo

- Il beneficiario della PU Può scegliere tra due opzioni alternative:
 - un trasferimento monetario incondizionato (cioè utilizzabile senza alcun vincolo, così come avviene per IdA);



- L'accesso a servizi alla persona, che possono essere svolti sia su base individuale (come le prestazioni a domicilio di un'assistente familiare) che organizzata (servizi professionali di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale).
- Per entrambe le opzioni, l'importo della PU sarà graduato in base al bisogno assistenziale.
- L'opzione servizi comporta che l'intera somma della PU dovrà essere usata per accedere a servizi alla persona. Poiché la fruizione di questi ultimi comporta costi aggiuntivi rispetto a quella di risposte informali, questa opzione dà diritto ad una maggiorazione, funzionale a sostenere i costi della regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare (nel caso di servizi individuali) oppure a sostenere i costi di prestazioni di cura fornite da personale qualificato (nel caso di servizi organizzati).

Le innovazioni previste dalla PU sono molteplici. Il disegno istituzionale della misura riprende il dibattito sviluppatosi prima dell'approvazione della legge 33/2023. Da un lato si è convenuto di mantenere inalterato l'impianto universalistico di IdA (a differenza di alcuni progetti di riforma precedenti) e di mantenere l'importo minimo della PU pari a quello di IdA in modo da non creare situazioni di svantaggio potenziale tra i beneficiari delle diverse misure. Dall'altro, la PU riforma IdA riducendone le debolezze intrinseche, introducendo una graduazione degli importi in base al bisogno ed una opzione servizi alternativa al mero trasferimento monetario. L'opzione servizi viene introdotta come "opzione" alternativa al trasferimento monetario e non come soluzione complementare a questo.

Il sistema disegnato con la PU dovrebbe consentire dunque di ottenere i seguenti vantaggi per la popolazione anziana non autosufficiente:

1. **Tutela del diritto alla cura:** si garantisce l'accesso ad una misura nazionale per la non autosufficienza sulla base di un diritto universalistico e garantendo un minimo adeguato di sostegno assistenziale a tutti gli eleggibili, pari all'importo di IdA.
2. **Autonomia e scelta:** si sostiene fortemente l'autonomia delle persone offrendo massima flessibilità e potenziando le capacità di scelta dei cittadini che, all'interno della PU, potranno optare tra un trasferimento monetario e l'accesso a servizi alla persona.
3. **Equità:** si dà maggiore equità al sistema complessivo, offrendo un supporto maggiore alle persone con un bisogno assistenziale più grave.
4. **Appropriatezza della risposta:** si promuove, attraverso la maggiorazione dell'importo per l'opzione servizi, l'emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o l'accesso dei cittadini che ne hanno necessità ad una rete qualificata di servizi alla persona, migliorando l'appropriatezza complessiva della risposta al fabbisogno assistenziale.



6. La stima della spesa

Partendo dalle indicazioni contenute nella legge 33/2023, in questa parte si presenta una proposta di disegno complessivo della nuova misura e una stima della spesa necessaria per finanziarne l'implementazione.

Metodologia di calcolo e di stima

Lo studio qui presentato si basa su dati di diversa fonte (si vedano i capitoli successivi per i dettagli tecnici). La numerosità complessiva dei beneficiari con età pari o superiore a 65 anni (in breve definiti *over65*) viene desunta dalla Banca dati Inps al 1 gennaio 2023. La stima dei livelli di non autosufficienza sulla cui base viene elaborata un'ipotesi di graduazione della misura si fonda sui più recenti dati disponibili dall'indagine EHIS (*European Health Interview Survey*, ultima edizione: anno 2019) su un campione rappresentativo della popolazione italiana over 65 residente a domicilio. Questi dati vengono integrati con quelli di fonte Istat (2020) relativi ai degenti in strutture residenziali (*Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*).

I dati relativi ai risparmi desumibili dalla regolarizzazione delle assistenti familiari sono stati ottenuti sulla base di informazioni relative ai contratti in atto nel settore, elaborate dagli autori del presente studio.

Lo studio sviluppa un'ipotesi di disegno della misura e della relativa spesa pubblica necessaria alla sua implementazione che coinvolge l'intera platea degli attuali beneficiari dell'Indennità di Accompagnamento. Il passaggio dalla misura attuale a quella nuova avverrà presumibilmente nell'arco di alcuni anni. Lo studio elabora alcune ipotesi preliminari relative alla sostituzione progressiva della vecchia misura con quella nuova.

Fasce di gravità e importi monetari

La tabella 1 mostra gli importi relativi alle due opzioni (*cash* o *care*) spettanti ai beneficiari della Prestazione Universale, i quali vengono distinti in quattro fasce di gravità sulla base del loro bisogno di cura. La distinzione in fasce riprende analoghe distinzioni adottate in altri paesi europei come Francia e Germania. La graduazione degli importi risponde a:

- a) l'indicazione, presente nella legge delega, di prevedere un importo minimo pari a quello previsto per l'Indennità di accompagnamento;



- b) l'esigenza di concentrare i benefici sulle fasce più gravi;
- c) incentivare l'opzione servizi corrispondendo un importo adeguato (per le fasce dei più gravi) a remunerare la contrattualizzazione di un assistente familiare o l'accesso a servizi domiciliari o residenziali in misura adeguata.

Tabella 1 *Distribuzione percentuale dei beneficiari PU per fascia di gravità e importi relativi alle due opzioni (trasferimento monetario o servizi).*

Fascia di gravità	Distribuzione percentuale dei beneficiari	Opzione trasferimento monetario (euro mensili)	Opzione servizi (euro mensili)
1 (minima)	59,3	527	750
2 (media)	26,3	550	850
3 (elevata)	10,6	600	1.200
4 (molto elevata)	3,8	700	1.500

Nota: La suddivisione in fasce di gravità è stata ricavata imputando un punteggio di disabilità ad un campione rappresentativo della popolazione italiana over 65. Il punteggio ha tenuto conto di: funzioni ADL e IADL svolte non in modo autonomo, ridotta mobilità intra ed extra domestica, presenza di deficit sensoriali, presenza di almeno tre malattie croniche, Alzheimer o demenza senile. Si veda il capitolo 3 per un'analisi di dettaglio.

Stima della spesa

Allo scopo di stimare la spesa si è proceduto nel seguente modo:

- calcolo del numero dei beneficiari over 65 per ciascuna fascia di gravità
- stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglierà l'opzione servizi
- stima del costo lordo complessivo della riforma
- stima dei risparmi ottenibili tramite il maggiore gettito contributivo e fiscale derivante dalla regolarizzazione dei rapporti di lavoro delle assistenti familiari (effetto emersione);
- stima della spesa in funzione dell'implementazione della nuova misura nel 2024 (secondo semestre) e nell'arco dei quattro anni successivi.

Stima della spesa complessiva

La tabella 2 presenta i risultati delle seguenti operazioni:



- *Calcolo del numero dei beneficiari per ciascuna fascia di gravità:* adottando la distinzione in fasce precedentemente presentata (v. tabella 1), si è calcolata la distribuzione dei beneficiari della nuova prestazione nelle diverse fasce. Per agevolare la stima, si assume che il numero dei beneficiari sia pari a quello dei beneficiari di IdA al 1 gennaio 2023, includendovi sia i beneficiari residenti a domicilio, sia quelli ricoverati in strutture residenziali.
- *Stima della quota di beneficiari che, per ciascuna fascia, sceglieranno l'opzione servizi:* la stima è stata fatta sulla base dell'esperienza internazionale disponibile e dei profili di convenienza dei beneficiari appartenenti alle diverse fasce. Il *take up* (quota di persone che sceglie l'opzione indicata avendone titolo) tende ad aumentare all'aumentare della gravità del bisogno, in quanto cresce sensibilmente la necessità di ricorrere a servizi socio-sanitari. Per le fasce di gravità 1 e 2 si è ipotizzato un *take up* pari rispettivamente al 20% e al 30%, conformemente a quanto avviene in Germania. Per le fasce di gravità 3 e 4 si ipotizza un *take up* del 40% e del 70%, considerando l'incidenza dei degenti in RSA (che già fruiscono di un servizio) e l'esigenza di cura continuativa espressa dai soggetti inclusi in queste fasce.
- *Stima della spesa complessiva:* la stima si basa sulle più recenti evidenze empiriche disponibili. Gli aspetti sui quali non si dispone di dati robusti sono stati modellati sulla base di assunzioni (per esempio il *take up*) derivanti dall'esperienza internazionale. Il numero di beneficiari assunto per la stima della spesa è quello presentato in tabella 2.

Tabella 2 Distribuzione dei beneficiari PU secondo la fascia di gravità e le due opzioni, e stima della spesa complessiva.

Fascia di gravità	Totale beneficiari PU	Take up opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione servizi	Beneficiari che scelgono opzione cash	Stima della spesa complessiva (mln €)
1 (minima)	814.352	0,20	162.870	651.482	5.586
2 (media)	360.688	0,30	108.207	252.482	2.607
3 (elevata)	186.153	0,40	74.461	111.692	2.000
4 (molto elevata)	112.915	0,70	79.041	33.875	1.842
TOTALE	1.474.108	---	424.579	1.049.530	12.036



Stima della spesa complessiva al netto dei risparmi previsti

L'opzione servizi introduce una condizionalità nell'utilizzo dell'importo disponibile per il beneficiario: il trasferimento può essere speso sia per un regolare contratto di lavoro con un'assistente familiare (servizi individuali), sia per accedere a servizi professionali, di natura domiciliare oppure residenziale.

Si stima che l'incentivo economico a regolarizzare il contratto di lavoro con l'assistente familiare consentirà l'emersione di circa 249.000 assistenti familiari, che si aggiungeranno alle circa 437.000 già assunte regolarmente (dati Inps 2021)¹. Il nuovo gettito contributivo generato dall'emersione è stimato (applicando il Contratto Collettivo Nazionale per un numero medio di 30 ore settimanali) in 478 milioni di euro (circa 337 milioni di ore lavorate). Il gettito IRPEF aggiuntivo ammonterebbe a circa 185 milioni di euro. Il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall'emersione è stimato quindi di 661 milioni di euro.

La tabella 3 riporta la stima della spesa complessiva per la Prestazione Universale, al lordo e al netto dei risparmi previsti, in relazione alla spesa attuale per l'IdA.

Tabella 3 Stima della spesa complessiva annua per la PU (in milioni di euro), al lordo e al netto dei risparmi previsti.

	Spesa totale	Costo diretto riforma	Risparmio emersione badanti	Spesa complessiva al netto del risparmio	Costo netto riforma
IdA	9.324	---	---	9.324	---
PU	11.940	+2.616	-661	11.279	+1.955

Nota: L'importo di IdA presentato nella tabella è calcolato sulla base del numero di beneficiari stimato nel campione EHIS e utilizzato per stimare i costi della riforma. Esso si discosta in piccola misura per eccesso rispetto al numero di percettori dichiarato da Inps.

Stima della spesa nel periodo di messa a regime della misura

Si presume che l'introduzione della misura avvenga gradualmente. Poiché il tasso annuale di sostituzione degli attuali beneficiari è pari al 24% (INPS, Osservatorio Statistico), si può ipotizzare che la messa a regime della misura avvenga nell'arco di quattro/cinque anni. La stima

¹ Si veda il Terzo Rapporto annuale sul Lavoro Domestico, Osservatorio Nazionale Domina (2021).



seguinte (v. tabella 4) mantiene fissa la numerosità complessiva dei beneficiari e ipotizza dunque un loro ricambio annuale pari al 24%. Assumiamo inoltre che una quota pari al 10% non opti per la PU e mantenga l'attuale IdA. In questo scenario, i beneficiari della PU sono quindi stimati essere pari al 10.8% per il secondo semestre del primo anno, il 32.4% nel secondo, il 54% al terzo, 75.6% al quarto, 97.2% al quinto prima di entrare a regime a partire dal sesto anno.

Nel complesso l'incremento di spesa prevedibile, al netto dei risparmi fiscali, contributivi e di spesa che la nuova prestazione consente, è quello indicato nelle righe H e I della tabella 4. La stima non tiene conto dell'eventuale introduzione di una norma di salvaguardia che consenta agli attuali beneficiari di poter optare per la PU.

Tabella 4 Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura.

	I anno*	II anno	III anno	IV anno	V anno
A. Spesa per beneficiari IdA	8.317	6.303	4.289	2.275	261
B. Spesa per nuovi beneficiari PU	1.290	3.869	6.448	9.027	11.606
C. Risparmi da gettito fiscale e contributivo derivanti da PU	71	214	357	500	642
D. Spesa lorda complessiva (A+B)	9.606	10.172	10.737	11.302	11.867
E. Spesa netta complessiva (A+B-C)	9.535	9.957	10.380	10.802	11.225
F. Incremento di spesa lorda (A+B)(- IdA 2023 pari a 9,324 milioni di €)	283	848	1.413	1.978	2.543
G. Incremento di spesa netta (A+B-C) (- IdA 2023 pari a 9,324 milioni di €)	211	634	1.056	1.478	1.901
H. Incremento spesa annuale lorda	283	565	565	565	565
I. Incremento spesa annuale netta	211	422	422	422	422

Nota: I valori del primo anno si riferiscono al secondo semestre, semestre in cui ci assume l'entrata in vigore della PU.



7. Conclusioni

La stima qui presentata segnala che la spesa aggiuntiva necessaria per introdurre la nuova Prestazione Universale può essere misurata intorno a 2,5 miliardi di euro a pieno regime. Poiché l'opzione servizi consentirà di alimentare un flusso contributivo aggiuntivo e alcuni risparmi di spesa, la stima finale netta è di circa 2 miliardi di euro. Considerato che la riforma verrà implementata con gradualità, si è stimato un incremento di spesa annuale pari a circa 570 milioni di euro per i prossimi 4-5 anni. La messa a regime del programma di riforma comporterebbe, un aumento della spesa dedicata, rispetto alla spesa attuale per IdA, pari a circa il 27%. Se si considerano i possibili aumenti di gettito contributivo e fiscale, l'aumento sarebbe pari al 20% circa.

L'ipotesi qui sviluppata prevede che, su un totale di 1.474.000 beneficiari della PU, siano 425.000 quelli che scelgono l'opzione servizi, una quota pari a quasi il 30% degli attuali beneficiari di IdA. Circa metà di questi utenti sono già beneficiari di servizi residenziali, per cui la quota di utenti IdA che, nella nostra ipotesi, passerebbe all'opzione servizi è pari a circa il 15%. Ci pare un'ipotesi cauta e ragionevole, che tiene conto dei molteplici fattori che hanno contribuito all'attuale assetto del sistema LTC nel nostro paese. È anche un'ipotesi che sembra compatibile con le possibilità reali di sviluppo dei servizi, soprattutto domiciliari, in un paese che è attualmente molto indietro nella loro infrastrutturazione.

La stima si fonda su varie assunzioni. Quella più incerta riguarda il *take up* dell'opzione servizi, ovvero quanti beneficiari decideranno di avvalersi dell'opzione servizi. Considerando l'esperienza internazionale, si può immaginare che tale quota possa aumentare nel tempo, via via che le informazioni circolano e che l'offerta di servizi di fatto disponibile nei diversi territori aumenta. Un attento monitoraggio dell'applicazione della nuova misura risulta da questo punto di vista cruciale per una efficace programmazione finanziaria e organizzativa.



Parte seconda

Stima del bisogno e della domanda potenziale di prestazioni LTC

1. Introduzione

Nell'ambito del dibattito in corso sulla definizione di una prestazione pubblica per il finanziamento delle cure per la non autosufficienza un tema importante, preliminare alle scelte relative all'ammontare e alla distribuzione della prestazione medesima, attiene alla misurazione del fenomeno stesso. Su questo aspetto, che può essere declinato nella misura del numero di soggetti non autosufficienti, le informazioni risultano spesso carenti e, quando presenti, poco articolate. Una definizione chiara di questo fenomeno, oltre a dare al policy maker informazioni importanti per le decisioni correnti, risulta decisiva per definire l'impegno prospettico, in termini di cure e di risorse finanziarie, necessario a fronteggiare questa tipologia di rischio sociale. In particolare, il presente contributo si propone di esplorare la dimensione del fenomeno della *non autosufficienza* (NA) tra le *persone anziane*, definite come coloro che hanno o hanno superato i 65 anni di età.

La nostra analisi utilizza dati epidemiologici inerenti alla non-autosufficienza. Utilizziamo, anche in termini comparativi con altre misure disponibili, una scala di bisogni LTC che approssima quella prefigurata a livello nazionale dalla legge 23 marzo 2023 (livello 1 di valutazione dei bisogni), ottenuta attraverso la consultazione di un panel di esperti. Il report fornisce quindi una analisi descrittiva ed econometrica del gradiente socio-demografico della non-autosufficienza così come fotografato dalle evidenze disponibili. Passiamo poi all'analisi della variabilità territoriale della non-autosufficienza, misurata secondo la scala di bisogni definita e tentiamo una prima parziale comparazione con i dati amministrativi relativi agli attuali percettori di Indennità di Accompagnamento.

Il capitolo è strutturato come segue. La Sezione 1 fornisce una panoramica delle scale di disabilità comunemente utilizzate nella letteratura e nella pratica. Questo ci permette di introdurre (nella Sezione 2) cinque differenti indici che saranno utilizzati per misurare la NA tra le persone anziane ai margini intensivo ed estensivo. Una sottosezione specifica è quindi dedicata alla presentazione della scala di bisogni LTC (c.d. "Scala NA"), una misura multidimensionale che approssima quella prefigurata a livello nazionale dalla legge 23 marzo 2023 e qui specificamente disegnata per studiare il fenomeno della perdita di autonomia e la sua incidenza tra la popolazione italiana. Nella Sezione 3 quantifichiamo in



termini assoluti e relativi il numero di anziani non autosufficienti in Italia. Le Sezioni 4 e 5 analizzano le questioni distributive fornendo alcune statistiche descrittive sulla distribuzione di NA anziani tra diversi gruppi socio-demografici in Italia (Sezione 4) e presentando i risultati di un modello econometrico volto a studiare il gradiente socio-demografico della NA (Sezione 5). Nella Sezione 6 misuriamo il livello di *overlapping* della distribuzione territoriale della Scala NA in termini comparativi rispetto alla distribuzione dell'Indennità di Accompagnamento. Infine, la Sezione 7 conclude. Una serie di appendici approfondiscono temi più tecnici, importanti nella definizione delle variabili in gioco fornendo anche analisi dettagliate su aspetti critici al dibattito di *policy*.

2. Non autosufficienza, disabilità e altri aspetti definitori

Il concetto di non-autosufficienza viene spesso confuso con quello, più generale, di disabilità o con quello ancora differente di fragilità. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per *non autosufficienza* si intende la condizione funzionale e sociale di chi, a causa di handicap di natura fisica, psichica, sensoriale o relazionale, è impossibilitato a svolgere autonomamente le attività essenziali della vita quotidiana e quindi richiede l'assistenza permanente e continuativa di un'altra persona. Diversamente, si definisce comunemente *disabile* una persona con una menomazione o minorazione psicologica, fisiologica o anatomica che ne limiti la capacità di agire (OMS, 2001). Questa limitazione ha come conseguenza uno svantaggio sociale, poiché causa ad esempio difficoltà relazionali, di integrazione e della capacità di espletare le "normali" mansioni del vivere quotidiano. La disabilità rappresenta pertanto un *prius* rispetto alla condizione di NA (chi è non autosufficiente è anche "disabile" in senso lato ma non è detto che chi è disabile sia anche un soggetto privo di autonomia nelle attività di tutti i giorni). La "fragilità" fa invece riferimento ad uno stato di instabilità e di rischio di perdita delle funzioni del vivere quotidiano. Il riferimento al concetto di fragilità è utile nello studio della condizione di NA dal momento che quest'ultima può essere efficacemente valutata in termini di rischio di decadimento fisico, sensoriale e cognitivo.² L'interpretazione della fragilità si è evoluta nel tempo con riferimento al profilo sanitario, assumendo una declinazione sempre più multidimensionale. Così, anche il fenomeno della perdita di autonomia va investigato analizzando molteplici determinanti che afferiscono alle differenti "sfere" del funzionamento umano.

