I LUOGHI DELLA CURA online

Numero 3-2019

Indennità di Accompagnamento: cambiare è possibile? Una proposta operativa di riforma

Introdotta agli inizi degli anni '80 come misura finalizzata al sostegno per disabili adulti, l'Indennità di Accompagnamento (IdA) si è trasformata, nel corso del tempo e con l'intensificarsi del processo di invecchiamento, nello strumento principale di supporto ai bisogni di cura della popolazione anziana, arrivando a tassi di copertura fra i più elevati a livello europeo. Essa presenta, tuttavia, diversi profili di criticità, da cui conseguono una serie di problematiche sul terreno dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'equità. L'articolo presenta e discute una proposta operativa di riforma dell'IdA.

di Costanzo Ranci (Professore Ordinario di Sociologia economica, Coordinatore del Laboratorio di Politiche Sociali LPS, Politecnico di Milano), Marco Arlotti (Ricercatore RTD junior in Sociologia Economica, Politecnico di Milano), Andrea Parma (Assegnista di ricerca, Politecnico di Milano)

La pressione demografica e i cambiamenti sociali in atto hanno reso sempre più manifeste le criticità strutturali del sistema di tutela della non autosufficienza (Long-Term-Care, d'ora in avanti LTC) che caratterizza il nostro paese, come oramai ampiamente documentato ed analizzato nella letteratura sul tema. Ciononostante, l'attuazione di processi di riforma e di investimento in politiche di LTC sconta un notevole ritardo. Infatti, mentre a partire dal 1995 gran parte dei paesi europei hanno introdotto riforme sostanziali nel sistema LTC su scala nazionale, in Italia l'architettura istituzionale e finanziaria del sistema è rimasta sostanzialmente invariata.

In questo contesto, la pressione del bisogno è stata dunque scaricata in gran parte sul "fai-da-te" delle famiglie: "fai-da-te" alimentato anche dall'espansione inerziale dei programmi esistenti, in primis l'Indennità di Accompagnamento (d'ora in avanti IdA). Introdotta agli inizi degli anni '80 come misura finalizzata al sostegno per disabili adulti l'IdA si è trasformata, nel corso del tempo e con l'intensificarsi del processo di invecchiamento, nello strumento principale di supporto ai bisogni di cura della popolazione anziana, arrivando a tassi di copertura fra i più elevati a livello europeo (Ranci et al. 2019).

I profili di criticità dell'Indennità di Accompagnamento

La struttura e il funzionamento dell'IdA mettono, tuttavia, in evidenza diversi profili di criticità, da cui conseguono una serie di problematiche sul terreno dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'equità (Ranci 2008; Beltrametti 2009). Gli elementi più critici possono essere riassunti nei termini che seguono (Arlotti, Ranci, Arlotti e Parma 2017a).

L'assenza di uno strumento standardizzato di valutazione del bisogno

In primo luogo, l'accertamento per l'accesso alla misura non avviene attraverso strumenti di valutazione multidimensionali, standardizzati a livello nazionale. Ciò ha favorito, nel corso del tempo, la creazione di un ampio spazio di discrezionalità nelle procedure di accertamento da parte delle commissioni sanitarie territoriali e, di conseguenza, una forte differenziazione territoriale nell'erogazione del beneficio. I tassi di copertura dell'IdA variano, non a caso, notevolmente all'interno del territorio nazionale, sino a triplicare in alcune province italiane. I valori minimi riscontrati soprattutto nelle province del nord e in alcune zone del centro–Italia (XV Rapporto annuale INPS 2016)

L'iniquità verticale della misura

Un secondo aspetto critico riguarda l'assenza di una differenziazione nell'importo riconosciuto. Il beneficio monetario, infatti, a parte il caso delle persone non vedenti, non prevede variazioni (nel 2019 l'ammontare mensile è pari a circa 518 euro). In questo senso, dunque, il sostegno dell'IdA rimane lo stesso per tutti i beneficiari nonostante l'estrema varietà potenziale del bisogno di cura: da condizioni di lieve limitazione dell'autonomia ad altre di totale allettamento e richiesta h24 di cura ed assistenza.