² Esperti e ricercatori si riferiscono alla "fragilità" quando considerano la misurazione della disabilità, sin da quando tale concetto è stato, utilizzato per la prima volta nel 1974 da Charles Fahey, quando fu nominato direttore di una task force specifica sulla disabilità degli anziani dal Consiglio federale sull'invecchiamento (Maddox, 1987).



La letteratura internazionale ha posto spesso l'attenzione sulla questione della misurazione della disabilità e del bisogno di cura. Numerosi indicatori sono stati costruiti al fine di considerare lo stato di disabilità in maniera appropriata dal punto di vista delle dimensioni utilizzate, dell'affidabilità e della validità dello strumento. I metodi di gran lunga più utilizzati ad oggi sono quelli fondati sull'analisi della presenza e severità di limitazioni nelle *Activities of Daily Living* (ADL) ossia nello svolgimento di attività quotidiane di routine come mangiare, lavarsi, etc. (si veda Katz & al., 1963) e nelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) ossia nell'insieme di attività *strumentali* considerate importanti per condurre una vita indipendente nella società, ad esempio fare acquisti, preparare il cibo e gestire denaro (Lawton & Brody, 1969).³ Le scale che se ne derivano sono generalmente di tipo additivo (si sommano il numero delle difficoltà funzionali riportate) permettendo la valutazione dell'intensità (oltre che della presenza) del bisogno assistenziale di un individuo. La popolarità di questo tipo di indicatori è dovuta alla loro trasparenza e facile interpretabilità. Tuttavia, il limite di tale approccio è legato al rischio di dare lo stesso peso a limitazioni che inducono differente livello di autonomia o a dare ugual rilevanza ad attività, come la difficoltà a preparare i pasti, suscettibili a distorsioni di genere (Scheel-Hincke, Möller, Lindahl-Jacobsen, Jeune, & Ahrenfeldt, 2019). Alcuni ricercatori hanno provato a "ponderare" i vari profili analizzati sulla base di teorie, evidenze empiriche e pareri di esperti del settore (Barthel & W., 1965). In ogni caso, differenti giudizi (ad esempio relativi a diversi team di esperti) conducono a differenti pesi e di conseguenza a diverse valutazioni⁴.

Il progressivo riconoscimento che anche altre dimensioni della vita, oltre a quella fisica, hanno un impatto sulla condizione di salute complessiva ha contribuito alla crescita di un paradigma innovativo per la valutazione del bisogno di cura. Si tratta dell'approccio *bio-psico-sociale*. Esso fa perno su tre dimensioni principali: fisica, psicologica e sociale. In tale quadro, la condizione di non-autosufficienza è vista come un concetto integrato e multidimensionale.

L'utilizzo di un approccio multi-prospettico alla cura delle persone anziane e non autosufficienti è raccomandato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha stilato la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF). A questo riguardo è interessante notare che le politiche pubbliche a favore della NA in Italia sono principalmente rivolte a chi, in linea con le direttive dell'OMS, è alle prese con limitazioni motorie, deterioramento sensoriale e cognitivo (c.d. menomazioni funzionali) e/o

³La letteratura mostra come la valutazione delle IADL risulta più sensibile ai primi segnali di decadimento cognitivo. Il punteggio nelle ADL attesta invece il livello di dipendenza dal punto di vista fisico (Boyle, Cohen, Paul, Moser, & Gordon, 2002; Cahn-Weiner, et al., 2007) e infatti spesso il declino dell'autonomia nello svolgimento delle ADL si registra solo in stadi avanzati della demenza (Cahn-Weiner, et al., 2007; West, Mc Cue, & Golden, 2012).

⁴ In Italia esistono ben diciannove diversi strumenti per la valutazione multidimensionale della NA. <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2019/03/la-valutazione-della-non-autosufficienza/>



con difficoltà nel compiere le attività necessarie e strumentali della vita quotidiana (ovvero ADL e IADL).

3. La condizione di Non Autosufficienza tra gli anziani in Italia

In questo paragrafo forniamo alcune stime del fenomeno della NA in Italia. In particolare, confrontiamo le stime di questo fenomeno ottenute attraverso definizioni coerenti con l'impostazione più tradizionale dell'Istat, con due metodologie alternative, una proveniente da un'impresa assicurativa che opera nel mercato delle polizze LTC e una più vicina allo spirito della riforma. Complessivamente avremo quindi 5 differenti indicatori per la misura del fenomeno della non autosufficienza. Il seguente specchietto ne offre una prima ed essenziale panoramica.

Indicatore	Focus dell'analisi
ISTAT 1	Limitazioni motorie, cognitive e sensoriali
ISTAT 2	Difficoltà nelle attività essenziali della vita quotidiana
ISTAT 3	Difficoltà nelle attività di cura della propria salute e della casa
Generali	Difficoltà motorie, nella vita di tutti i giorni e problemi di incontinenza
Scala NA	Difficoltà attinenti a molteplici ambiti del funzionamento umano (es. malattie croniche, cecità, difficoltà nella routine quotidiana...)

Nel seguito del paragrafo discutiamo le condizioni in base alle quali gli indicatori definiscono un soggetto come non autosufficiente e passiamo poi ad una stima empirica del fenomeno. Da questo punto di vista il processo di costruzione degli indicatori è realizzato sulla base dei dati raccolti nell'Indagine Europea sulla Salute [EHIS] – sviluppata da ISTAT in collaborazione e sotto l'egida di Eurostat. EHIS ha l'obiettivo di comparare le situazioni dei diversi Paesi riguardo ai principali aspetti della salute e all'uso di servizi sanitari da parte della popolazione. Il campione italiano dell'ultima rilevazione disponibile – il 2019 – è



composto da circa 23,000 famiglie (circa 46 mila individui) residenti in 840 Comuni di diversa ampiezza demografica. Nell'ambito di questo studio utilizziamo il questionario individuale. Oltre ad una serie di informazioni sociali e demografiche, esso contiene domande sulla condizione di salute personale dei soggetti intervistati. Per una descrizione più approfondita del questionario EHIS, rimandiamo all'Appendice A. In termini generali gli aspetti rilevanti per l'individuazione della NA nei 5 indicatori che abbiamo scelto sono relativi a differenti combinazioni delle condizioni individuali riportate nella Tabella 5.

Tabella 5 Condizioni individuali utilizzate per la costruzione degli indicatori di non autosufficienza

Condizione individuale	Specifiche della condizione
<u>a.</u> menomazioni funzionali	6 azioni riferite (a due a due) a tre ambiti (motorio, sensoriale e cognitivo), che comportano: incapacità di camminare per 500 metri o di salire le scale; sordità o cecità; incapacità di concentrarsi su qualcosa o di ricordare
<u>b.</u> attività della vita quotidiana (ADL)	le seguenti 5 azioni: mangiare, fare il bagno o la doccia, utilizzare i servizi igienici, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi
<u>c.</u> attività strumentali della vita quotidiana (IADL)	le seguenti 7 azioni: cucinare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, svolgere le attività domestiche semplici, assumere medicinali, svolgere saltuariamente attività domestiche gravose, gestire le proprie risorse economiche e le normali attività amministrative
<u>d.</u> incontinenza urinaria	
<u>e.</u> patologie croniche	Parkinson, Insufficienza renale, Cancro, Bronchite, Ictus, Alzheimer.

Il questionario EHIS contiene domande per ciascuna delle possibili difficoltà o problemi di salute del soggetto intervistato. Le domande sulle difficoltà nelle azioni ricorrenti, ovvero quelle contenute in *a*, *b*, *c* prevedono quattro risposte con differente punteggio: *nessuna difficoltà* (punteggio 1), *qualche difficoltà* (2), *più difficoltà* (3), *non sono in grado* (4). Le domande sulle malattie (*d*, *e*) contemplano invece solamente la risposta *sì* o *no*. EHIS offre quindi al



ricercatore la possibilità di confrontare differenti definizioni di NA e di accogliere le istanze relative alla posizione che sostiene la multidimensionalità del fenomeno della non autosufficienza.

Le prime tre misure [ISTAT 1, 2 e 3] sono coerenti con quelle definite nell'ultimo rapporto ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia (ISTAT, 2021). Il primo metodo di identificazione [ISTAT 1] tratta come non autosufficienti tutte le persone che soffrono di una o più menomazioni funzionali, ovvero dichiarano un livello di gravità pari a 3 o 4, su una scala da 1 a 4 nelle condizioni della lettera a) della tabella 1. Questo metodo di identificazione della disabilità è coerente con la definizione di non-autosufficienza data dall'OMS, la quale riconosce come non autosufficienti coloro i quali hanno ridotte capacità funzionali al punto tale da essere impossibilitati a condurre una vita in modo considerato "normale". Si noti che, per la prima volta, ISTAT considera anche dei fattori relativi alla sfera cognitiva, rendendo così la misura sensibile a fenomeni come la sistematica perdita di memoria o di concentrazione⁵.

La seconda misura [ISTAT 2] definisce come NA una persona che dichiara gravi difficoltà (livello 3 o 4) nello svolgere almeno una normale attività della vita quotidiana (ADL), senza l'assistenza di un'altra persona⁶. Ci riferiamo qui alle condizioni della lettera b) della tabella 1

L'indice [ISTAT 3] definisce come NA una persona che dichiara gravi difficoltà (livelli 3 o 4 in EHIS) nello svolgere almeno una attività strumentale della vita quotidiana (IADL).⁷ In questo caso il riferimento è alle condizioni di cui alla lettera c) della tabella 1.

In questo lavoro replichiamo sui dati EHIS le scale utilizzate dall'ISTAT per tre motivi principali:

- Le definizioni ISTAT sono importanti perché vengono utilizzate nel dibattito di *policy* relativo alla misurazione della non autosufficienza in Italia e in Europa. Esse infatti possono essere utilizzate per comparazioni nel tempo e nello spazio del fenomeno oggetto di analisi di questo studio. Sotto il profilo finanziario infine costituiscono una base di dati importante per valutare i costi di differenti configurazioni di trasferimenti pubblici a favore della popolazione NA.
- Due delle misure ISTAT inoltre utilizzano gli indicatori ADL e IADL per misurare il fenomeno della NA coerentemente con quanto fa la letteratura internazionale che si occupa di queste tematiche.

⁵ Vedi a proposito la presenza di una domanda relativa alla capacità di ricordare nella definizione a) del paragrafo precedente.

⁶ Si tratta di una versione ristretta dell'indice di Katz, comunemente utilizzato per la definizione di qualsiasi misura di disabilità, che si focalizza sugli effetti di quanto analizzato dall'indicatore "Istat 1".

⁷ Questa misura si ispira alla scala costruita nel 1969 da Lawton e Brody ed è utilizzata soprattutto in contesti geriatrici.



- Replicando le misure ISTAT e comparandole con altre misure riusciamo a identificare alcuni dei loro limiti teorici ed empirici nella definizione e quantificazione completa di un fenomeno articolato come quello della NA.
-

Il quarto indice si ispira a quello utilizzato da una nota compagnia assicurativa italiana [*Generali*] con riferimento alla propria polizza sanitaria denominata “*Lunga Vita Long Term Care*”. L'evento assicurato è infatti la perdita di autonomia, che viene guardata con riferimento a sei dimensioni: la capacità di fare il bagno/doccia; vestirsi e spogliarsi; utilizzare i servizi igienici; alzarsi e camminare; controllare le funzioni urinarie; riuscire a mangiare e bere autonomamente. Tale indice si focalizza principalmente sugli aspetti b) e d) evidenziati dalla tabella 1. A ciascuna di queste dimensioni un soggetto esterno (il medico di famiglia) assegna il punteggio di 0, 5 o 10 a seconda del grado di autonomia di cui il soggetto gode (rispettivamente alto, medio, basso). L'assicurato che totalizza almeno 40 punti su 60 – e quindi perde completamente almeno due di queste capacità fisiologiche – riceverà un assegno vitalizio il cui importo è rapportato al pacchetto assicurativo sottoscritto⁸.

La quinta misura [*Scala NA*] fa riferimento all'analisi multidimensionale del bisogno condotta da specifiche équipes coinvolte dai sistemi sanitari e sociali in alcuni territori, come la Germania o le Province Autonome di Trento e Bolzano. Sull'esempio di queste *buone pratiche* per la valutazione del bisogno assistenziale, abbiamo elaborato la misura utilizzata in questo lavoro (in collaborazione con Fabrizio Giunco, medico esperto in cure palliative e ricercatore in ambito di politiche sociali e socio-sanitarie collegate alla vecchiaia e alla progettazione dei servizi). Essa si basa sull'idea che per selezionare il gruppo che beneficia dei trasferimenti si deve tener conto di altri fattori oltre alle ADL e ai limiti funzionali. Come dettagliato nella Sezione successiva, le condizioni valutate dalla Scala NA sono quelle richiamate ai punti a) – tranne che per le menomazioni cognitive – b), c), ed e) della tabella 1. Vengono infatti considerati non autosufficienti i soggetti affetti alternativamente (o congiuntamente) da Alzheimer, cecità, difficoltà molto gravi nelle ADL, e le persone con gravi problemi motori o multicronicità associati a limitazioni nelle attività essenziali della vita quotidiana. Da questo punto di vista l'indice NA fornisce una descrizione più accurata del fenomeno oggetto di indagine ed è a nostro parere preferibile rispetto agli indici Istat che si limitano a considerare una sola delle dimensioni (es. ADL o IADL).

⁸ La simulazione del criterio di Generali sui dati EHIS ha condotto alla valutazione di una *proxy* del criterio effettivamente utilizzato dalla compagnia assicurativa [si veda l'Appendice B per ulteriori informazioni]. Esistono infatti delle naturali divergenze tra le domande poste da Generali e quelle presenti nel questionario EHIS che hanno richiesto l'adozione di alcune assunzioni discrezionali al fine di affinare la corrispondenza tra le due.



3.1 Un focus sulla scala di non autosufficienza (Scala NA)

La Scala di Non-Autosufficienza di nostra elaborazione (d'ora in avanti, *Scala NA*) è una misura multidimensionale disegnata per studiare il fenomeno della perdita di autonomia e la sua incidenza sulla popolazione italiana. La Scala NA è stata costruita considerando cinque dimensioni principali: mobilità, difficoltà sensoriali e comunicative, limitazioni nella vita quotidiana, bisogno di supporto nello svolgimento di attività domestiche (cosiddette ADL strumentali, o IADL), presenza di malattie croniche e patologie gravi. La definizione della Scala NA richiede i seguenti passaggi:

- a) Si sommano i punteggi nelle 5 ADL. Utilizzando la classificazione a 4 livelli ne segue che ogni individuo totalizza un punteggio compreso tra 5 (nessun problema in ogni ADL) a 20 (molti problemi in tutte le ADL)
- b) Si aggiungono 4 punti per coloro che dichiarano di essere affetti da Alzheimer
- c) Si aggiungono ulteriori 4 punti se la persona affetta da Alzheimer dichiara anche di essere impossibilitata⁹ a compiere almeno 3 attività strumentali della vita quotidiana (IADL)
- d) Si aggiungono 3 punti a chi ha *molte difficoltà* nel vedere da lontano con o senza occhiali/lenti a contatto e 4 a chi dichiara di *non essere in grado* di compiere la suddetta azione
- e) Si aggiungono 3 punti a chi ha *molte difficoltà* nel sentire cosa viene detto in una conversazione in una stanza NON rumorosa, anche con l'ausilio di apparecchi acustici e 4 a chi dichiara di *non essere in grado* di compiere la suddetta azione.

A questo punto ad ogni soggetto sarà associato univocamente un "punteggio" che può variare da un valore minimo di 5 (nessun problema riportato) ad uno massimo di 36 (massima limitazione funzionale). In questo modo definiamo una scala di intensità del fenomeno della non autosufficienza. Per ovviare al riconoscimento della condizione di NA ad individui con basso livello assistenziale aggiungiamo due ulteriori criteri restrittivi:

- il soggetto presenti gravissime difficoltà nel camminare o nel salire le scale o altra ADL gravissima; ovvero tre o più malattie croniche o gravi patologie; ovvero sia affetto da cecità, sordità o Alzheimer.
- Abbia un punteggio nella scala NA pari o superiore a 9.

In questo modo, restringiamo la platea di NA agli individui affetti alternativamente (o congiuntamente) da Alzheimer, cecità, difficoltà molto gravi nelle ADL, e le persone con

⁹ Livello 4 in EHIS



gravi problemi motori o multicronicità associati a limitazioni nelle attività essenziali della vita quotidiana.

4. Il monitoraggio della NA tra gli anziani in Italia

La Tabella 6 sintetizza i risultati del monitoraggio effettuato sui dati EHIS per le cinque definizioni di NA. Per ognuna di esse riportiamo il numero¹⁰ di anziani non autosufficienti e la quota di popolazione NA tra gli over 65. Si noti che, per quanto riguarda la Scala NA, abbiamo considerato non autosufficienti tutti gli individui che rispettano le condizioni di cui sopra.

Nell'ultima riga della Tabella, per completezza ed a fini comparativi, riportiamo il numero di percettori dell'*Indennità di Accompagnamento* (IdA d'ora in avanti) secondo le informazioni riportate dall'Osservatorio INPS¹¹. IdA, come noto, è un'indennità assegnata a persone totalmente invalide (100%) – a causa di menomazioni fisiche o cognitive – e non in grado di deambulare autonomamente o di svolgere le attività della vita quotidiana. A differenza del dato EHIS, quello istituzionale include i non-autosufficienti (percettori di IdA) residenti stabilmente in strutture residenziali. Pertanto, al fine di confrontare adeguatamente il risultato derivante da EHIS con quello presentato da INPS è necessario considerare il medesimo sottogruppo di trattamento. Per questo motivo, il dato relativo a IdA è riportato in due versioni. Il primo numero riporta la somma di percettori di IdA così come presente nei dati INPS. Confrontare direttamente questo valore con quelli sopra riportati in Tabella avrebbe senso solo se ipotizzassimo (molto irrealisticamente) che nessuno degli ospiti dei presidi residenziali percepisce l'IdA¹². Il secondo numero rappresenta invece l'ipotesi per cui tutti i residenti in case di cura ricevono l'IdA. In questo caso, al fine di uniformare la popolazione di riferimento INPS a quella di EHIS (ovvero NA non residenti permanentemente in case di cura), occorre depurare dalla platea dei beneficiari IdA il numero di beneficiari che sono ospiti dei presidi socio-assistenziali. Secondo le stime ISTAT¹³, il numero totale di ospiti dei presidi socio-assistenziali nel 2019 erano 293.130. Sfortunatamente, non sono disponibili informazioni sulla quota di ospiti che percepiscono l'IdA.

¹⁰ Il numero assoluto riportato in tabella è ottenuto moltiplicando la numerosità campionaria per i pesi di riporto alla popolazione italiana contenuti nell'indagine.

¹¹ [Osservatori Statistiche \(INPS.it\)](https://www.inps.it)

¹² Questa ipotesi risulta più ragionevole se consideriamo che alcuni ospiti sono a completo carico del SSN e di conseguenza non beneficiano del trasferimento IdA.

¹³ [Pensioni \(istat.it\)](https://www.istat.it)



Tabella 6 Schema di sintesi dei cinque metodi di valutazione della NA

Metodo di valutazione	Caratteristiche	Numero di over65 non autosufficienti*	% nella popolazione di riferimento
1. ISTAT 1	Persone con almeno una grave ⁽¹⁾ compromissione funzionale (nella sfera sensoriale, cognitiva o motoria)	3.863.500	28,5%
2. ISTAT 2	Individui con gravi ⁽¹⁾ difficoltà in almeno un ADL	1.440.800	10,6%
3. ISTAT 3	Persone con almeno una difficoltà grave ⁽¹⁾ nelle IADL	3.764.300	27,7%
4. Generali	Persone con un punteggio di 40/60 nella scala di Generali , che considera gravi problemi legati alla mobilità, alle ADL e all'incontinenza urinaria	1.224.500	9%
5. Scala NA	Persone che ottengono un punteggio di almeno 9 su 36 nella scala di bisogno costruita considerando ADL, IADL, patologie croniche, cecità, sordità e disabilità motorie	1.373.000	10,1%
Indennità di Accompagnamento	Persone con disabilità al 100% impossibilitate a camminare o a svolgere le attività domestiche e quotidiane senza alcun aiuto	1.411.802 ⁽²⁾	10,3%



- (1) Molte difficoltà o completa incapacità nello svolgimento delle attività.
(2) Beneficiari di Ida residenti presso il domicilio e in strutture residenziali.