Tale assetto determina un forte elemento di iniquità "verticale" che, peraltro, non sembra trovare analoghi nel panorama europeo dove l'importo dei benefici a sostegno dei costi di cura per persone non autosufficienti è generalmente differenziato in base al grado di gravità del bisogno (Ranci et al. 2019). In alcuni paesi gli importi mensili destinati a livelli minori di gravità sono inferiori a quelli riconosciuti dall'IdA, mentre vengono previsti importi decisamente superiori per le condizioni di non autosufficienza più gravi, incluse le demenze e i problemi cognitivi.

La monetizzazione della cura

Un terzo elemento critico riguarda le modalità di erogazione della misura. Si tratta esclusivamente di un trasferimento monetario che viene riconosciuto senza fornire alcun supporto, consulenza ed informazione, nonché al di fuori di dispositivi come la stesura di un piano assistenziale individuale in grado di individuare le modalità più efficaci di intervento a copertura del bisogno di cura. Non sono inoltre previsti vincoli nell'utilizzo delle risorse.

Tale assetto, se da un lato garantisce la piena libertà di scelta dei beneficiari rispetto all'impiego delle risorse trasferite, dall'altro lato finisce per delegare l'intera organizzazione pratica della cura ai familiari (generalmente mogli/partner oppure figlie): una soluzione che non solo è spesso di difficile praticabilità (soprattutto se gli altri componenti della famiglia hanno un'occupazione lavorativa o risiedono altrove), ma che diventa fortemente penalizzante per le persone non autosufficienti che non hanno familiari a cui affidare la cura e che, pertanto, rischiano un forte isolamento sociale e psicologico. Inoltre, l'assenza di vincoli nell'utilizzo del beneficio monetario, come noto, ha favorito la creazione di un ampio mercato privato (quello delle "badanti") in cui la cura viene erogata, in larga parte, senza alcuna forma di contrattualizzazione e di controllo.

Infine, non è prevista alcuna forma di integrazione tra l'IdA e le reti di offerta dei servizi implementate a livello territoriale, nonché con i vari schemi LTC (come assegni di cura e/o voucher) introdotti nel corso degli ultimi anni da Regioni e Comuni. L'assenza di integrazione crea indubbiamente problematiche in termini di mancata appropriatezza, duplicazioni e sovrapposizioni di interventi.

Come riformare l'Indennità di Accompagnamento: un'ipotesi di lavoro

Riprendendo, in estrema sintesi, unaproposta di riforma dell'IdA (Ranci, Arlotti e Parma 2017b) in cui si è cercato di ipotizzare un percorso di cambiamento della misura che affronti gli elementi principali di criticità summenzionati, in questa nota ci soffermiamo, per limiti di spazio, sulla graduazione della misura e sul superamento della monetizzazione esclusiva della stessa. Prima di approfondire questi due punti occorre fare tre premesse.

In primo luogo, la proposta *non* intende modificare il carattere qualificante e cruciale dell'attuale misura che viene

mantenuto e anzi rafforzato nella revisione proposta: l'impostazione universalistica dell'IdA, in base alla quale tutti i cittadini che presentano un determinato livello accertato di disabilità hanno un diritto soggettivo esigibile ad accedere alla prestazione, senza limiti di reddito o di altra natura. Si cerca, tuttavia, di ri-articolare maggiormente le modalità di intervento introducendo, a fianco dell'erogazione monetaria indistinta, una seconda opzione a scelta libera dei cittadini ed incentivata, che consiste nell'*erogazione di un "budget di cura"* spendibile esclusivamente per l'assunzione di assistenti familiari regolarmente contrattualizzati, oppure per l'acquisto di servizi professionali di cura accreditati.

In secondo luogo, la proposta non intende modificare in alcun modo il quadro dei diritti acquisiti di chi oggi è titolare di IdA. La *proposta*, infatti, viene intesa come *applicabile esclusivamente ai nuovi beneficiari della misur*a a partire dal momento ipotetico in cui l'innovazione verrà introdotta. Inoltre, non tocca il sistema delle indennità rivolto alla copertura di specifiche categorie di bisogno (es. ciechi e sordomuti).

In terzo luogo, la proposta di riforma e la stima degli effetti finanziari che verranno più avanti discussi è basata necessariamente su un'ipotesi rispetto alla platea dei potenziali beneficiari, in particolare per quanto riguarda la distribuzione di essi per i diversi livelli di gravità[1].