NOTA: Ns. elaborazioni su dati EHIS e INPS¹⁴. Totali arrotondati al centinaio.

I dati presentati nella Tabella 6 consentono un primo, parziale, commento al fenomeno della NA in Italia. L'aspetto che ci pare più significativo è l'estrema variabilità del risultato relativo al numero dei NA nelle 5 definizioni richiamate. Tali differenze nascono dall'uso di criteri diversi e da utilizzi diversi dei diversi indici. In questo senso è interessante notare come, allo stato attuale, le definizioni 2, 4 e 5 producono un numero stimato di NA molto simile e comparabile con l'attuale numero di percettori dell'indennità di accompagnamento, la forma di trasferimento monetario di gran lunga più importante tra quelle erogate dal settore pubblico per la cura dei NA in Italia.

A completamento dell'analisi presentata nella precedente tabella, riportiamo una serie di comparazioni tra la stima della condizione di non autosufficienza (tra gli over 65) effettuata utilizzando la Scala NA e quella rilevata con i restanti indicatori.

Tabella 7 Analogie e differenze tra le rilevazioni di NA secondo la Scala NA e gli altri indicatori adoperati, popolazione over65

	ISTAT 1		ISTAT 2		ISTAT 3		GENERALI		<i>Totale</i>
	Non NA	NA	Non NA	NA	Non NA	NA	Non NA	NA	
Non NA	9.629	2.574	11.866	337	9.673	2.530	11.994	209	12.203
NA	83	1.290	269	1.104	138	1.235	357	1.016	1.373
<i>Totale</i>	9.712	3.864	12.135	1.441	9.811	3.764	12.351	1.225	13.576

Nota: Valori in migliaia

¹⁴ [Osservatori Statistiche \(INPS.it\)](https://www.istat.it/it/osservatori)



La Tabella 7 consente di riconoscere le eventuali “simmetrie” presenti tra la Scala NA e gli altri indicatori analizzati nel presente paragrafo. In particolare, è possibile notare come la distanza tra le stime prodotte dai criteri ISTAT 1 e ISTAT 3, da un lato, e dalla Scala NA, dall’altro, sia accompagnata da una sostanziale “sovrastima” dei NA nel primo caso: il 67% dei NA secondo i primi due criteri non è considerato altrettanto “fragile” dalla Scala NA; al contrario, circa l’1% degli anziani *autosufficienti* (“Non NA”) secondo i criteri ISTAT 1 e 3 non lo è secondo la Scala NA. L’aderenza tra gli altri due criteri – ovvero ISTAT 2 e Generali – e la Scala NA è ben più marcata: circa l’80% dei NA secondo i primi due indici risulta NA anche utilizzando il criterio della Scala NA. Sebbene il numero assoluto di NA individuato dalle ultime tre misure sia simile, la composizione della platea di anziani bisognosi di cura cambia in base al criterio adottato. L’indice Generali, ad esempio, considera l’incontinenza urinaria (diversamente da Scala NA) ma non fattori specificatamente considerati dalla Scala NA quali la cecità, sordità, multi-cronicità e Alzheimer e presenza di limitazioni nelle IADL. La differenza tra ISTAT 2 e Scala NA risiede invece nel fatto che il primo metodo valuta come non autosufficiente anche chi soffre di una “sola” grave limitazione ADL (punteggio 3).

5. Le condizioni socio-demografiche degli anziani NA

Per capire le implicazioni delle diverse metodologie di valutazione analizzate sul numero e la composizione dei NA e cominciare a dare una risposta alle questioni evidenziate alla fine del paragrafo precedente, è utile studiare la distribuzione della popolazione dei NA – così come viene definita da ognuna delle cinque strategie – rispetto ad alcune variabili socio-demografiche contenute nel campione della popolazione utilizzato in questo studio.

5.1 L’analisi descrittiva

La Figura 1 illustra congiuntamente i risultati. Nella figura mostriamo, per le 5 definizioni alternative di NA, la composizione della popolazione in relazione ad un insieme di caratteristiche socio-demografiche. Queste sono il genere, l’età, il luogo di residenza, il livello di istruzione e lo stato civile. In generale le 5 definizioni restituiscono una fotografia del fenomeno della NA in Italia in parte già noto. La condizione di NA è associata maggiormente al genere femminile, a bassi livelli di istruzione, ad età elevate ed a una condizione di vedovanza. La



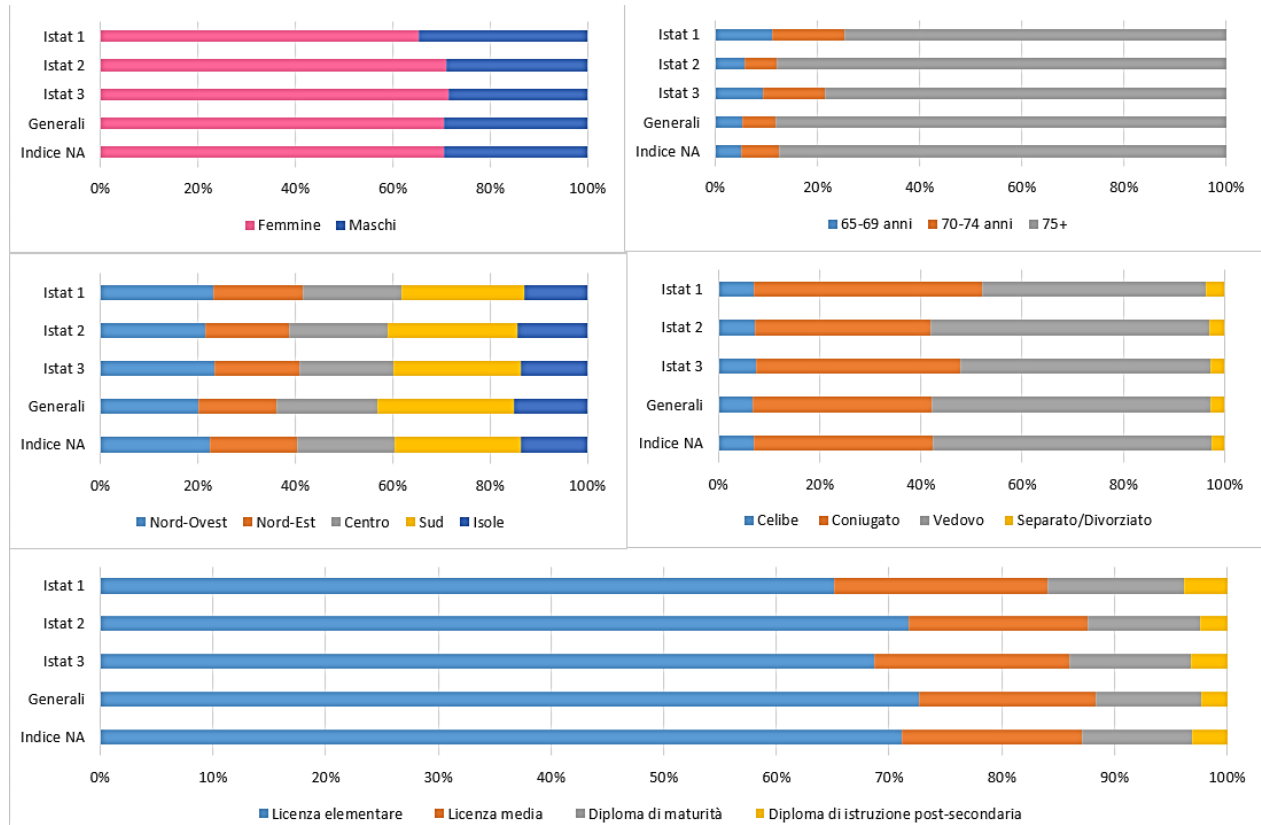
condizione di non autosufficienza è presente più frequentemente nelle donne che negli uomini¹⁵. Le singole definizioni di NA non sembrano proporre variazioni significative rispetto a questo gradiente ad eccezione di ISTAT 1 dove le donne sono presenti in percentuale minore rispetto a tutte le altre definizioni. Per quanto riguarda la composizione per età, i soggetti con più di 75 anni risultano sempre la quota maggioritaria¹⁶. Questa maggiore incidenza è più accentuata nelle definizioni di NA più restrittive, ovvero quelle in cui il numero complessivo di NA è più basso. Per quanto riguarda le variabili restanti, non ci sono grandi differenze tra le definizioni di NA. Il fenomeno della NA, a prescindere dal metodo di identificazione utilizzato, è maggiormente diffuso nella popolazione over65 che risiede al Sud. Gli anziani non autosufficienti sono per lo più persone sole (43%) o in coabitazione con un figlio e la sua famiglia (57%), per decesso del partner, separazione, scelta di vita. Anche sotto il profilo del livello di istruzione, la maggiore incidenza di NA tra i soggetti con bassi livelli di scolarità trova conferma, seppure in maniera differenziata, in tutte le 5 definizioni di NA. Inoltre notiamo che gli indici ISTAT 1 e ISTAT 3 hanno un andamento molto simile. C'è però un'eccezione: nella distribuzione sulla variabile di genere ISTAT 1 mostra un'incidenza dei casi più equilibrata tra maschi e femmine rispetto agli altri indici¹⁷; tale risultato è da ricondurre al diverso insieme di variabili utilizzate per definire il primo indice (menomazioni anziché difficoltà nella vita quotidiana). Le stime ISTAT 1 e ISTAT 3 individuano persone NA mediamente più giovani, più istruite e meno *sole* rispetto agli altri strumenti di valutazione, confermando quindi il loro effetto più inclusivo anche rispetto alle categorie più abbienti.

¹⁵Diversi studi hanno dimostrato che, nella popolazione anziana, le donne tendono a riportare tassi significativamente più elevati di difficoltà funzionali rispetto agli uomini a parità di altre caratteristiche (Rahman & Liu, 2000); (Crimmins & al., 2011). Alcuni ricercatori hanno attribuito questo apparente svantaggio funzionale femminile alla maggiore prevalenza reale di condizioni non fatali ma invalidanti come l'artrite e l'osteoporosi (Wingard, 1984); (Verbrugge & Wingard, Sex differentials in health and mortality, 1987). Altri hanno scoperto che, anche controllando le condizioni croniche, le donne riportano ancora livelli medi più elevati di disabilità funzionale. Ciò potrebbe essere dovuto a una maggiore propensione delle donne a segnalare problemi di salute rispetto agli uomini con lo stesso stato di salute di base (Verbrugge, 1980); (Hibbard & Pope, 1983), o a una maggiore sensibilità ai sintomi a causa di aspettative sociali ed esperienze di vita specifiche per genere (Verbrugge & Wingard, Sex differentials in health and mortality, 1987) o alla specificità del compito se le donne sono più impegnate degli uomini in compiti domestici che richiedono azioni come piegarsi e sollevarsi. (Hancock, Morciano, Pudney, & Zantomio, 2014)

¹⁶ ¹⁶ Tuttavia, tale risultato è in parte l'effetto dell'ampiezza della classe di età 75+, molto maggiore di quella delle altre due categorie.

¹⁷Ciò può essere dovuto al fatto che è probabile che le menomazioni sensoriali colpiscano maggiormente la popolazione maschile (Armstrong, et al., 2021). Infatti, sebbene tale prevalenza sia sovracompensata dalla maggiore aspettativa di vita delle donne, il sex gap è minore di quanto si verifica rispetto ad altri fattori di disabilità (es. mobilità, limitazioni cognitive, ADL, IADL).

Figura 1 Distribuzione di alcune variabili socio-demografiche tra i “NA” (secondo i 5 indici sopraelencati), popolazione over65

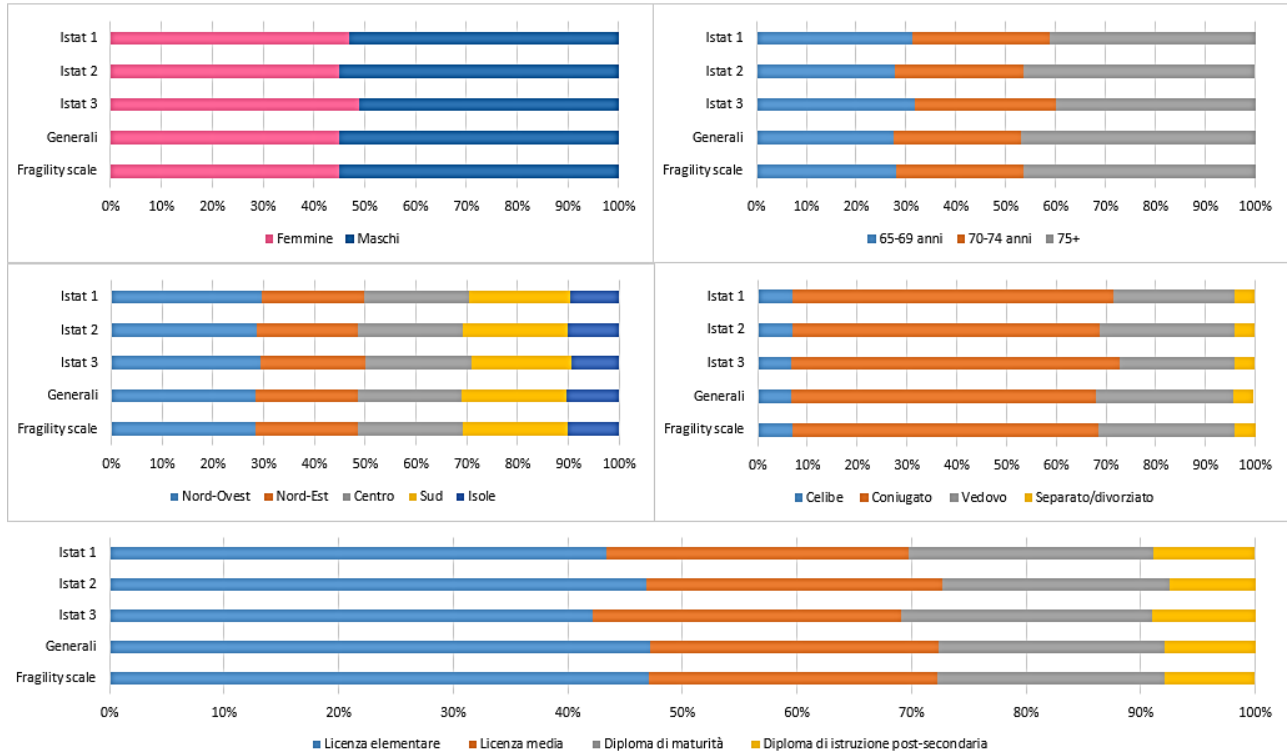


NOTA: Ns. elaborazioni su dati EHIS

Come termine comparativo, nella Figura 2 mostriamo la distribuzione degli stessi caratteri socio-demografici finora analizzati tra gli over65 che non versano in una condizione di non-autosufficienza (“non NA”). Lo stato di *autosufficienza* è definito utilizzando – specularmente rispetto a prima – ciascuno dei 5 indicatori sopra definiti. Tale dato complementare conferma le precedenti evidenze e offre ulteriori spunti di riflessione. Prima di tutto, un anziano autonomo è probabilmente un maschio (più del 50% risulta non NA), risulta più giovane di un non autosufficiente tipo (è under-75 in più della metà dei casi) e vive più probabilmente con il coniuge (oltre il 60%, rispetto al 35% degli sposati tra i NA). Riguardo alle altre due variabili le differenze tra la popolazione NA e non NA sono meno marcate ma attestano per i secondi (a) un livello di istruzione mediamente più alto, il 30% dei non NA ha almeno il diploma di maturità mentre poco più del 10% tra i NA lo ha conseguito, e (b) una distribuzione geografica più concentrata nelle regioni settentrionali del Paese. L’analisi econometrica che segue permette una analisi più dettagliata dei differenziali tra la popolazione NA e non NA.



Figura 2 Distribuzione di alcune variabili socio-demografiche tra i “non NA” (secondo i 5 indici sopraelencati), popolazione over65



NOTA: Ns. elaborazioni su dati EHIS

5.2 Analisi tramite un modello di regressione

Le statistiche descrittive del paragrafo 5 forniscono indicazioni interessanti sulle caratteristiche socio-demografiche degli anziani NA in Italia. Nel presente paragrafo espandiamo questa linea di ricerca con l’ausilio di tecniche econometriche. La Tabella 8 illustra i risultati di modelli di regressione OLS multiplo in cui studiamo la relazione insistente tra la condizione di non autosufficienza negli anziani valutata secondo i diversi metodi spiegati nella seconda Sezione e alcune variabili socio-demografiche presenti in EHIS. In particolare, prendiamo in considerazione quali variabili indipendenti (o di controllo) le stesse variabili utilizzate per l’analisi descrittiva: il genere, la classe di età, l’area geografica, il livello di istruzione raggiunto e lo stato civile.

I vantaggi dell’analisi econometrica proposta sono molteplici. In primo luogo, essa permette di studiare congiuntamente la direzione, la magnitudine e la *significatività* delle relazioni dello stato di NA con le variabili di controllo. Questa analisi consente infatti di quantificare di quanto in media aumenta o diminuisce la probabilità di osservare la condizione di NA a seguito di una



variazione di una delle variabili indipendenti inserite nel modello (ad esempio, il genere o l'età), *indipendentemente* dal valore assunto dalle altre variabili di controllo. Il vantaggio è quindi evidente: si può valutare, a parità di altre condizioni, l'effetto dell'età sulla condizione di NA tenendo sotto controllo il fatto che, ad esempio, le donne vivono in media di più degli uomini. Altro esempio potrebbe essere quello relativo alla valutazione della condizione di vedovanza sulla NA. L'essere vedova/o può esercitare un effetto diretto sulla condizione di NA e effetti indiretti dovuti al fatto che la vedovanza è legata all'età, al genere e via dicendo.

I coefficienti in Tabella 8 indicano quindi la magnitudine della relazione tra la variabile dipendente e il fattore socio-demografico indagato mentre gli asterischi indicano il livello di significatività delle relazioni: tre asterischi indicano una relazione tra la variabile dipendente e il fattore socio-demografico altamente significativa in senso statistico; nessun asterisco indica nessuna relazione significativa dal punto di vista statistico.

La lettura dei coefficienti per colonna permette di comprendere il gradiente socio-demografico della condizione di NA in base al metodo di valutazione utilizzato. Da una lettura per riga invece è possibile valutare la maggiore o minore probabilità di osservare la condizione di NA come misurata da una determinata scala rispetto ad un'altra, analizzando quindi in maniera più compiuta il grado di corrispondenza tra le varie scale rispetto alle caratteristiche socio-demografiche oggetto di analisi.

Dai risultati della regressione notiamo come *il genere* sia una caratteristica altamente significativa nello spiegare il fenomeno della NA in Italia, indipendentemente dalla scala utilizzata. In altri termini, le donne hanno maggiori probabilità di essere NA rispetto agli uomini. Notiamo però che la magnitudine della relazione NA-genere varia a seconda dell'indice di NA utilizzato. Secondo ISTAT 3, a parità di altre condizioni, le donne hanno una probabilità di essere NA che è del 9.6% più alta rispetto agli uomini. L'indicatore Generali mostra invece una relazione meno marcata – le donne hanno una probabilità di essere NA che è solo dell'1.8% più alta rispetto agli uomini, segnalando che alcuni indicatori omessi da questa scala sono meno suscettibili al *gender bias* (ad esempio le *difficoltà a fare la spesa o a cucinare*, attività più frequentemente svolte dalle donne, esclusa dall'indice Generali). Le relazioni NA-genere stimate utilizzando gli altri indicatori di NA si collocano tra questi due valori estremi. Interessante notare come Scala NA e ISTAT 2 hanno coefficienti molto simili, di poco più alti del valore stimato utilizzando l'indice Generali.