Superare l'impostazione flat dell'IdA

Come prima cosa la proposta di riforma punta ad una rimodulazione dell'importo del trasferimento monetario (che verrebbe denominato "assegno di cura") in base al livello di gravità del bisogno. In questo modo viene introdotta una maggiore equità nel sistema, con una rimodulazione degli importi dei benefici in base ad una valutazione mirata del grado di disabilità che punta a rafforzare il sostegno, soprattutto per le disabilità più gravi.

Fascia disabilità	Assegno di cura
Lieve	350
Media	515
Grave	550
Gravissima	650

Fonte: nostre elaborazioni (cfr Ranci, Arlotti e Parma 2017)

Tabella 1 – Importi IdA per "assegno di cura", importi € mensili

La tabella 1 indica un'ipotesi di ridefinizione degli importi per fascia di disabilità. La fascia di disabilità "lieve" include i soggetti da 2 a 3 limitazioni nella scala di limitazioni delle autonomie funzionali[2]. Questa fascia rappresenta l'1,22% sul totale della popolazione italiana[3], pari al 34% dei beneficiari di IdA. La fascia di gravità "media" è rappresentata dai soggetti con 4-9 limitazioni. Rappresentano l'1,4% sul totale della popolazione italiana (pari al 39% dei beneficiari di IdA). Una terza fascia "grave" include i soggetti con 10-12 limitazioni funzionali: sono lo 0,7% dei cittadini italiani, pari al 20% dei beneficiari IdA (fascia blu nella tab. 1). Infine, una quarta fascia, include i soggetti con disabilità "gravissima", cioè soggetti con 13-15 limitazioni (fascia rossa in tab. 1). Questo gruppo rappresenta lo 0,21% dei cittadini italiani ed è pari al 6% dei beneficiari di IdA. Si tratta di soggetti con limitazioni gravissime, che richiedono assistenza continuativa e specializzata per tutto l'arco delle 24 ore.

Per quanto riguarda l'ammontare dell'assegno di cura, rispetto all'importo attuale dell'IdA, la proposta prevede:

1. un aumento sensibile dell'importo mensile per i livelli maggiori di disabilità ("gravi" e "gravissimi")
2. viene mantenuto vicino al valore attuale per la fascia di disabilità "media"
3. viene ridotto (con un importo di 350 euro mensili) solo per la fascia di disabilità "lieve". Questa riduzione per i soggetti classificati come "disabili lievi" (necessaria per introdurre maggiore equità nel sistema contenendo i costi) viene, tuttavia, compensata come si vedrà sotto da un importo superiore rispetto all'importo attuale dell'IdA nel caso di opzione per il "Budget di cura".

Superare la monetizzazione esclusiva dell'IdA

Un secondo aspetto, qualificante della presente proposta di riforma, riguarda il tentativo di offrire una seconda opzione alternativa al trasferimento monetario indistinto, che può essere liberamente scelta da qualsiasi cittadino disabile che abbia maturato il diritto all'IdA. Tale opzione, definita "budget di cura", è utilizzabile esclusivamente per l'acquisto di servizi di cura prestati da assistenti familiari regolarmente contrattualizzati oppure di servizi professionali accreditati. In questo modo si punta a favorire l'emersione del lavoro di cura e l'introduzione di elementi minimi di garanzia nell'assistenza prestata dai lavoratori, riducendo al contempo i margini della "convenienza di fatto" alla base dell'utilizzo sommerso dell'IdA.

Gli importi del "budget di cura" sono, non a caso, disegnati in modo da rendere particolarmente conveniente optare per questo sistema e, in particolare, per i disabili più gravi e con una necessità di cura più intensa (vedi tab. 2). Innanzitutto, va comunque premesso che rispetto agli importi attuali dell'IdA, gli importi sono più elevati per tutte le fasce. Inoltre, gli incrementi all'aumentare dei livelli di disabilità diventano maggiormente sostanziosi rispetto a quelli previsti per l'Assegno di cura. Infatti, la differenza minima rispetto all'assegno di cura (pari a 200 euro) avviene sui livelli più "lievi" (che, comunque, raggiungerebbero una quota di beneficio superiore all'importo attuale dell'IdA), mentre per i livelli di disabilità più gravi, il budget di cura sarebbe di 300 euro più elevato rispetto al semplice trasferimento monetario.