Come evidenziato anche dall'analisi descrittiva, la probabilità di NA aumenta significativamente e in maniera non lineare con l'età. Anche in questo caso è interessante notare come il gradiente della NA per età differisce significativamente a seconda dell'indicatore utilizzato. ISTAT 1 mostra come gli individui di età compresa tra 70 e 74 hanno una probabilità di presentare una condizione di NA che è significativamente superiore del 2.3% a quella degli



individui di classe 65-69. Considerando gli altri indicatori, notiamo invece differenze non statisticamente significative tra queste due classi di età. Appare quindi chiaro come il fenomeno della NA sia particolarmente concentrato tra gli individui di 75 anni e più: a parità di altre condizioni, un over 75 ha il 25% di probabilità in più di un individuo della classe di età 65-69 di essere NA seguendo il criterio ISTAT 3 – un valore molto simile a quello stimato seguendo il criterio ISTAT 1. Gli altri indicatori forniscono una probabilità inferiore, pari al 10-13%.

Anche l'area geografica di residenza sembra rappresentare un fattore importante, a parità delle altre variabili socio-demografiche. La probabilità di incorrere in una condizione di NA riguarda, in ordine crescente di incidenza, più i residenti del Centro, Sud e delle Isole Maggiori rispetto ai soggetti che vivono nel Nord Italia. Le differenze tra probabilità di diventare disabili nel Nord-Est e Nord-Ovest non risultano essere statisticamente significative utilizzando quattro dei cinque indicatori descritti. Seguendo il criterio ISTAT 1, un residente nel Nord-Est ha una probabilità più alta del 2.8% rispetto ad un individuo residente nel Nord-Ovest.

In linea con le aspettative, l'incidenza della disabilità negli anziani diminuisce al crescere del livello di istruzione conseguito. La magnitudine dell'effetto è più alta se si considerano ISTAT 1 e ISTAT 3. Seguendo questi criteri, la probabilità di osservare una condizione di NA è inferiore del 13% per un soggetto con diploma di scuola post-secondaria rispetto ad un individuo con nessuna o licenza elementare. Il gradiente stimato secondo le altre scale risulta invece meno marcato – la differenza nella probabilità è stimata nell'ordine di 6-7 punti percentuali.

La condizione di NA è legata significativamente allo stato civile, a prescindere dall'indicatore utilizzato. La condizione di NA è più diffusa i single e quelli in condizione di vedovanza, mentre è meno diffusa tra i coniugati. Rispetto ad un single, i coniugati hanno minore probabilità di essere NA del 6% se utilizziamo ISTAT 1 o ISTAT 3. Tale probabilità però si dimezza (3%) se adoperiamo le altre misure. Una persona vedova ha una probabilità di essere NA che è del 3-4% più alta di un single, indifferentemente dal criterio utilizzato per valutare la NA. I soggetti separati o divorziati hanno probabilità di NA tendenzialmente non dissimili dai single.



Tabella 8 I risultati delle stime econometriche sul gradiente socio-demografico della condizione di NA tra la popolazione over 65 per criterio di valutazione adottato

	Istat 1	Istat 2	Istat 3	Generali	Scala NA
Donne	0,041***	0,026***	0,096***	0,018***	0,019***
Classi di età (rispetto a classe 65-69)					
70-74 anni	0,023**	-0,003	0,016	-0,001	0,001
75 anni e più	0,234***	0,123***	0,251***	0,109***	0,122***
Ripartizione geografica di residenza (rispetto a Nord-Ovest)					
Nord-Est	0,028***	0,010	0,007	0,006	0,007
Centro	0,055***	0,026**	0,043***	0,029***	0,023***
Sud	0,099***	0,044***	0,107***	0,05***	0,038***
Isole	0,124***	0,065***	0,14***	0,068***	0,06***
Livello di istruzione (rispetto a Nessuna istruzione/Licenza elementare)					
Licenza media	-0,056***	-0,028***	-0,065***	-0,027***	-0,03***
Diploma di maturità	-0,093***	-0,039***	-0,097***	-0,04***	-0,042***
Diploma di istruzione post-secondaria	-0,133***	-0,061***	-0,128***	-0,057***	-0,055***



Stato civile (rispetto a Celibe/Nubile)

<i>Coniugato</i>	-0,057***	-0,038***	-0,081***	-0,026***	-0,034***
<i>Vedovo</i>	0,034**	0,039***	0,04***	0,04***	0,031***
<i>Divorziato o separato</i>	0,023	0,003	-0,038*	0,007	-0,006
Costante	0,105***	0,011	0,025	0,006	0,038***
R ²	0,13	0,093	0,18	0,083	0,086

Nota: Per completezza di esposizione, R2 misura la bontà della regressione. I valori ottenuti ci ricordano che l'insieme delle variabili di controllo non è esaustivo nel rilevare tutte le determinanti del fenomeno studiato. Tuttavia, il nostro esercizio valutativo conduce a risultati discreti, soprattutto per la specificazione ISTAT 3, che riesce a spiegare quasi il 20% della varianza della condizione di NA.

6. La distribuzione territoriale della NA ed un primo confronto con la distribuzione dell'Indennità di Accompagnamento (IdA)

Una delle questioni fondamentali che vengono trattate quando si parla di riforma dell'Indennità di Accompagnamento (IdA) è il differente tasso di copertura del trasferimento quando ci si sposta da una regione all'altra della Penisola. I dati infatti dimostrano che il ricorso all'IdA è maggiore nelle regioni del Sud per almeno 3 possibili ragioni: (1) lo stato generale di salute al Sud – a parità di altre condizioni – è peggiore che al Nord¹⁸, (2) una possibile eterogeneità del costo-opportunità di richiedere la prestazione e del modo in cui le commissioni territoriali IdA valutino il bisogno assistenziale (Gori, Morciano et al, 2019) (3) l'IdA rappresenta un trasferimento monetario che, seppure insufficiente, è surrogato ai servizi, che proprio nelle regioni meridionali scarseggiano maggiormente (Barbabella, Poli, Chiatti, Pelliccia, & Pesaresi, 2018).

La Figura 3 esplora la relazione tra la Scala NA e la regione di residenza (coincidente con il livello 2 della classificazione territoriale NUTS), mettendola a confronto con il corrispondente

¹⁸ Cfr. [Report-anziani-2019.pdf \(istat.it\)](#)



dato istituzionale ISTAT dei percettori di IdA riferito all'anno 2021¹⁹. Il grafico a sinistra mostra quindi la percentuale di percettori di IdA anziani calcolata sulla popolazione anziana residente in Italia al 1° gennaio 2021. Il grafico a destra evidenzia invece quali sono le Regioni in cui si registra una maggiore percentuale di over65 non autosufficienti secondo la Scala NA²⁰.

La Figura evidenzia una certa sovrapposizione. In altri termini, non evidenzia forti divergenze territoriali tra i *bisognosi di cura* e i *percettori di IdA* (non vi sono corrispondenze tra livelli molto alti di IdA e livelli bassi di NA o viceversa²¹). È però possibile apprezzare tre principali fenomeni: (1) le persone non autosufficienti sono concentrate soprattutto in Campania e Sardegna e l'incidenza di NA è mediamente alta al Sud, nelle Isole e nelle Regioni centro-orientali e più bassa al Nord; (2) la copertura di IdA è più consistente al Sud e in Umbria, seguono le Regioni centrali e le Isole, Piemonte, Valle d'Aosta e Trentino registrano invece tassi di copertura più bassi della media; (3) ci sono Regioni in cui prevale l'incidenza della NA su quella di IdA, e altre in cui accade il contrario. Riguardo a quest'ultimo punto, è possibile notare come non si generi una netta distinzione tra macro-aree. Tuttavia, i casi in cui l'Indennità di Accompagnamento sembra intercettare solo parzialmente il bisogno di cura sono concentrati al Nord, mentre in diverse Regioni del Centro e del Sud prevale la *peculiarità* opposta – con tassi di copertura IdA superiori al corrispondente *bisogno di cura* che fanno dedurre una possibile sopravvalutazione della NA. L'aderenza più netta tra la Scala NA e la copertura di IdA sembra si verifichi in aree molto diverse tra loro: come Lombardia e Sicilia, o Trento e Molise.

¹⁹ Qui utilizziamo il dato ISTAT poiché esso include il numero di percettori di IdA della regione Valle d'Aosta e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, assente nel dataset dell'Osservatorio Statistico INPS. Noi consideriamo il dato ISTAT più recente, riferito al 2021 (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCAR_PENSIONATI2#).

²⁰ La popolazione anziana di riferimento per il calcolo dell'incidenza di NA è quella EHIS pesata.

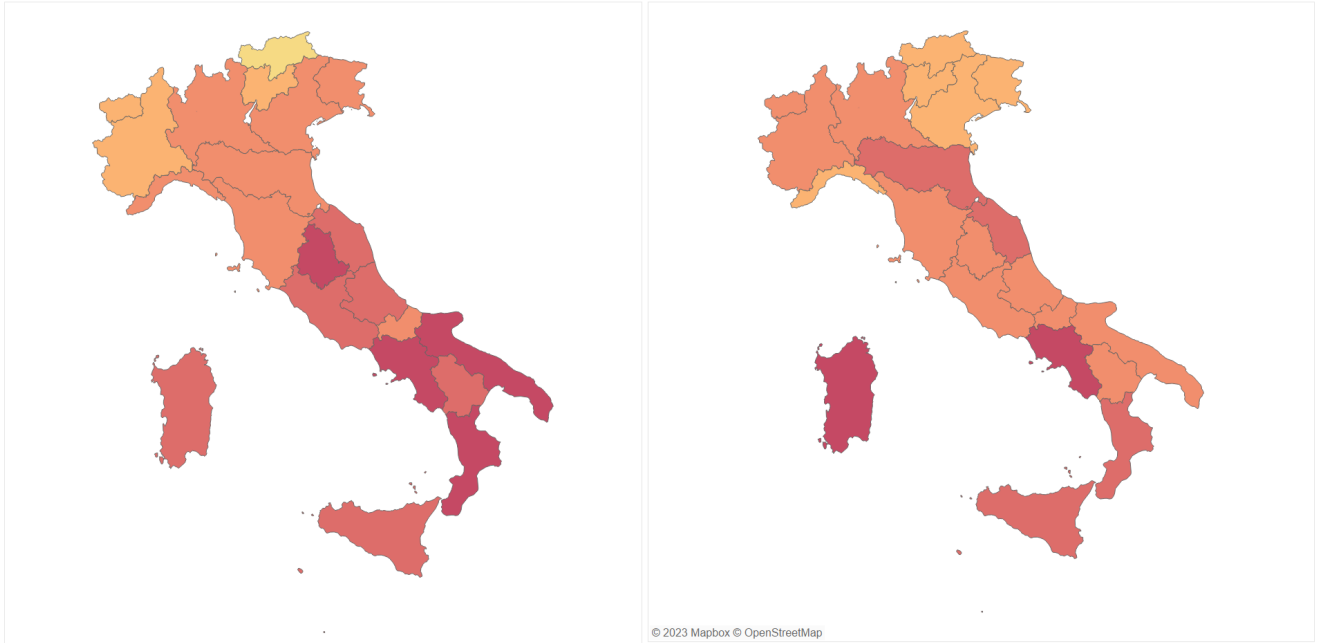
²¹ L'unica eccezione è rappresentata dalla regione Umbria, in cui un livello limitato di incidenza della NA è correlato ad un'elevata copertura dell'IdA. Questa circostanza sembra sia riconducibile all'utilizzo di IdA quale "antidoto" alla mancanza di servizi assistenziali (SAD e ADI), i cui tassi di copertura in Umbria sono infatti sostanzialmente inferiori alla media nazionale (tra il -30% e il -75%). (Barbabella, Poli, Chiatti, Pelliccia, & Pesaresi, 2018)



Figura 3 Percentuali di over65 NA e percettori di IdA su popolazione over65, per regione di residenza

% Percettori IdA over65 su popolazione over65

% NA over65 (secondo criterio "Scala NA") su popolazione over65



Nota Ns. elaborazioni su dati ISTAT ed EHIS



7. Considerazioni conclusive

Numerose ricerche hanno dimostrato che i dati forniti dalla valutazione del bisogno assistenziale consentono di progettare e attuare efficaci strategie di intervento finalizzate alla prevenzione e alla presa in cura delle persone (“*social caring*”) piuttosto che al solo trattamento ex-post (“*medical curing*”). Inoltre, lo screening del bisogno di cura è utile per preservare al massimo il benessere e l'autonomia delle persone anziane nell'analisi delle politiche pubbliche e di sue azioni di riforma. Nel sistema di long-term care italiano, considerato “di attesa” e frammentato (Longo & Maino, 2021), urge una misura sistematica del fenomeno della non-autosufficienza per il supporto all'azione di policy. Sulla quantificazione del numero di soggetti non autosufficienti in Italia, le informazioni disponibili risultano spesso carenti e poco articolate. Inoltre, la scelta selettiva di una batteria di indicatori rispetto ad altri più robusti ed efficaci per la quantificazione di un fenomeno multidimensionale quale la disabilità rischia di generare confusioni se usata impropriamente per indirizzare decisioni che prevedono l'uso di denaro pubblico. Il presente rapporto fornisce, in un'ottica comparata, informazioni quantitative di cruciale importanza per definire l'impegno prospettico, in termini di cure e di risorse finanziarie, necessario per fronteggiare questa tipologia di rischio sociale nello scenario attuale e a seguito di potenziali riforme.

La legge 23 marzo 2023, n. 33 “*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*” ha introdotto il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA). Esso riforma le valutazioni delle condizioni degli anziani, che diventano due soltanto: una di responsabilità statale, che assorbe le diverse oggi esistenti a livello nazionale, e l'altra di competenza delle Regioni, che rimane invariata. La valutazione nazionale è realizzata con un nuovo e moderno strumento valutativo, finalizzato a cogliere meglio le esigenze degli interessati. Questo report ha verificato l'applicabilità di una misura innovativa rispetto a quelle disponibili oggi, elaborata utilizzando le ultime informazioni campionarie disponibili che fotografano l'universo degli over 65 in Italia. La scala NA proposta descrive il complesso e multidimensionale fenomeno della non-autosufficienza tra gli anziani, facendo emergere gli aspetti che più la contraddistinguono rispetto ad altre misure precedentemente utilizzate nel dibattito di policy italiano. Si tratta di indicazioni che riteniamo utili in vista dell'elaborazione di uno strumento diagnostico adeguato e standardizzato su base nazionale.

Le analisi finora sviluppate sono funzionali alle stime di spesa presentate nel prossimo capitolo di questo rapporto, concernenti la nuova Prestazione Universale.



Appendice A

Ehis-19. Uno screening sanitario efficace (ma soggettivo).

L'indagine EHIS-19 è condotta in ogni Stato membro dell'UE con l'obiettivo di costruire diversi indicatori di salute comparabili a livello europeo sulle principali determinanti della condizione di salute della popolazione [Nota metodologica EHIS 2019, 2021]. Per l'Italia si tratta della seconda wave, dopo la prima realizzata nel 2015, mentre per il resto dei Paesi si tratta della 3^a edizione. Fino al 2019, l'indagine è stata condotta ogni 5 anni. Dal 2019 in poi, essa ha assunto una periodicità di 6 anni.

In Italia l'indagine EHIS-19 è stata condotta nel 2019, suddividendo il campione delle famiglie in due fasi di raccolta dati: la prima da aprile a giugno, la seconda da settembre a dicembre. Gran parte delle domande sono state somministrate tramite la tecnica PAPI (con carta e penna), che consiste in interviste faccia a faccia condotte da un pubblico ufficiale del Comune alle famiglie estratte.

Il campione è composto da circa 22.800 famiglie (45.930 individui) residenti in 835 Comuni di diversa dimensione demografica, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Il disegno campionario si sviluppa in due fasi comuni-famiglie con stratificazione dei comuni. Le unità di secondo stadio sono le famiglie, estratte – utilizzando il criterio di selezione casuale – dall'Anagrafe Locale per i comuni con meno di 1000 abitanti campionati e dall'Anagrafe del Censimento Permanente 2018 per i comuni con 1000 o più abitanti, in modo da costruire un campione statistico rappresentativo della popolazione residente.²²

Al fine di rendere l'indagine maggiormente rappresentativa a livello regionale, all'interno delle regioni, il campione è stato distribuito in modo proporzionale tra le aree vaste sub-regionali. Nella Tabella A1 viene riportata la distribuzione regionale dell'universo e del campione dei comuni, delle famiglie e degli individui.

²² Sono compresi tra i componenti del nucleo familiare i soggetti residenti in strutture residenziali purché assenti da casa per un periodo inferiore a due anni. In ogni caso, l'indagine non è informativa sui familiari che vivono stabilmente in una struttura residenziale.



Tabella A1 Distribuzione regionale dei comuni, delle famiglie e degli individui nell'universo e nel campione

REGIONI	Comuni			Famiglie			Individui	
	Univer so	Camp ione selezi onato	Campio ne effettiv o	Universo	Campion e seleziona to	Campi one effettiv o	Universo	Campio ne selezion ato
Piemonte	1.197	61	60	2.019.357	2.475	1.722	4.312.064	3.678
Valle d' Aosta	74	22	22	59.027	798	621	124.575	1.338
Liguria	234	27	27	764.819	1.458	1.095	1.535.091	2.245
Lombardia	1.516	86	86	4.335.560	3.088	2.182	9.995.199	4.973
Trentino-Alto Adige	292	48	48	444.127	1.691	1.233	1.059.996	2.852
Bolzano - Bozen	116	24	24	209.708	844	581	524.308	1.344
Trento	176	24	24	234.420	847	652	535.688	1.508
Veneto	574	55	55	2.047.541	1.652	1.332	4.866.504	3.128
Friuli-Venezia Giulia	217	31	31	538.803	1.089	846	1.205.068	1.815
Emilia- Romagna	331	48	48	1.959.349	1.697	1.330	4.426.195	2.912
Toscana	274	53	53	1.625.724	1.922	1.473	3.704.651	3.358
Umbria	92	22	21	370.966	841	580	874.547	1.321
Marche	229	35	35	631.523	1.141	903	1.516.308	2.201
Lazio	378	33	33	2.566.713	2.304	1.434	5.836.692	3.142
Abruzzo	305	35	35	536.496	1.100	819	1.306.975	1.885
Molise	136	20	20	122.517	661	535	302.640	1.261
Campania	550	55	55	2.136.736	1.683	1.403	5.774.695	3.787
Puglia	258	47	47	1.599.910	1.436	1.228	4.013.977	2.947
Basilicata	131	25	25	228.354	737	620	559.321	1.419
Calabria	405	41	41	776.114	1.236	1.029	1.937.913	2.486
Sicilia	390	53	53	2.015.104	1.870	1.454	4.970.108	3.515
Sardegna	377	40	40	707.147	1.263	957	1.632.299	2.179

Fonte: Nota metodologica indagine Ehis-19 (Istat 2021)

Come tutte le indagini campionarie, EHIS soffre di un errore di campionamento relativo. L'analisi condotta dall'ISTAT mostra una buona rappresentatività per aree geografica (alti valori dell'R² soprattutto per il Nord-Est, Tabella A2) e per regione (Tabella A3), soprattutto per le regioni popolate del Nord Italia.



Tabella A2 Valori dell'indice di determinazione R^2 (%) delle funzioni utilizzate per le interpolazioni degli errori campionari delle stime a livello nazionale e per ripartizione geografica

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	R^2 (%)
Nord-Ovest	97,9
Nord-Est	97,3
Centro	97,3
Sud	97,4
Isole	96,5
ITALIA	98,1

Fonte: Nota metodologica indagine Ehis-19 (Istat 2021).