Fascia disabilità	Assegno di cura	Budget di cura	Aumento in euro Budget di cura su Assegno di cura	Take up beneficiari Budget di cura
Lievi	350	550	+200	25%
Medi	515	730	+215	30%
Gravi	550	825	+275	40%
Gravissimi	650	950	+300	50%

Fonte: nostre elaborazioni (cfr Ranci, Arlotti e Parma 2017)

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

Per stimare l'impatto finanziario della riforma (vedi infra), è inoltre necessario ipotizzare una stima percentuale di *take up* , cioè dei beneficiari che opteranno per l'"assegno di cura" o, alternativamente, per il "budget di cura". Tale stima non può che tenere conto dei diversi profili di convenienza ed esigenze nelle diverse fasce di disabilità. L'ultima colonna della tabella 2 riporta l'ipotesi relativa al take up ipotizzabile per il "budget di cura". Complessivamente, sulla base di altre esperienze internazionali (es. il caso tedesco) il take-up stimato per questa opzione è pari al 32%. La stima dei tassi di take-up dovrebbe comunque essere rigorosamente monitorata perché ha effetti considerevoli sull'importo complessivo della spesa.

I costi della riforma

Sulla base di queste ipotesi la tabella 3 riporta la stima della spesa complessiva annuale per lo schema riformato. Tenuto conto che la presente proposta considera la copertura di una platea di 1.785.442 beneficiari, pari all'ultimo dato disponibile sui beneficiari di IdA al 31/12/2017 (XVII Rapporto Annuale INPS 2018, p. 300) e che la spesa complessiva stimata per IdA (considerando l'attuale importo mensile) è pari a circa 11,1 miliardi di euro, l'impatto finanziario aggiuntivo per l'implementazione del nuovo schema può essere stimato in circa 636 milioni di euro.

Tale incremento verrebbe, tuttavia, diluito – stante la sopravvivenza media degli fruitori di IdAstimata in circa 5 anni – su un orizzonte quinquennale con l'entrata dei nuovi beneficiari. In questo modo l'*importo di spesa addizionale necessaria*, nel prossimo quinquennio, per l'introduzione a regime della riforma ammonterebbe a *circa 127 milioni annui.*

Fascia disabilità	Spesa per assegno di cura	Spesa per budget di cura	Totale spesa
Lievi	1.923	1.008	2.931
Medi	3.051	1.853	4.904
Gravi	1.442	1.442	2.884
Gravissimi	411	600	1.011
TOTALE	6.827	4.903	11.730

Fonte: nostre elaborazioni (cfr Ranci, Arlotti e Parma 2017)

Tabella 3 – Stima della spesa complessiva annuale per la nuova IdA a regime (milioni euro)

Come precedentemente sottolineato, l'introduzione della nuova IdA, in particolare attraverso l'opzione del "Budget di cura", è finalizzata anche a sostenere un processo di regolarizzazione ed emersione del lavoro sommerso nel settore della cura, nonché a produrre nuova occupazione regolarmente contrattualizzata. Tale processo, oltre a garantire una potenziale maggiore qualificazione del lavoro di cura ed un miglioramento delle condizioni di lavoro, potrebbe inoltre attivare un importante flusso di risorse aggiuntive conseguente al pagamento delle contribuzioni obbligatorie relative ai contratti di lavoro (vedi tabella 4). In base alle ipotesi fatte relative al*take up* (vedi tab. 2 sopra) si può stimare che circa 562 mila persone titolari di IdA potrebbero optare per il "Budget di cura".

La tabella 4 propone una stima dell'effetto finanziario dell'emersione del lavoro di cura, con riferimento al fenomeno delle assistenti familiari. In base alle stime IRS, su un totale di 840.000 mila badanti nel nostro paese, il 45% ha già un contratto regolare di lavoro. Pertanto applicando la percentuale complementare (55%) per stimare l'effetto potenziale in termini di emersione e assumendo, in estremo, che tutti i beneficiari di "Budget di cura" utilizzino lo stesso per l'impiego di assistenti familiari, possiamo aspettarci circa 309.000 nuovi rapporti di lavoro regolarizzati grazie alla nuova misura cura.