Tabella A3 Valori dell'indice di determinazione R^2 (%) delle funzioni utilizzate per le interpolazioni degli errori campionari delle stime per regione

REGIONE	R^2 (%)
Piemonte	97,4
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	95,5
Lombardia	97,8
Bolzano- Bozen	95,7
Trento	95,1
Veneto	97,7
Friuli Venezia Giulia	96,7
Liguria	96,8
Emilia Romagna	96,6
Toscana	97,4
Umbria	95,2
Marche	96,0
Lazio	96,9
Abruzzo	96,1
Molise	93,8
Campania	96,6
Puglia	97,2
Basilicata	96,3
Calabria	96,7
Sicilia	96,5
Sardegna	97,1

Fonte: Nota metodologica indagine Ehis-19 (Istat 2021). Dato per il Trentino Alto Adige non disponibile.



Ogni membro della famiglia selezionato a caso viene intervistato. Se uno dei componenti della famiglia è fuori casa, l'intervistato richiederà un appuntamento entro i tempi dell'indagine. Ogni membro deve rispondere personalmente alle domande. Sono ammesse alcune eccezioni: un familiare può rispondere per conto dell'interessato se quest'ultimo è assente per l'intero arco temporale della rilevazione, se è ricoverato o se ha un grave problema di salute permanente (tecnica di proxy). Inoltre, se la persona ha meno di 15 anni le risposte devono essere fornite da un genitore o da un adulto del nucleo familiare.²³

Rispetto alle domande analizzate, il fatto che molte siano piuttosto soggettive non è affatto secondario. Infatti è probabile che questo fattore - noto come *bias cognitivo e di percezione* - influisca sulla stima (al ribasso - basso rischio percepito - o al rialzo - alto rischio percepito) e sulla validità esterna dei risultati. La soluzione più adatta a questo tipo di inconveniente è l'uso delle cosiddette "vignette", ovvero rappresentazioni brevi e accuratamente costruite di uno scenario ipotetico ma realistico, utilizzate per esplorare atteggiamenti, giudizi, emozioni o conoscenze dei partecipanti. Tali studi cercano di generare inferenze sulle relazioni di causa ed effetto considerando la natura di ogni vignetta e le successive risposte dei partecipanti a queste vignette (Sheringham, Kuhn, & Burt, 2021). Tuttavia, il questionario EHIS non include tale strumento di controllo. Un parziale rimedio in tal senso può essere la presenza di quesiti inerenti la certificazione medica della patologia dichiarata²⁴.

I temi toccati all'interno dell'indagine riguardano tre macroaree: lo stato di salute, le determinanti di salute e l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, studiati assieme al contesto socio-demografico di ciascun membro delle famiglie intervistate.

Appendice B

La misura proxy del metodo di identificazione di Generali in EHIS

Al fine di creare una proxy del criterio di Generali all'interno di EHIS-19, sono state poste alcune assunzioni discrezionali. Come spiegato nella Sezione 3, la compagnia assicurativa considera 6 dimensioni: quattro esplorano specifiche ADL, una considera l'associazione tra l'attività di alzarsi dal letto/sedia (cioè un ADL) e la sfera della mobilità (cioè l'abilità fisica), l'ultima si concentra sull'incontinenza urinaria.

²³ [European Health Interview Survey \(EHIS\) \(istat.it\)](https://www.istat.it)

²⁴Es. oltre alla domanda sulla "grave ansia cronica" l'intervistato è tenuto a dichiarare se è stata diagnosticata o meno da un medico specialista.



Per tutte le ADL (quattro dimensioni), si è ipotizzato che i livelli 3 e 4 in EHIS rappresentino il punteggio massimo (10) in Generali; il livello 2 in EHIS è considerato equivalente al punteggio medio (5) di Generali; il livello 1 in EHIS è posto uguale al punteggio 0 in Generali.

Con riferimento alla dimensione che comprende i problemi di mobilità e una ADL, la Tabella seguente mostra il punteggio (valori all'interno della matrice) associato a ciascuna delle combinazioni tra difficoltà nelle ADL e limitazioni nella mobilità.

Difficoltà nelle ADL →	Nessuna	Medie	Acute	Molto gravi
Limitazioni motorie ↓				
Nessuna	0	0	0	0
Medie	0	5	5	10
Acute	0	5	10	10
Molto gravi	0	10	10	10

Infine, per quanto riguarda l'incontinenza urinaria, poiché EHIS utilizza solo una variabile binaria per tale sintomo, il punteggio massimo di Generali è stato assegnato a tutti coloro che dichiarano la presenza di tale patologia e la relativa certificazione medica; la presenza non certificata di incontinenza è associata al punteggio 5 in Generali; l'assenza del problema rappresenta il punteggio 0 in Generali.



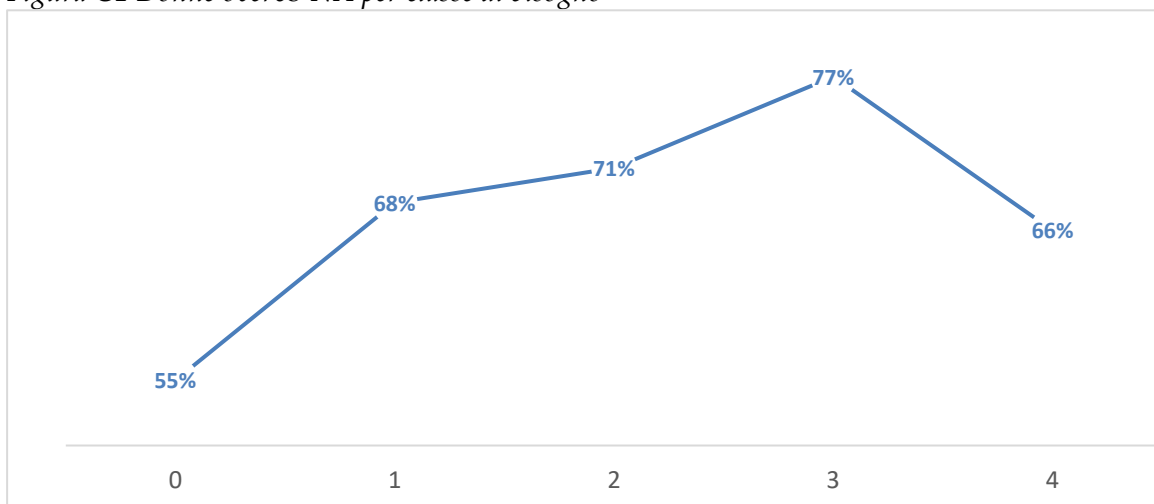
Appendice C

L'incidenza del bisogno assistenziale tra gli anziani in Italia

Come presentato nella Sezione 3 ed evidenziato con maggior dettaglio dalla Tabella 2, il numero di anziani non autosufficienti individuati dalla Scala NA è pari a circa 1,48 milioni di individui e rappresenta il 10,1% della popolazione anziana residente in Italia^{25,26}.

Le Figure in basso raccontano più nel dettaglio le caratteristiche della popolazione non-autosufficiente individuata dalla Scala NA. In particolare, esse si addentrano nella Scala NA, analizzando la graduazione del bisogno di chi da questa misura è considerato soggetto non autosufficiente. Osservando la dinamica di alcune variabili socio-demografiche presenti nel dataset EHIS, si può notare che l'incidenza della NA sulla popolazione femminile aumenta al crescere della severità della disabilità [Figura C1]. La monotonicità del trend si arresta in corrispondenza dell'ultima classe di bisogno, che denota un livello molto grave di non autosufficienza. Questo fenomeno è con molta probabilità dovuto alla maggiore presenza negli uomini di malattie croniche e multi-morbilità, patologie che conducono a posizioni alte nella Scala NA (ISTAT, 2021). La classe 0 comprende i livelli dal 5° all'8° della Scala NA, ovvero coloro che non sono considerati privi di autonomia (v. Sezione 3).

Figura C1 Donne over65 NA per classe di bisogno

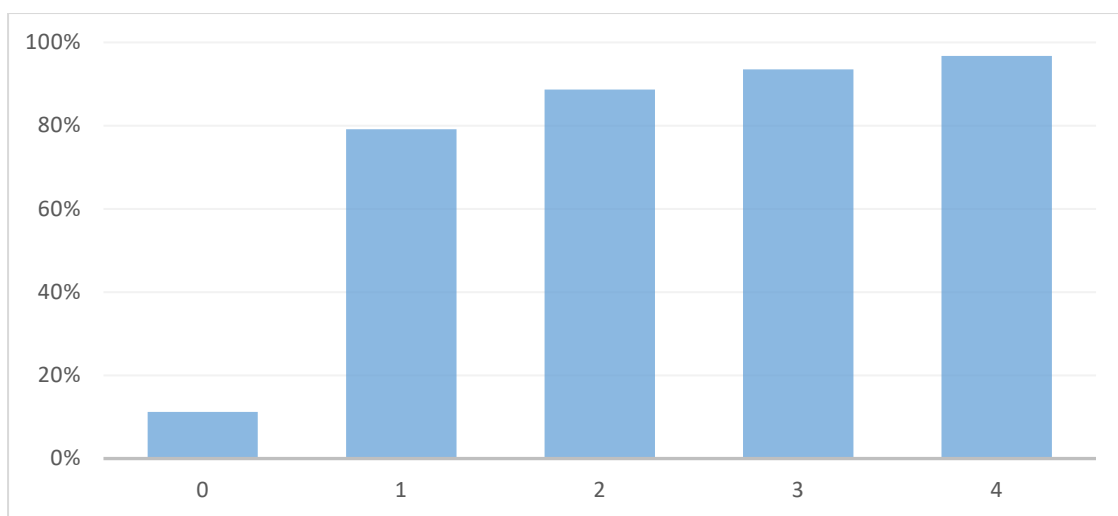


²⁵ Questo dato non si discosta molto da quello sul numero di percettori IdA reso disponibile dall'osservatorio statistico dell'INPS. Nel 2022 infatti, INPS ha riconosciuto l'indennità a 1.411.802 persone con età uguale o superiore a 65 anni (9,96%). Tuttavia il gap comincia ad ampliarsi se si considera che la stima prodotta su EHIS non tiene conto dei non-autosufficienti che risiedono stabilmente in case di cura totalmente o parzialmente a pagamento, sottogruppo che viene invece considerato dal dato istituzionale INPS [vedi Paragrafo 2.3].

²⁶ Qui si fa riferimento alla popolazione over65 rilevata da Istat per il 2022. ([Popolazione residente al 1° gennaio : Per fascia di età \(istat.it\)](https://www.istat.it/it/temi/popolazione/2022/01/01))

Come atteso, l'incidenza delle cosiddette "quarta e quinta età" (75 anni e più) aumenta in corrispondenza di classi di bisogno più alte. Nella Figura C2 mostriamo come a livelli di disabilità maggiori corrispondano percentuali di over75 più alte. La classe 0 è composta da persone più giovani che forse proprio per via di questa caratteristica anagrafica dichiarano di non avere limitazioni nello svolgimento di ADL e IADL (nonostante abbiano una condizione clinica piuttosto "critica").

Figura C2 Over75 su popolazione NA totale, per classe di bisogno

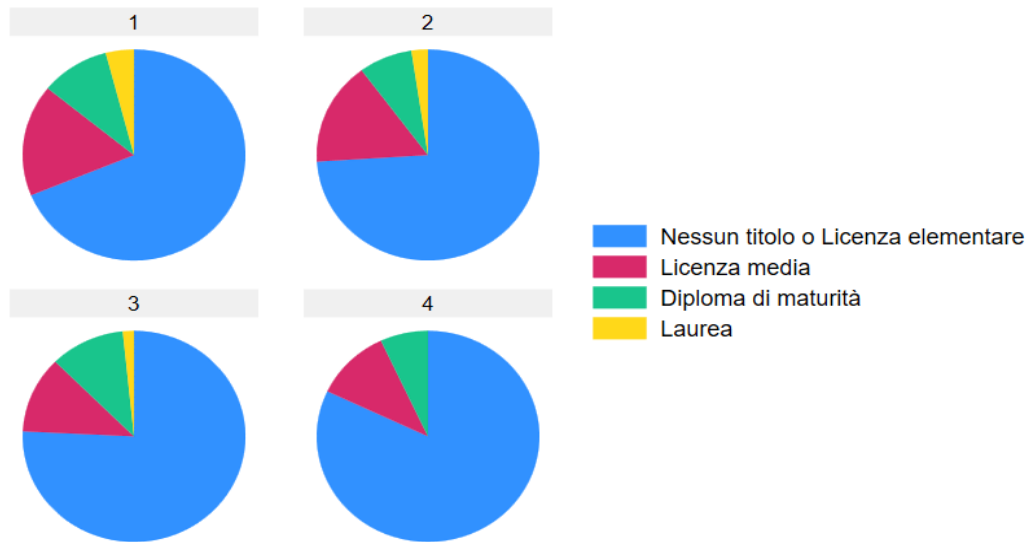


Nota: Ns. elaborazioni su dati EHIS

Infine, la Figura C3 illustra la composizione degli anziani NA per grado di istruzione raggiunto e conferma la relazione inversa vigente tra educazione e decadimento fisico-cognitivo. Sebbene gli over65 considerati NA dalla nostra scala di valutazione siano tendenzialmente poco istruiti (il 71% ha al massimo la Licenza elementare), possiamo notare come questa percentuale cresca con l'aumentare del bisogno assistenziale²⁷. Per le persone che hanno conseguito almeno una Laurea di primo livello il "rischio" di incorrere nella condizione di perdita di autonomia è più basso rispetto a chi ha raggiunto livelli di istruzione inferiori – e (relativamente) irrilevante se si considera l'ipotesi di NA grave (4° e più grave livello di bisogno assistenziale).

²⁷ Una vasta sezione della letteratura ha posto l'attenzione sull'influenza che il grado di scolarizzazione esercita sulla qualità della vita e sulla salute. Molteplici studi empirici infatti (es. (Fonseca, Michaud, & Zheng, 2020); (Raghupathi & W., 2020)) hanno riscontrato la significatività e rilevanza statistica di un effetto di causalità tra istruzione, da un lato, e una serie di variabili di benessere sociale, dall'altro, come: aspettativa di vita, morbilità, prevenzione delle malattie, opportunità occupazionali e reddito.

Figura C3 Distribuzione del livello di educazione per classi di bisogno, popolazione over65



Nota Ns. elaborazioni su dati EHIS



Parte terza

Procedimento di stima della spesa per la Prestazione Universale

1. Introduzione

Obiettivo di questo capitolo è sviluppare una stima della spesa necessaria per finanziare la Prestazione Universale a partire dalle deliberazioni contenute nella legge 33/2023. Mentre le stime principali sono già state presentate nella prima parte, in questa ci soffermiamo sulle diverse scelte tecniche e metodologiche che hanno guidato la stima.

Per realizzare l'esercizio di stima utilizziamo *dati epidemiologici* inerenti la non-autosufficienza (da Indagine EHIS-19); *dati istituzionali* su degenti in strutture residenziali, spesa sociale dei Comuni (ISTAT, 2020) e sugli attuali importi e percettori di IdA (INPS, 2023). Inoltre, per la determinazione del costo di assistenza domiciliare formale si è attinto alle informazioni relative ai contratti in atto nel settore.

Il capitolo fornisce una quantificazione della platea di potenziali percettori della PU (residenti a domicilio e ricoverati in RSA). Partendo da una stima del fabbisogno, graduato sulla base del livello di disabilità, si stima la distribuzione dei beneficiari, per diversi livelli di disabilità, tra l'opzione trasferimento e quella servizi. Ipotizzando l'ammontare dei benefici corrispondenti ai diversi livelli di disabilità e alle diverse opzioni presenti nella misura, si calcola quindi la spesa lorda complessiva. A questa vengono poi sottratti i possibili risparmi derivanti dall'opzione servizi, nonché gli eventuali costi correlati all'introduzione di una norma di salvaguardia per i beneficiari correnti di Indennità di accompagnamento. L'importo netto ricavato viene quindi confrontato con la spesa attuale per l'Indennità di accompagnamento allo scopo di stimare la spesa aggiuntiva, la cui erogazione viene infine proiettata in un orizzonte di cinque anni ipotizzando un'introduzione graduale della PU.

Il contributo è strutturato come segue. La Sezione 2 descrive i criteri e le considerazioni di metodo su cui si fonda la stima dei costi delle differenti opzioni considerate. La Sezione 3 propone un primo esercizio di stima del costo dell'introduzione della Prestazione Universale. La Sezione 4 stima i potenziali effetti di spillover e correlati risparmi di spesa determinati dall'introduzione dalla PU. La Sezione 5 presenta il prospetto sintetico dei costi associati alle diverse ipotesi di riforma. La sezione 6 riguarda le proiezioni di spesa per i prossimi 5 anni prevedendo un'implementazione graduale della riforma. La sezione 7, infine, presenta un'analisi di sensitività circa un aspetto cruciale della riforma: l'esistenza o meno di una



clausola di salvaguardia e il suo possibile take-up. Le appendici approfondiscono temi più tecnici, importanti nella definizione delle variabili in gioco, fornendo anche analisi dettagliate su aspetti critici al dibattito di *policy*.

2. Definizione dei parametri della stima

2.1 Numerosità dei beneficiari della PU

Per calcolare la spesa relativa alla PU, il primo passo è disporre di una stima del numero potenziale di beneficiari della PU e scomporli per livelli differenziati di disabilità. Per quanto riguarda la numerosità complessiva, la legge 33/2023 chiarisce che la PU costituisce un'opzione disponibile soltanto ai titolari di Indennità di accompagnamento. Pertanto la numerosità totale dei beneficiari della PU viene stimata pari al numero complessivo di beneficiari dell'Indennità di età pari o maggiore a 65 anni, considerando sia i residenti a domicilio che quelli presso strutture residenziali. Secondo i dati dell'Osservatorio statistico dell'INPS²⁸ i beneficiari anziani dell'Indennità di accompagnamento ultrasessantacinquenni risultano essere – per il 2023 - 1.411.802 individui. La stima che segue assume un numero di beneficiari di PU appena superiore a quello stimato per l'Indennità, ovvero 1.474.108 individui.

Adottando la Scala NA elaborata nell'ambito del presente studio (si veda la Parte seconda), rientrano in questo numero gli anziani che riportano almeno una delle seguenti caratteristiche: difficoltà gravissime nel camminare o nel salire le scale; tre o più malattie croniche o gravi patologie; cecità; sordità; una ADL gravissima; morbo di Alzheimer conclamato. A queste caratteristiche si abbina anche un punteggio nella scala NA pari o superiore a 9 (in una scala che va da 5 a 36).

2.2 Identificazione dei diversi livelli di disabilità

La Scala NA, elaborata e illustrata nel capitolo precedente, consente di definire una serie di *classi di bisogno assistenziale*, direttamente collegate alla severità della condizione di NA.²⁹ In questa elaborazione, i livelli della scala NA sono stati aggregati in quattro *classi di bisogno assistenziale*. La scelta di dividere la popolazione NA eleggibile in 4 gruppi fa esplicito riferimento all'impostazione del sistema di assicurazione sociale tedesco contro la non

²⁸ <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/6/37/53/o/381>

²⁹ L'appendice C presenta nel dettaglio le caratteristiche della popolazione non-autosufficiente individuata dalla Scala NA, analizzando la graduazione del bisogno di chi da questa misura è considerato soggetto non autosufficiente.



autosufficienza, approssimando le percentuali di copertura registrate nei corrispondenti livelli del programma tedesco (vedi Box 1). Rispetto al caso tedesco, la distribuzione in quattro classi qui utilizzata è quella riferita ai beneficiari residenti a domicilio e risulta più ampia per le classi di disabilità meno gravi per tenere conto della complessiva maggiore estensività della copertura offerta dall'Indennità di accompagnamento (vedi Box 1).

Box 1 IL PROGRAMMA LTC DELLA GERMANIA

Il programma tedesco "Pflegestufe" (PG), riformato nel 2016, offre alle persone non autosufficienti benefici monetari e/o servizi di intensità diverse a seconda del livello di disabilità, valutato da un'equipe multidisciplinare sulla base di un indicatore multidimensionale standardizzato omogeneo a livello nazionale. In Germania i livelli di disabilità sono 5, ma solo i 4 più gravi consentono l'accesso a trasferimenti in-kind (servizi). Il Prospetto 1 riporta la classificazione operata nel sistema tedesco, l'importo del trasferimento e la distribuzione percentuale dei NA all'interno delle 5 classi che lo caratterizzano. Il sistema di valutazione tedesco utilizza una scala di punteggi che va da 0 a 100. Gli aspetti considerati per la costruzione del programma Pflegestufe sono 6 e vengono ponderati in base alla loro potenziale incidenza negativa sull'autonomia. Si considerano: la mobilità (10%), le abilità cognitive e comunicative (15%), i problemi di salute mentale (15%), le ADL (40%), la capacità di affrontare in modo indipendente le conseguenze e gli stress legati alla malattia o alla terapia (20%), le IADL (15%)³⁰.

A ciascuno dei suddetti aspetti viene assegnato un punteggio e la media ponderata dei sei punteggi ottenuti determina il livello di assistenza di cui l'anziano necessita.

Prospetto 1 Livelli e frequenze percentuali del programma tedesco Pflegestufe dedicato alla popolazione NA

Livelli	Punteggi (valore reale opzione care)	Budget per beneficiario	Quota % residenti a casa	Quota % residenti in strutture	Quota % totale beneficiari
PG 1	12-27 punti	125 euro	6,9	0,4	5,2
PG 2	27-47,5 punti	316 cash/689 care	52,8	21,3	44,6
PG 3	47,5-70 punti	545 cash/1298 care	26,7	31,9	28,1
PG 4	70-90 punti	728 cash/1612 care	10,2	30,3	15,5
PG 5	90-100 punti	901 cash/1995 care	3,3	16,1	6,7

Nota: Elaborazioni del gruppo di ricerca.

³⁰ [Pflegegrade 1,2,3,4 & 5 » Neue Pflegestufen & Leistungen 2023 \(wohnen-im-alter.de\)](https://www.wohnen-im-alter.de)



Le classi così individuate sono evidenziate nella Tabella 9; la quarta e la quinta colonna informano sul numero e sulla quota di NA residenti a domicilio appartenenti a ciascuna fascia di bisogno.

Tabella 9 Classi di bisogno individuate a partire dai punteggi della Scala NA, frequenze relative e assolute pesate in EHIS

Classi di Bisogno assistenziale	Fascia di gravità	Punteggi Scala NA	Quota % NA	Numero NA
1	Minima	9 - 18	59,3	814.352
2	Media	19 - 25	26,3	360.688
3	Alta	26 - 30	10,6	145.718
4	Elevata	31 - 36	3,8	52.263
TOTALE			100,0	1.373.021

L'approccio qui descritto, applicato ai dati EHIS 2019, permette quindi di individuare circa 1.373 mila anziani residenti a domicilio e beneficiari della Prestazione Universale. Quasi il 60% è collocato nella prima classe di bisogno assistenziale. Il numero di NA tende a ridursi significativamente al crescere della classe di bisogno assistenziale. Il numero di NA inclusi nella quarta e più grave classe di bisogno assistenziale è stimato pari a circa 52 mila, che rappresenta circa il 3,8% della popolazione anziana totale residente al proprio domicilio.

2.3 Inclusione nell'analisi dei residenti in case di cura

I dati dell'indagine EHIS non contengono informazioni sui residenti dei presidi socio-assistenziali ricoverati stabilmente e per più di un anno. A nostra conoscenza non esistono informazioni statistiche strutturate sul numero di anziani NA residenti in strutture di ricovero che percepiscono l'Indennità di accompagnamento. Tenendo conto che, in base ai dati Istat disponibili [Fonte ISTAT, 2020³¹], risulta NA l'80% circa dei residenti in strutture di ricovero, che una quota di questi non percepisce IdA perché a carico degli enti locali³², e che esiste una

³¹ [Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari : Anziani per genere e livello di assistenza sanitaria - reg. \(istat.it\)](https://www.istat.it/it/risultati/ospiti-dei-presidi-residenziali-socio-assistenziali-e-socio-sanitari-anziani-per-genero-e-livello-di-assistenza-sanitaria-reg)

³² Il ricovero in case di cura a carico dell'Erario si pone come elemento ostativo dell'erogazione dell'Indennità di accompagnamento per l'intera durata della prestazione assistenziale pubblica di tipo residenziale.



quota di persone anziane NA ricoverate in queste strutture che per diversi motivi non percepiscono IdA (perché non considerate eleggibili, non hanno fatto domanda oppure in attesa di risposta), includiamo questo gruppo di popolazione anziana nella nostra stima assumendo che metà degli ospiti over65 in presidi residenziali sia percettore di IdA/PU, così ripartito tra i livelli di gravità della scala NA: il 30% con livello grave (livello 4 di bisogno) e il 20% con livello medio-grave. Alla luce di questa integrazione, la popolazione ultrasessantacinquenne eleggibile per la PU arriva a quota 1.474.108 (Tabella 10). Questo dato non è particolarmente dissimile (+4.4%) al dato dei percettori di IdA over65 fornito da Inps per il 2022, pari a 1.411.802 percettori.

Aggiungendo i beneficiari residenti in RSA a quelli residenti a domicilio, si ottiene la distribuzione in classi descritta in tabella 10.

Tabella 10 Numero potenziali idonei alla PU da analisi EHIS e integrazione eleggibili ospiti in RSA

Classi di bisogno assistenziale	N. anziani eleggibili residenti a domicilio (da EHIS)	N. anziani eleggibili ospiti in RSA	N. anziani eleggibili residenti a domicilio + eleggibili ospiti in RSA	Quota %
1	814.352	0	814.352	55,2
2	360.688	0	360.688	24,5
3	145.718	40.435	186.153	12,6
4	52.263	60.652	112.915	7,7
Totale	1.373.021	101.087	1.474.108	100,0

2.4 Definizione degli importi per fasce di fabbisogno assistenziale

La Prestazione Universale prospettata dalla riforma LTC assegna benefici con ammontare diversificato a seconda della classe di gravità. In secondo luogo, garantisce ai beneficiari la scelta tra due possibili alternative: l'opzione *cash* (o *monetaria*) e l'opzione *care* (o *servizi*). L'opzione *care* dovrebbe consentire al beneficiario sia l'accesso a servizi professionali di natura residenziale o domiciliare, sia l'assunzione di un assistente familiare tramite contratto regolare. Poiché i costi dei servizi professionali erogati su base organizzata sono superiori a quelli



dell'assistenza individuale, la riforma prevede che con l'opzione servizi l'utente avrà a sua disposizione un budget più alto rispetto all'ipotesi *cash*, ma vincolato nell'uso. Infatti, l'anziano che sceglie l'opzione *care* riceve un sussidio più elevato, sia rispetto all'importo dell'attuale indennità di accompagnamento³³, sia rispetto all'alternativa *cash*.

Gli importi assunti tengono conto di una serie di aspetti desiderabili. In particolare, la graduazione degli importi considera:

- l'esigenza di concentrare i benefici sulle fasce più gravi;
- la volontà di sostenere l'opzione servizi per gli anziani che ne necessitano, corrispondendo un importo adeguato (per le fasce dei più gravi) a remunerare la contrattualizzazione di un assistente familiare o l'accesso a servizi professionali.

Tali criteri portano a suggerire importi che:

- sono graduati anche nella componente *cash* in base alla gravità del fabbisogno assistenziale da un minimo pari all'importo attuale di IdA sino ad un massimo di €700 mensili (+33%);
- nella componente *care* aumentano con un tasso più marcato e risultano sempre superiori rispetto ai rispettivi importi *cash*.
- in ossequio al principio dei diritti acquisiti, assicurano a chi appartiene alla classe di bisogno più bassa un importo dell'opzione *cash* pari all'importo attuale di IdA.

Nella Tabella 11 riportiamo gli importi *cash* (*PU cash*) e *care* (*PU care*) che abbiamo assunto per la nostra stima. Da notare che il differenziale tra l'importo *cash* e l'importo *care* aumenta al crescere della classe di bisogno per tener conto del fatto che a bisogni di cura maggiori corrispondono costi per servizi assistenziali crescenti.

Tabella 11 Importi della Prestazione Universale nella componente *cash* e servizi e tassi di *take-up* previsto/stimato per l'opzione servizi

Classi di bisogno assistenziale	PU cash (€/mese)	PU care (€/mese)
1	527	750
2	550	850
3	600	1.200
4	700	1.500

³³ L'attuale configurazione dell'Indennità di Accompagnamento da diritto ad un trasferimento monetario fisso – pari a € 527 mensili (INPS, 2023³³).



2.5 Stima dei take-up

Per poter calcolare la stima della spesa complessiva, bisogna infine fare assunzioni sulla distribuzione dei beneficiari tra l'opzione cash e quella care. Sul punto non esiste sperimentazione ed informazione precedente, per cui si elaborano ipotesi fondate solo su argomentazioni di carattere generale.

Tabella 12 Tassi di take-up previsti per l'opzione servizi

Classi di bisogno assistenziale	Take-up opzione care
1	20%
2	30%
3	40%
4	70%

La tabella 12 indica le ipotesi scelte per quanto riguarda la quota di take-up dell'opzione servizi (*care*). Si stima che il take-up sia più basso per le classi di disabilità più basse, quando la differenza tra l'importo dell'opzione cash e quella servizi è minore. Per le prime due classi, quindi, le soglie ipotizzate di take-up sono conformi a quelle osservate in Germania per il programma *Pflegestufe*. All'aumentare del differenziale, si suppone che aumenti anche il take-up, seppure non proporzionalmente. Per le classi più elevate, il take-up aumenta in misura notevole anche perché in queste classi (soprattutto nell'ultima) ricadono molti beneficiari di PU che risiedono in strutture di ricovero, per i quali l'opzione servizi risulta di fatto una scelta già compiuta. Anche in questa classe, tuttavia, è presumibile che permarrà, soprattutto all'avvio del programma di riforma, una relativa avversione nei confronti dell'opzione care legata alle condizioni d'uso connaturate a questa formula e alla carenza di opzioni servizi effettivamente utilizzabili, soprattutto in territori tradizionalmente caratterizzati da scarso sviluppo dei servizi di cura.



3. Gli scenari di spesa

In questo paragrafo elaboriamo quattro diversi possibili scenari di spesa [Scenario 1-3] per i quali si stimano i relativi costi. Tali costi vengono comparati rispetto alla spesa necessaria a finanziare l'attuale IdA [Scenario 0], così come illustrato sinteticamente in Tabella 13.

Tabella 13 Le caratteristiche principali dei tre scenari alternativi della PU

Scenario	Graduazione	
	Cash	Care
[0] status-quo	x	-
[1] ipotesi PU solo cash con graduazione	x	-
[2] ipotesi PU con graduazione limitata alla componente care	-	x
[3] ipotesi PU con graduazione componente cash e care	x	x

Lo [Scenario 0] riguarda il caso in cui l'IdA resti invariata sull'importo attualmente vigente. Esso offre un benchmark di riferimento contro cui valutare le quattro opzioni di riforma che qui abbiamo considerato. Da notare che per permettere una comparazione con gli scenari di spesa, la platea di percettori over 65 utilizzata per la stima del costo dell'attuale IdA si basa sulla platea complessiva considerata in precedenza, pari a 1.474.108 (vedi Tabella 10).

Il primo scenario di riforma [Scenario 1] prevede la sola graduazione dell'IdA limitatamente alla sua componente cash. In questo caso non consideriamo la presenza di un'opzione servizi. Sostanzialmente, lo scenario prevede che si mantenga l'attuale assetto IdA riconoscendo importi crescenti al crescere del bisogno assistenziale. Gli importi che abbiamo utilizzato per questa simulazione sono quelli indicati nella Tabella 11, limitatamente all'opzione *cash*.

Per il secondo scenario di riforma [Scenario 2], si ipotizza che la graduazione degli importi sia invece limitata all'opzione care, mentre il sussidio cash rimane fisso all'importo attuale IdA, pari a €527 per il 2023 (INPS, 2023). Si ipotizza quindi l'introduzione di una opzione *care* con graduazione degli importi all'assetto attuale dell'IdA con componente *cash* costante a €527 al mese. Il numero di anziani che ricevono l'opzione servizi è calcolato applicando la quota di take-up illustrata in precedenza.



Il terzo scenario di riforma [Scenario 3] considera l'introduzione della graduazione sia nella componente *cash* sia nella componente *care*. Anche in questo caso, il numero di anziani che ricevono l'opzione servizi è calcolato applicando la quota di take-up illustrata in precedenza.

3.1 La stima dell'impatto finanziario della riforma a regime

In questa Sezione presentiamo nel dettaglio le stime di spesa lorda annuale per ognuna delle ipotesi di riforma qui considerate. La Tabella 18 riassume i principali risultati.

Scenario 0

Lo scenario 0 equivale allo *status quo*, ovvero ad una situazione in cui la PU non viene introdotta e si mantiene la situazione attuale. I valori contenuti nella Tabella 14 forniscono un benchmark utile per stimare la variazione di spesa rispetto allo status-quo delle diverse *opzioni di riforma* di seguito considerate.

Tabella 14 Scenario 0 – status quo

Livelli graduazione	N. beneficiari opzione servizi	N. beneficiari opzione cash	Spesa opzione servizi	Spesa opzione cash (in mln €)	Spesa totale (in mln €)
1	0	814.352	0	5.151	5.151
2	0	360.688	0	2.282	2.282
3	0	186.153	0	1.177	1.177
4	0	112.915	0	714	714
<i>Totale</i>	<i>0</i>	<i>1.474.108</i>	<i>0</i>	<i>9.324</i>	<i>9.324</i>

Scenario 1

Il primo scenario di riforma [Scenario 1], presentato in tabella 15, prevede la graduazione dell'IdA limitatamente alla sua componente cash. In questo caso non c'è l'opzione servizi. Il costo diretto della riforma è ottenuto dalla differenza tra la spesa totale correlata allo scenario analizzato e quella connessa allo status quo (Scenario 0).



Tabella 15 Scenario 1 – solo opzione cash e graduazione dell'importo

Livelli graduazione	N. beneficiari opzione servizi	N. beneficiari opzione cash	Spesa opzione servizi	Spesa opzione cash (in mln €)	Spesa totale (in mln €)	Spesa della riforma (rispetto allo status quo) (in mln €)	Aumento spesa rispetto allo status quo (%)
1	0	814.352	0	5.151	5.151	0	0
2	0	360.688	0	2.381	2.381	99	4,3
3	0	186.153	0	1.340	1.340	163	13,8
4	0	112.915	0	948	948	234	32,8
<i>Totale</i>	<i>0</i>	<i>1.474.108</i>	<i>0</i>	<i>9.820</i>	<i>9.820</i>	<i>496</i>	<i>5,3</i>

Scenario 2

Nello [Scenario 2] ipotizziamo che la graduazione sia limitata all'opzione care, mentre il sussidio cash rimane fisso. La spesa connessa a tale ipotesi di riforma è presentata in Tabella 16.

Tabella 16 Scenario 2 – graduazione solo nell'opzione care, con importo cash costante

Livelli graduazione	N. beneficiari opzione servizi	N. beneficiari opzione cash	Spesa opzione servizi	Spesa opzione cash (in mln €)	Spesa totale (in mln €)	Spesa della riforma (rispetto allo status quo) (in mln €)	Aumento spesa rispetto allo status quo (%)
1	162.870	651.482	1.466	4.121	5.587	436	8,5
2	108.207	252.482	1.104	1.597	2.701	419	18,4
3	74.461	111.692	1.072	706	1.779	601	51,1
4	79.041	33.875	1.423	214	1.637	993	129,2
<i>Totale</i>	<i>424.579</i>	<i>1.049.530</i>	<i>5.065</i>	<i>6.638</i>	<i>11.703</i>	<i>2.379</i>	<i>25,5</i>



Scenario 3

La Tabella 17 illustra gli incrementi di spesa che si realizzerebbero se si applicasse la graduazione *tout court*: sia sul trasferimento cash che sull'opzione servizi [Scenario 3]. Gli eleggibili si distribuiscono tra le due opzioni sulla base delle ipotesi avanzate relative al take-up.

Tabella 17 Scenario 3 – riforma completa, con opzioni cash e care graduate nell'importo

Livelli graduazione	N. beneficiari opzione servizi	N. beneficiari opzione cash	Spesa in-kind (in mln €)	Spesa cash (in mln €)	Spesa Totale (in mln €)	Spesa della riforma (rispetto allo <i>status quo</i>) (in mln €)	Aumento spesa rispetto allo <i>status quo</i> (%)
1	162.870	651.482	1.466	4.121	5.587	436	8,5
2	108.207	252.482	1.104	1.666	2.770	489	21,4
3	74.461	111.692	1.072	804	1.876	699	59,4
4	79.041	33.875	1.423	285	1.707	993	139,0
<i>Totale</i>	<i>424.579</i>	<i>1.049.530</i>	<i>5.065</i>	<i>6.876</i>	<i>11.940</i>	<i>2.616</i>	<i>28,1</i>

Nel complesso, gli scenari producono impatti diversi sulla spesa complessiva. La Tabella 18 ne sintetizza i principali risultati.



Tabella 18 Incrementi di spesa stimati per i tre scenari di riforma in termini assoluti e percentuali rispetto allo status quo

Scenario	Caratteristiche	Spesa della riforma (rispetto allo status quo) (in mln €)	Aumento spesa rispetto allo status quo (%)
0	Status quo: si mantiene l'attuale IdA	0	0
1	Si inserisce solo graduazione alla componente cash	+496	+5,3
2	La graduazione interessa solo l'opzione servizi	+2.379	+25,5
3	Si applica la graduazione <i>tout court</i> , sia su cash che per l'opzione servizi	+2.616	+28,1

4. Valutazioni dei possibili effetti di spillover che potrebbero produrre risparmi di spesa: ipotesi ed aspetti di metodo

L'introduzione con l'opzione servizi di una condizionalità nell'utilizzo dell'importo disponibile al beneficiario finalizzato ad assumere un'assistente familiare o a regolarizzarne la preesistente prestazione lavorativa oppure ad accedere a servizi professionali, sia di natura domiciliare che residenziale, potrebbe produrre l'emersione del "lavoro nero", un fenomeno molto diffuso nel settore della cura in Italia, con conseguente aumento del gettito IRPEF e delle entrate contributive.

4.1 Il possibile effetto di emersione di contratti di care-giving

L'introduzione dell'opzione servizi è potenzialmente in grado di generare un aumento indotto di gettito IRPEF e contributivo attraverso il canale della regolarizzazione dei contratti per assistenti familiari che risultano attualmente "in nero".

Il mercato della cura in Italia è attualmente caratterizzato da un elevato tasso di informalità, e anche quando l'assistenza è affidata ad un care-giver esterno alla famiglia. Dati gli elevati costi dei servizi di assistenza domiciliare professionale, il riconoscimento di un trasferimento più consistente a chi voglia assumere un'assistente familiare con contratto regolare appare un importante obiettivo di policy.



La quantificazione del potenziale aumento delle entrate IRPEF e contributivo ha richiesto una prodromica analisi dei costi diretti connessi alla contrattualizzazione di un'assistente familiare formale. Tale aspetto è stato approfondito consultando una busta paga tipo di un'assistente familiare assunto/a con contratto (a) C-Super a tempo parziale, (b) C-Super a tempo pieno e (c) C-Super a tempo pieno e convivente con l'assistito. Il contratto C Super disciplina il lavoro degli assistenti domiciliari che si occupano del servizio di cura a persone non-autosufficienti³⁴. Si suppone, per esigenze di semplificazione, che il contratto riguardi un assistente familiare a tempo pieno³⁵, ovvero assunto con contratto C-Super a tempo pieno, di cui il 50% sia convivente e il 50% non convivente. La Tabella 19 mostra il costo medio mensile correlato all'assunzione a tempo pieno di un'assistente familiare inquadrato nel livello C Super e le sue componenti. Per maggiori dettagli inerenti alla derivazione degli elementi del prospetto, si rimanda all'Appendice D.

Tabella 19 Elementi contrattuali correlati ad un contratto badante C-super a tempo pieno. Ns. elaborazioni sulle informazioni di un contratto-tipo badante.

Elementi contrattuali, retributivi e contributivi	Valori medi livello C Super - Full time
A. Costo Medio Orario (per il datore di lavoro)	8,31 €*
B. Ore settimanali	47
C. Costo Medio Mensile (ESCLUSI i contributi a carico del lavoratore)= $A*B*4.33$ ³⁶	1.691 €
D. Contributi annuali	2.957 €
E. Contributi c/Lavoratore	758 €
F. Imponibile Irpef = $C*12-E$	17.340 €
G. Irpef Lorda = $(€15000*0.23)+\{(F-15000)*0.25\}$ ³⁷	4.034 €
H. Detrazione = $€1910+€1190*\{(\€28000-F)/13000\}$	2.886 €
I. Irpef Netta=G-H	1.148 €
L. Pressione Fiscale = I/F	6,6%
M. Contributi = $D/(C+E-D)$	17%

Nota: Si veda Appendice D per dettagli.

³⁴ Purtroppo, ad oggi non disponiamo di analoghe informazioni sul contratto D Super, che riguarda badanti che hanno frequentato un corso di formazione di 500 ore abilitante a prestare adeguata assistenza a soggetti NA.

³⁵ Stiamo qui implicitamente escludendo l'ipotesi che un beneficiario di PU stipuli un contratto di lavoro diverso da quello FT, ad es. due contratti a tempo parziale. Questa fattispecie non è tuttavia infrequente. A volte infatti sul mercato locale degli assistenti non c'è la disponibilità ad effettuare un turno completo e diventa necessario per il paziente ricorrere a più figure professionali che dividano tra loro le ore di lavoro settimanali richieste. Tuttavia, non essendoci dati a suffragio di tale aspetto, riteniamo di dover considerare la fattispecie standard, ossia di assunzione a tempo pieno dei caregiver formali.

³⁶ 4.33 è il numero medio di settimane al mese (52 settimane / 12 mesi).

³⁷ 23% e 25% sono le aliquote IRPEF dei primi 2 scaglioni.



Una volta quantificato il dettaglio di costo di cura *standard* di un'assistente familiare, passiamo alla definizione delle ipotesi relative al potenziale effetto della riforma. Nella Tabella 20 vengono riportate, per ciascun livello di graduazione, le quote di anziani che dichiarano di avvalersi di un'assistente familiare nel questionario EHIS [Use rate]. Nella seconda colonna si illustra il numero di ore settimanali di lavoro che possono essere retribuite ad un'assistente familiare attingendo all'importo della PU opzione servizi (es. per il livello 1 di bisogno: 750€ / (8,31€ *4,33) = 21h/settimana). Riguardo questo punto occorre precisare che per il calcolo delle ore "pagabili" all'assistente familiare non viene considerata la retribuzione lorda oraria bensì il costo medio orario per il datore di lavoro, comprensivo quindi della quota contributiva a carico di quest'ultimo (riga C/(riga B * 4.33³⁸)). L'ultima colonna presenta l'ipotesi sulla propensione di ricorso ad assistenti familiari contrattualizzate, che – in base alle evidenze empiriche³⁹ – è pari a 0.4: su 10 assistenti familiari, solo 4 sono assunte con un regolare contratto di lavoro. Ciascun valore della colonna [Use rate- hyp. 40%] è pertanto il 40% del corrispettivo contenuto nella colonna [Use rate]. Il tasso di ricorso ad assistente familiare regolare sarà funzionale ad ottenere le stime illustrate nella Tabella 21.

Tabella 20 Tasso di utilizzo potenziale, ore lavorate e tasso di utilizzo effettivo (previsto) di attività di care-giving formale.

Livelli graduazione	Use rate (%)	Ore/settimana	Use rate - hyp. 40%
1	17	21	6,64%
2	25	24	10,1%
3	32	33	12,94%
4	38	42	15,11%

Nota: Ns. elaborazioni su dati EHIS.

La seconda colonna del prospetto informa sulle ore settimanali che possono essere retribuite ad un assistente familiare contrattualizzato/a ricorrendo all'*opzione servizi* della PU. È possibile notare che solo chi ricade nella quarta e più severa classe di bisogno può contare sulla copertura di un contratto C- Super full time (non convivente – ovvero 40h settimanali). Gli importi dell'opzione servizi erogati alle altre classi di bisogno permettono di finanziare interamente il costo di un'assistente familiare part-time (10 ore di assistenza settimanali) oppure possono concorrere alla copertura parziale di contratti a tempo pieno.

³⁸ Numero medio di settimane al mese.

³⁹ Si consulti a tal proposito l'Appendice D.



Stimiamo quindi la percentuale di emersi sottraendo lo [Use rate – hyp. 40%] al take-up rate dell’opzione servizi. In altri termini, prevediamo che l’opzione care sia sempre utilizzata – dai NA non ricoverati in RSA – per coprire i costi dell’assistenza domiciliare e pertanto conduca alla regolarizzazione dei/delle assistenti familiari attualmente in nero. Idealmente, ad emergere non sarebbe solo il 60% dell’attività di cura– che è attualmente sommersa – ma si verificherebbe anche un incremento dei contratti in termini assoluti perché chi non poteva beneficiare di assistenza domiciliare professionale per via dei costi elevati, con l’opzione servizi potrebbe farlo. Per esempio, relativamente ai NA ricompresi nella terza classe di bisogno potenzialmente potrebbe “emergere” il 27% dei contratti, ovvero 39.431. Circa la metà di questi (13% - da quarta colonna Tabella 20) sono assistenti familiari assunte in nero che verrebbero regolarizzate, mentre i restanti 20.446 sono assistenti familiari assunte per la prima volta dall’anziano non-autosufficiente che adesso può permetterselo. Il numero di contratti emersi che stimiamo [# Emersi, in Tabella 21] deriva quindi dal prodotto tra numero di NA (senza l’aggiunta dei residenti in casa di cura, che non beneficerebbero di servizi di assistenza domiciliare) e la propensione ad assumere assistenti familiari [Emersi % in Tabella 21]. Queste assunzioni ci permettono quindi di ipotizzare l’aumento di gettito IRPEF netta e dei contributi derivanti dalla regolarizzazione dei contratti di lavoro e dalle nuove assunzioni.

Utilizzando questa metodologia, simuliamo un potenziale impatto della riforma sull’emersione che abbiamo riassunto nella Tabella 21. Per ciascun livello di bisogno assistenziale abbiamo stimato la percentuale [Emersi %] e il numero assoluto [# Emersi] di assistenti familiari che l’opzione servizi potrebbe potenzialmente far emergere. Da questo abbiamo simulato il potenziale aumento di gettito generato dagli introiti in termini di [IRPEF netta] + [Contributi] derivanti dalla regolarizzazione dei contratti di lavoro e dalle nuove assunzioni. L’introduzione dell’opzione servizi ed il suo efficace utilizzo porterebbero ad un aumento di gettito stimato complessivamente pari a circa 661 milioni di euro annui (v. sesta colonna di Tabella 21).

L’effetto di emersione (v. Tabella 21) potrebbe coinvolgerebbe nelle nostre ipotesi quasi 250.000 rapporti di lavoro. Le nuove figure professionali regolarizzate si aggiungerebbero alle circa 430.000 già assunte regolarmente (dati Inps 2022)⁴⁰. L’aumento di gettito contributivo annuo generato dall’emersione è stimato (applicando il Contratto Collettivo Nazionale per un numero medio di 30 ore settimanali) in 476 milioni di euro (circa 337 milioni di ore lavorate). L’aumento di gettito IRPEF è stimato pari a circa 185 milioni di euro annui. Il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall’emersione è quindi stimato pari a 661 milioni di euro annui.

⁴⁰ Si veda il rapporto di giugno 2023 “Statistiche in breve” redatto a cura del Coordinamento generale statistico attuariale dell’INPS.



Tabella 21 Stima dei contratti emersi e aumento di gettito contributivo e IRPEF annui connessi all'introduzione della PU con opzione servizi

Livelli di graduazione	Emersi %	# Emersi	IRPEF netta (in mln di €)	Contributi (in mln di €)	Gettito totale (in mln di €)
1	13%	108.830	64,9	166,6	231,5
2	20%	71.791	48,5	124,6	173,1
3	27%	39.431	37,6	96,6	134,2
4	57%	28.688	34,2	87,9	122,1
<i>Totale</i>		248.741	185,3	475,7	661

1. Prospetto sintetico dei costi dei possibili scenari di riforma

Nella Tabella 22 sintetizziamo l'effetto finanziario annuale generato da ciascuna ipotesi di riforma a regime, al lordo e al netto dei potenziali risparmi previsti e in relazione alla spesa IdA relativa allo status quo [Scenario 0]. Il benchmark dello scenario 0 di 9,3 miliardi non si discosta particolarmente dalla spesa IdA per anziani desumibile dai dati istituzionali pubblicati dall'INPS⁴¹, che per il 2023 ammonta a 8,93 miliardi di euro.

⁴¹ <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/6/37/53/o/381>



Tabella 22 *Impatto finanziario annuale relativo all'introduzione di 3 diverse alternative di riforma all'IdA*

Scenario	Graduazioni		Spesa totale (in mln di €)	Costo diretto riforma (in mln di €)	Aumento spesa stimato (%)	Risparmio emersione badanti (in mln di €)	Spesa complessiva al netto dei risparmi (in mln di €)	Spesa netta per la riforma (in mln di €)
	Cash	Care						
[0] Status quo: si mantiene l'attuale IdA	x	-	9.324	---	0,0	---	9.324	---
[1] Si inserisce solo graduazione alla componente <i>cash</i>	x	-	9.820	+496	+5,3	---	9.820	+496
[2] La graduazione interessa solo l'opzione servizi	-	x	11.703	+2.379	+25,5	-661	11.042	+1.718
[3] Si applica la graduazione tout court, sia su <i>cash</i> che per l'opzione servizi	x	x	11.940	+2.616	+28,1	-661	11.279	+1.955

Nota: Per dettagli si rimanda alle sezioni metodologiche.

L'effetto di emersione si potrebbe registrare solo in corrispondenza degli scenari che contemplano l'opzione servizi (pertanto il 2 e 3). Questo potrebbe coinvolgerebbe nelle nostre ipotesi oltre 250.000 rapporti di lavoro generando un potenziale nuovo gettito contributivo generato di 475 milioni di euro e un gettito IRPEF aggiuntivo stimato per 185 milioni di euro. Considerando il nuovo gettito contributivo e fiscale generato dall'emersione è stimato quindi di 661 milioni di euro.



L'opzione di riforma 3 a regime, che risulta la più ambiziosa, incisiva e in linea con l'attuale volontà del Legislatore, costerebbe quindi 12 miliardi di euro annui, che diventano circa 11 miliardi di euro al netto delle "economie" previste. Rispetto all'attuale spesa per IdA, l'aggravio di costo netto stimato è pari a 2 miliardi annui.

2. Proiezioni di spesa per i prossimi cinque anni

Per valutare l'impatto finanziario di una riforma all'IdA completa di graduazione sia sotto il profilo del trasferimento cash che di quello in-kind, occorre tenere in conto che il passaggio dalla misura attuale a quella nuova richiederà presumibilmente diversi anni. Le stime presentate nella sezione precedente assumevano invece l'implementazione immediata della riforma e non contemplavano una realistica fase di phase-in.

L'esercizio che proponiamo in questa sezione tiene in considerazione un orizzonte temporale di cinque anni, periodo di phase-in della riforma che assumiamo sia potenzialmente necessario affinché la nuova prestazione entri a pieno regime. Per questa analisi ci focalizziamo sull'ipotesi di riforma della PU più completa e pertanto *desiderabile*, ovvero quella che prevede la graduazione sia nell'importo monetario che in quello a titolo di servizi e include un aumento del numero degli attuali beneficiari [Scenario 3]. Necessitiamo di una serie di assunzioni riguardo il turn-over, ossia la percentuale di nuovi NA che riceveranno la PU al posto di IdA. Questi possono essere nuovi NA che fanno richiesta per la prima volta o attuali percettori IdA che, in virtù di importi PU più alti rispetto a quelli dell'attuale IdA, chiedono una nuova valutazione dei bisogni per il passaggio a PU. Per maggiori informazioni sul calcolo del turn-over dei percettori di IdA, si rimanda all'Appendice E.

Assumiamo che la riforma possa entrare in vigore a partire dal secondo semestre del primo anno di riforma, per dare il tempo alle commissioni di valutazione e al sistema dei servizi territoriali di prepararsi. Pertanto, per il primo anno la platea di soggetti NA che verrà presa in carico dal futuro Sistema Nazionale Anziani non-autosufficienti (SNAA) sarà la metà di quella attesa nel corso dell'anno. Considerando un tasso di turn-over pari al 24%, nel primo semestre di vigenza della PU assumiamo venga trattato per la prima volta il 12% degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, è lecito assumere un tasso di *non-compliance* al programma PU, che assumiamo sia pari a 10%. In altre parole, ci aspettiamo che su 10 potenziali idonei solo 9 faranno richiesta per ottenere la PU. Per il 10% dei potenziali beneficiari, la *non-compliance* sarà legata a mancata informazione, volontà di mantenere la situazione vigente senza obbligo di sottoporsi ad una nuova valutazione, tempi lunghi di attesa per ottenere una nuova



valutazione, e via dicendo. Seguendo queste ipotesi, nel secondo semestre l'89% degli over 65 non autosufficienti continua a ricevere l'IdA mentre l'11% accede alla PU, poi la quota di beneficiari PU aumenta ogni anno di 21,6 punti percentuali fino ad entrare a regime (quasi pieno) a partire dal sesto anno. Nella Tabella 23 la terza riga rappresenta il tasso di *phase-in* (introduzione della PU) al netto del tasso di *non-compliance* (riportato nella seconda riga) e l'ultima illustra la dinamica del tasso di accesso all'IdA (ovvero del tasso di *phase-out*).

Tabella 23 Tasso di partecipazione alla PU per ogni anno (I semestre) del periodo di messa a regime della misura

	I (2° semestre)	II	III	IV	V
<i>PU (phase in)</i>	12%	36%	60%	84%	108%
<i>quota che non opta per la PU</i>	10%	10%	10%	10%	10%
PU effettiva (al lordo della salvaguardia)	11%	32%	54%	76%	97%
<i>IdA (100%-PU Effettiva)</i>	89%	68%	46%	24%	3%

Nota: Simulazioni condotte considerando l'opzione di riforma 3, ovvero l'opzione che contempla la graduazione sia dell'importo cash che di quello a titolo servizi e che include nel computo di NA il 50% degli ospiti di RSA.

Le stime qui condotte mantengono fissa la numerosità complessiva dei beneficiari ai valori esposti nella quarta colonna di Tabella 10 (1.474 mila anziani). In altre parole, non teniamo in considerazione le dinamiche demografiche in atto nel nostro paese e l'eventuale aumento della probabilità di richiedere la PU dovuto alla sua maggiore convenienza rispetto all'attuale IdA. Entrambe queste pressioni potrebbero comportare un aumento del numero di potenziali beneficiari con conseguenti aumenti dei costi. Nel complesso l'incremento di spesa prevedibile, al netto dei risparmi fiscali, contributivi e di spesa che la nuova prestazione consente, è quello indicato nelle righe H e I della Tabella 24.



Tabella 24 Stima della spesa (in milioni di euro) nel periodo di messa a regime della misura

	I anno (2° semestre)	II anno	III anno	IV anno	V anno
A. Spesa per beneficiari IdA	8.317	6.303	4.289	2.275	261
B. Spesa per nuovi beneficiari PU	1.290	3.869	6.448	9.027	11.606
C. Risparmi da gettito fiscale e contributivo derivanti da PU	71	214	357	500	642
D. Spesa lorda complessiva (A+B)	9.606	10.172	10.737	11.302	11.867
E. Spesa netta complessiva (A+B-C)	9.535	9.957	10.380	10.802	11.225
F. Incremento di spesa lorda (A+B- IdA 2023 pari a 9.324 milioni di €)	283	848	1.413	1.978	2.543
G. incremento di spesa netta (A+B-C - IdA 2023 pari a 9.324 milioni di €)	211	634	1.056	1.478	1.901
H. Incremento spesa annuale lorda	283	565	565	565	565
I. Incremento spesa annuale netta	211	422	422	422	422

Nota: I valori del primo anno (*) si riferiscono al secondo semestre, semestre in cui si assume l'entrata in vigore della PU. La stime riportate sono ottenute mantenendo fissa la numerosità complessiva dei beneficiari ai valori esposti nella quarta colonna di Tabella 10 (1.474 mila anziani) e ipotizzando un ricambio annuale dei beneficiari pari al 24%.

3. Stima dell'impatto finanziario dell'introduzione di una clausola di salvaguardia

Il vantaggio economico della PU rispetto all'attuale IdA potrebbe spingere una platea di attuali percettori IdA a richiedere il passaggio alla PU. A priori, è difficile quantificare l'entità di questo



processo. Non è chiaro inoltre se sarà prevista l'introduzione di una *clausola di salvaguardia* che consenta ad una quota degli attuali beneficiari IdA di poter usufruire della PU, previa rivalutazione dello stato di bisogno.

Le stime in Tabella 24 non contemplano alcuna clausola di salvaguardia. Nella Tabella 25, invece, vengono riportati i tassi di partecipazione dei NA all'IdA (2° riga) e alla nuova prestazione (3° riga) sotto differenti scenari.

Le ipotesi che verranno analizzate – riassunte in Tabella 25 – sono:

- 1) *Clausola al 2.5%*: specificatamente si assume che 1.25% dello stock di percettori IdA richieda il passaggio a PU al primo anno (primo semestre), il 2.5% negli anni II e III che cala al 2% nel quarto anno e 1.25% per il quinto;
- 2) *Clausola al 5%*: (2.5% al primo semestre, 5% negli anni II e III, 3.5% nel IV e 2.5% nel V anno);
- 3) *Clausola al 10%*: (5% al primo semestre, 10% negli anni II e III, 8% nel IV e 5% nel V anno).

Tabella 25 Tassi di partecipazione annuali alla PU stimati sotto differenti ipotesi di utilizzo di una eventuale clausola di salvaguardia

Ipotesi clausola salvaguardia	I (2° semestre)	II	III	IV	V
IdA (A)	89%	68%	46%	24%	3%
Salvaguardia (B)	1,25%	2,50%	2,50%	2,00%	1,25%
1 IdA – salvaguardia (C=A-B)	88%	66%	45%	24%	3%
PU + salvaguardia (100-C)	12%	34%	55%	76%	97%
Salvaguardia (B)	2,50%	5,00%	5,00%	3,50%	2,50%
2 IdA – salvaguardia (C=A-B)	87%	64%	44%	24%	3%
PU + salvaguardia (100-C)	13%	36%	56%	76%	97%
Salvaguardia (B)	5%	10%	10%	8%	5%
3 IdA – salvaguardia (C=A-B)	85%	61%	41%	22%	3%
PU + salvaguardia (100-C)	15%	39%	59%	78%	97%

Nella Tabella 26 si sintetizzano i risultati ottenuti – al netto dei risparmi di spesa – in corrispondenza di ciascuna delle tre ipotesi sul tasso di partecipazione ad una eventuale clausola di salvaguardia.



Tabella 26 Stima degli incrementi di spesa annuali (in milioni di euro) sotto differenti ipotesi di utilizzo di una eventuale clausola di salvaguardia

Differenti ipotesi di salvaguardia	I anno (2° semestre)	II anno	III anno	IV anno	V anno
Ipotesi 1 (2.5% circa)					
B1. Spesa per clausola di salvaguardia	150	301	301	241	150
H. Incremento spesa annuale lorda	433	716	565	505	475
I. Incremento spesa netta	354	569	426	367	335
Scenario 2 (5% circa)					
B1. Spesa per clausola di salvaguardia	301	602	602	421	301
H. Incremento spesa annuale lorda	583	866	565	385	445
I. Incremento spesa netta	497	716	430	251	307
Scenario 3 (10% circa)					
B1. Spesa per clausola di salvaguardia	602	1.204	1.204	963	602
H. Incremento spesa annuale lorda	884	1.167	565	324	204
I. Incremento spesa netta	784	1.009	437	199	73

Note: I valori del primo anno si riferiscono al secondo semestre, semestre in cui ci assume l'entrata in vigore della PU. Le differenti ipotesi di salvaguardia assumono proporzionalità nelle diverse fasce di bisogno (v. Tabella 10) rispetto alle stime riassunte nella Tabella 24.



Appendice D

Analisi dei costi connessi all'assunzione di un'assistente familiare

La valutazione dei costi connessi all'assunzione di un assistente familiare gioca un ruolo profondamente determinante nel delicato trade-off tra cure al domicilio e ricovero in istituti per anziani⁴². Il soggetto che per sé o per altri opta per la prima soluzione si trova poi di fronte ad un'ulteriore complesso bivio: quello tra l'assunzione regolare o in nero del care-giver. Sebbene quest'ultimo genere di discrezionalità non dovrebbe sussistere, evidenze empiriche rivelano che non è così. I dati ISTAT relativi al 2019 hanno infatti evidenziato per il lavoro domestico (settore composto da colf e badanti) un tasso di irregolarità pari al 57%, ben al di sopra rispetto alla media di tutti i settori, che si assesta al 12,6%⁴³. Sempre nel 2019, il numero di badanti regolarmente censito dall'INPS ammontava a circa 407 mila lavoratori. Questi rappresentano tuttavia solo il 41% degli assistenti familiari effettivamente impiegati nelle case degli italiani [Fonte: stime DOMINA/FLM su dati ISTAT], che pertanto sarebbero quasi un milione. Un segnale positivo è *probabilmente* rappresentato dall'incremento delle assunzioni di badanti registrato nel 2022, anno in cui si è arrivati a contare 429.426 care-giver regolari, di cui il 91% donne⁴⁴.

Il calcolo della spesa necessaria ad assumere o regolarizzare un assistente familiare è stato sviluppato a partire dall'analisi di una busta paga tipo di un/a badante inquadrato/a nella categoria C-Super e impiegato/a a tempo pieno. La Tabella D1 riassume gli elementi contributivi e retributivi relativi a un contratto per assistente convivente e non convivente. Come specificato nella Sezione 4.1, lo scenario considerato ai fini della ricerca è quello medio tra queste due tipologie di prestazione assistenziale.

⁴² Stando a quanto emerge dalla seconda indagine Censis sulle famiglie associate ad Assindat-colf, il 58,5% di esse preferisce assumere una badante per assistere un parente anziano piuttosto che ricorrere a una RSA (Residenza sanitaria assistenziale). Solo il 41,5% delle famiglie prende in considerazione l'opzione ricovero, e di queste, il 21,3% si rivolgerebbe a una struttura convenzionata, il 14,2% a una privata, mentre solo il 6% al pubblico [Fonte: Il Sole 24 ore, Luglio 2022].

⁴³ [Le famiglie preferiscono le badanti alle case di riposo. Ma la metà è pagata ancora in nero - Info Data \(ilssole24ore.com\)](#)

⁴⁴ [Prime esplorazioni tabella voucher \(inps.it\)](#)



Tabella D1 Contratto badante C-Super, Full Time, convivente e non

	C-Super non convivente	C-Super convivente
Ore settimanali	40	54
Costo Medio orario	9,96 €	6,65 €
Stipendio su 11 mesi lavorati	14.841,51 €	12.328,36 €
Ferie 26 gg	1.349,23 €	1.288,98 €
Tredicesima	1.349,23 €	1.288,98 €
Rateo TFR annuale	1.299,26 €	1.241,24 €
Contributi annuali	2.516,80 €	3.397,68 €
Quota a carico lavoratore	-644,80 €	-870,48 €
Totale annuale	20.711,22 €	18.674,76 €
Totale mensile medio	1.725,94 €	1.556,23 €

Dalle tabelle sopra riportate sono stati ricavati gli importi relativi all'Irpef e ai contributi, ovvero le componenti destinate a generare introiti per l'Erario. Particolarmente tecnico è il calcolo dell'Irpef netta, che si ottiene applicando la detrazione prevista dalla normativa vigente all'Irpef lorda⁴⁵. Di seguito si mostrano i passaggi ed i calcoli eseguiti.

$$1. \text{Imponibile IRPEF} = \text{Retribuzione media mensile} \times 12 - \text{contributi c/lavoratore}$$

$$2. \text{IRPEF lorda} = (15.000 \times 23^{46}\%) + (\text{Imponibile IRPEF} - 15.000) \times 25^{47}\%$$

$$3. \text{Detrazione} = 1.910 + 1.190 \times \frac{(28.000 - \text{Imponibile IRPEF})}{13.000}$$

$$4. \text{IRPEF netta} = \text{IRPEF lorda} - \text{Detrazione}$$

⁴⁵ [Detrazioni lavoro dipendente 2023: istruzioni, calcolo e importi \(informazionefiscale.it\)](#)

⁴⁶ Aliquota connessa al primo scaglione di reddito, ossia ai primi 15.000€

⁴⁷ Aliquota riferita al secondo scaglione di reddito, ossia quello compreso tra 15.000 e 28.000€



La pressione fiscale è infine calcolata dividendo l'IRPEF netta per la base imponibile.

Il rapporto contributivo è invece ottenuto nel seguente modo:

$$\% \text{ Contributi} = \frac{\text{Contributi annuali}}{\text{Totale annuale} + \text{Quota a carico lavoratore} - \text{Contributi annuali}}$$

Appendice E

Conti su turn-over beneficiari IdA

Il calcolo del tasso di sostituzione (o turn-over) dei beneficiari IdA deriva dall'analisi delle serie storiche dei pensionati per invalidità civile pubblicate dall'Osservatorio statistico dell'INPS. Le serie storiche forniscono dati circa il numero di beneficiari di indennità e di pensione per livello territoriale (area/regione/provincia) e genere⁴⁸. Attraverso tali dati è possibile studiare l'andamento del numero di beneficiari di Indennità di Accompagnamento (da qui in poi "IdA") in Italia negli ultimi 22 anni (2002-2023).

I flussi dei percettori IdA pubblicati da Inps sono di due tipologie⁴⁹:

- Pensioni vigenti: quelle che hanno ottenuto il rinnovo del mandato di pagamento al 1° gennaio con la relativa perequazione dell'importo della pensione. Esse costituiscono un dato di stock.
- Pensioni liquidate: quelle che hanno dato luogo al primo pagamento nel corso dell'anno precedente. Esse costituiscono un dato di flusso.

Nelle nostre analisi, le pensioni vigenti rappresentano lo stock, mentre le pensioni liquidate l'inflow. L'outflow dell'anno T è calcolato come segue:

$$\text{outflow}_T = \text{stock}_T - \text{netto}_{[T+1]}$$

$$\text{netto}_{[T+1]} = \text{stock}_{[T+1]} - \text{inflow}_{[T+1]}$$

⁴⁸ Pensioni vigenti – serie storica [Osservatori Statistici \(inps.it\)](https://www.inps.it); Pensioni liquidate – serie storica [Osservatori Statistici \(inps.it\)](https://www.inps.it); Pensioni liquidate, dettaglio per classe di età [Osservatori Statistici \(inps.it\)](https://www.inps.it).

⁴⁹ [Le informazioni statistiche presentate in questo volume si aggiungono a quelle prodotte dall'Istat nell'ambito delle rilevazioni \(inps.it\)](#)



L'outflow informa sulle persone che non sono più beneficiarie IdA al 31/12 dell'anno t. Le pensioni liquidate si riferiscono all'anno t-1, quindi iniziano dal 2001. Per il 2001 i beneficiari di prestazioni vigenti saranno missing values, per il 2023 i beneficiari di prestazioni liquidate saranno missing values.

Esempio:

Vogliamo ottenere l'outflow del 2002 (al 31/12):

- Prima calcoliamo lo stock netto nel 2003 senza considerare i beneficiari entrati nello stesso anno:

$$netto_{2003} = stock_{2003} - inflow_{2003}$$

Se nel 2002 non ci fossero stati morti avremmo avuto $netto_{2003} = stock_{2002}$

- Se sottraiamo il netto 2003 allo stock del 2002, la differenza è rappresentata dai beneficiari deceduti nel 2002 e da coloro a cui non è stata rinnovata l'indennità.

$$outflow_{2002} = stock_{2002} - netto_{2003}$$

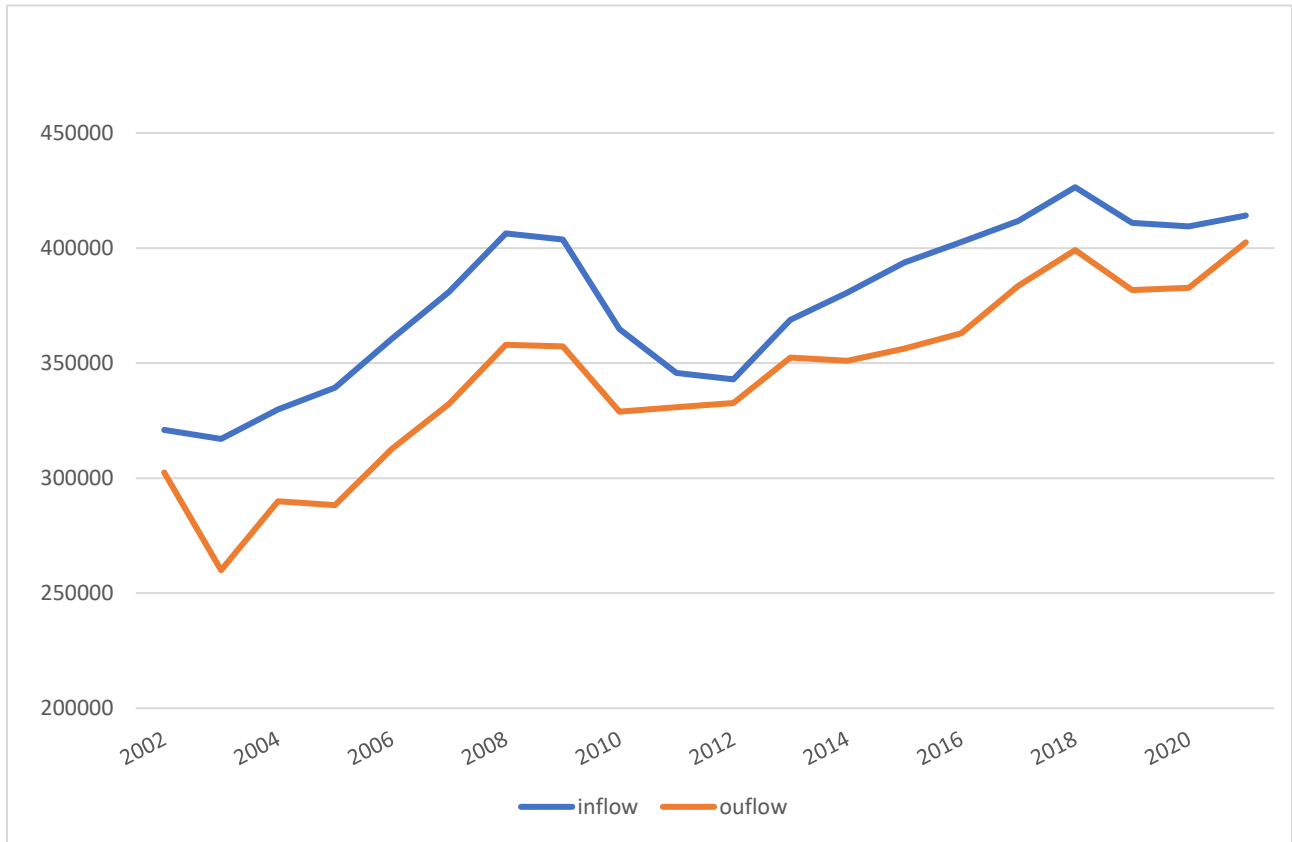
$$outflow_{2002} \geq 0$$

La Figura E1 mostriamo il trend di percettori di indennità in entrata e uscita utilizzando le medie mobili triennali; prendiamo quindi ogni anno il valore di flusso medio tra quelli degli ultimi tre anni. Come è possibile notare dal grafico, il flusso in entrata è sempre superiore a quello in uscita. Inflow è sempre maggiore di outflow. La cumulata dei saldi genera un raddoppio (circa) nello stock delle prestazioni in essere a fine anno tra 2002 e 2022. Il tasso medio di crescita costante annualizzato negli inflow è di 1.35%⁵⁰. Ogni anno da 1/4 a 1/3 dei percettori perde l'indennità, per ragioni legate al decesso o al mancato rinnovo per scomparsa del presupposto. Questo elevato tasso di rimpiazzo implica - in steady state - una durata media della prestazione compresa tra 3 e 4 anni (più bassa rispetto all'aspettativa di vita dei NA, ma compatibile con strette di tipo amministrativo e con erogazioni a malati di tumore e simili). *Cautelativamente* e alla luce delle sopra richiamate evidenze empiriche, assumiamo che il tempo medio di transizione degli anziani beneficiari di IdA sia di 4 anni.

⁵⁰ Il tasso di crescita medio annualizzato relativo al periodo 2003-2022 è ottenuto dalla seguente formula: $(Inflow_{2002} - Inflow_{2023})^{1/(2022-2003)} - 1$.



Figura E1 Flussi in entrata e uscita di medie mobili triennali





Bibliografia

- Arlotti, Parma, & Ranci. (2017). *La valutazione del bisogno assistenziale. I criteri e gli strumenti utilizzati in Italia e in Europa.*
- Armstrong, N., Wang, H., E, J. Y., Lin, F., Abraham, A., Ramulu, P., . . . Agrawal, Y. (2021). Patterns of Prevalence of Multiple Sensory Impairments Among Community-dwelling Older Adults.
- Autosufficienza, N. N. (2017). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Sesto Rapporto 2017-18.*
- Barbabella, Poli, Chiatti, Pelliccia, & Pesaresi. (2018). *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati, in NNA (by) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto: il tempo delle risposte.*
- Barthel, D. W., & W., M. F. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill.*
- Bertoglio, C. (2022). Gli anziani fragili nella transizione verso la non autosufficienza. Esperienze di vita e indicazioni per i servizi alla persona.
- Boyle, P. A., Cohen, R. A., Paul, R., Moser, D., & Gordon, N. (2002). *Cognitive and motor impairments predict functional declines in patients with vascular dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17 (2), 164–169.*
- Bramanti, & Nanetti. (2022). Fragility or Frailty? The Stories of Five Women's Transition to Old Age.
- Cahn-Weiner, D. A., Farias, S. T., Julian, L., Harvey, D. J., Kramer, J. H., Reed, B. R., & Chui, H. (2007). *Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. Journal of the International Neuropsychological Society, 13 (05), 747–757.*
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review.
- Crimmins, & al., e. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS.
- Fonseca, Michaud, & Zheng. (2020). *The effect of education on health: evidence from national compulsory schooling reforms.*



- Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., & Gottdiener, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype.
- Gori, C., Morciano, M., Paccagnella, O., & Rebba, V. (2019). *Assistenza alle persone non autosufficienti: il nodo ineludibile dell'indennità di accompagnamento*. In: Arachi G., Baldini M. (eds.) *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2019*.
- Hancock, Morciano, Pudney, & Zantomio. (2014). *Multisurvey Analysis for the Older Population in Great Britain*.
- Hibbard, & Pope. (1983). *Gender roles, illness orientation and use of medical services*.
- ISTAT. (2021). *LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA | ANNO 2019*.
- Katz, & al., e. (1963). *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*.
- Lawton, & Brody. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*.
- Longo, & Maino. (2021). *Platform Welfare: Nuove logiche per innovare i servizi sociali*.
- Maddox, G. (1987). *The Encyclopedia of the Ageing*.
- Mitnitski, Mogilner, & Rockwood. (2001). *Accumulation of deficits as a proxy measure of aging*.
- OMS. (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*.
- Raghupathi, V., & W., R. (2020). *Healthcare Expenditure and Economic Performance: Insights From the United States Data*.
- Rahman, & Liu. (2000). *Gender Differences in Functioning for Older Adults in Rural Bangladesh: The Impact of Differential Reporting?*
- Scheel-Hincke, L., Möller, S., Lindahl-Jacobsen, R., Jeune, B., & Ahrenfeldt, L. (2019). *Cross-national comparison of sex differences in ADL and IADL in Europe: findings from SHARE*.
- Sheringham, Kuhn, & Burt. (2021). *The use of experimental vignette studies to identify drivers of variations in the delivery of health care: a scoping review*.
- Verbrugge. (1980). *Sensitization and fatigue in health diaries*.
- Verbrugge, & Wingard. (1987). *Sex differentials in health and mortality*.



West, S., Mc Cue, R., & Golden, C. (2012). *Does memory predict decline in activities of daily living in older adults with Alzheimer's disease*. *Archives of Assessment Psychology*, 2 (1), 32–43.

Wingard. (1984). The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle.

Rapporto INPS giugno 2023 “Statistiche in breve”, a cura del Coordinamento generale statistico attuariale.

Sitografia

[Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari : Anziani per genere e livello di assistenza sanitaria - reg. \(istat.it\)](#)

[Le famiglie preferiscono le badanti alle case di riposo. Ma la metà è pagata ancora in nero - Info Data \(ilsole24ore.com\)](#)

[Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti \(salute.gov.it\)](#)

[La spesa dei comuni per i servizi sociali - Anno 2020 \(istat.it\)](#)

[DPCM 12.01.17 - articolo 30: Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti \(medicoeleggi.com\)](#)

[Il ruolo del caregiver nella gestione assistenziale | Nurse Times](#)

[Che cosa è il caregiver? \(laleggepertutti.it\)](#)

<https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/6/37/53/o/381>

[Badanti in Italia \(osservatoriolavorodomestico.it\)](#)

[Dati lavoratori domestici - Analisi Osservatorio DOMINA - Domina \(associazionedomina.it\)](#)

[Dati badanti - le statistiche sul lavoro da badante in Italia \(aedomificio.com\)](#)

[Report 2022 dell'Osservatorio INPS sul Lavoro domestico in Italia | Nuova Collaborazione](#)

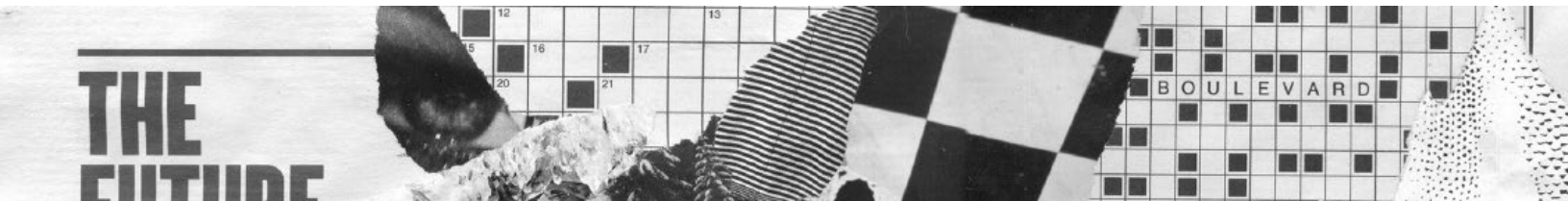
[Detrazioni lavoro dipendente 2023: istruzioni, calcolo e importi \(informazioneefiscale.it\)](#)

[Prime esplorazioni tabella voucher \(inps.it\)](#)



ISTAT [a] http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCAR_PENSIONATI2#

ISTAT [b] http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1#



L' Osservatorio per la Coesione e l'Inclusione Sociale è
un progetto
nato nell'ambito del Festival **SOCIAL COHESION DAYS**
Promosso da *Fondazione Easy Care*
Via A. Gramsci 54/h - 42124 Reggio Emilia
Tel.: +39 0522378654 - 378715
Email: info@osservatoriocoesioneesociale.it
Web: www.osservatoriocoesioneesociale.eu/