Tenendo conto che l'importo dei contributi INPS/INAIL, nel caso di una badante convivente, è pari a 182,50, e che l'importo dei contributi è pari a 1,39 euro per ogni ora lavorata, si può stimare un versamento annuale di contributi sociali (per 13 mensilità) di 2.400 euro. Tale valore, moltiplicato per la stima relativa ai nuovi rapporti di lavoro, comporterebbe – con l'entrata a regime del nuovo sistema IdA – un flusso annuale aggiuntivo di contribuzione sociale pari a 742 milioni annui. Va infine considerato che l'emersione del lavoro di cura irregolare genererà anche un flusso di entrate fiscali, difficilmente stimabile al momento attuale.

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

Numero percettori "budget di cura" (stima)	562.593
Stima rapporti di lavoro emersi	309.426
Introito contributi annuali (13 mensilità)	2.400
Totale versamento annuale INPS (milioni di euro)	742.622.462

Fonte: nostre elaborazioni (cfr Ranci, Arlotti e Parma 2017)

Tabella 4 – Stima ritorni finanziari "indiretti": i flussi aggiuntivi di contribuzione sociale

Considerazioni conclusive

La pressione demografica e i cambiamenti sociali in atto rendono sempre più necessario intervenire sul sistema LTC consolidato nel nostro paese. Non si tratta, però, di rifare tutto da capo, bensì di aggiornare, attraverso interventi mirati, l'assetto esistente al quadro mutato dei bisogni. In quest'ottica, la riforma dell'IdA rappresenta uno dei campi prioritari di azione tenendo conto del "peso" che ha la misura nel sistema complessivo di LTC, nonché delle criticità principali che la investono dal punto di vista del "disegno" e dell'impatto.

La proposta presentata in questa nota presenta diversi vantaggi. Innanzitutto non modifica i diritti acquisiti, cioè non modifica i benefici goduti dagli attuali titolari di IdA. Conferma l'impostazione universalistica nella tutela dei bisogni di cura delle persone disabili e non autosufficienti, evitando di introdurre meccanismi selettivi basati sulla prova dei mezzi. Potrebbe consentire di aumentare la tutela per i soggetti in condizione più grave permettendo, al contempo, a molti cittadini di ottenere servizi di cura e non solo sostegno monetario. Potrebbe favorire l'emersione del lavoro di cura svolto da centinaia di migliaia di badanti a cui, finalmente, si garantirebbero condizioni lavorative migliori e una tutela previdenziale e assicurativa.

Infine, sotto il profilo finanziario, le simulazioni indicano un incremento contenuto della spesa che potrebbe essere peraltro largamente compensato dall'effetto "emersione" derivante dalla regolarizzazione di nuovi rapporti di lavoro nel settore della cura. La proposta presenta, tuttavia, al contempo anche una serie di limiti che vanno attentamente considerati e che riguardano le assunzioni inevitabilmente necessarie, per quanto ponderate e cautelative, per stimare la distribuzione della popolazione per fasce di gravità, nonché il take-up per tipo di intervento, e di conseguenza l'investimento finanziario di risorse.

In questa prospettiva, dunque, si tratta di una proposta in itinere che va arricchita attraverso il confronto e la collaborazione di tutti i diversi attori che giocano un ruolo importante in questa partita, con un augurio che non solo venga aperto un dibattito su questi temi ma che esso conduca, finalmente, ad azioni fattive.

Foto di Bruno GlätschdaPixabay

Note

1. Per maggiori dettagli si rimanda al par. 3.1 in Ranci, Arlotti e Parma (2017)
2. Le limitazioni funzionali considerate includono la sfera relativa al movimento e locomozione (distanza percorribile autonomamente, capacità di percorrere una rampa di scale, capacità di chinarsi), la capacità di svolgere le funzioni base della vita quotidiana (mettersi a letto, alzarsi da una sedia, vestirsi, mangiare, farsi il bagno/doccia, lavarsi le mani) e i deficit sensoriali (sentire, vedere e parlare senza particolari difficoltà)
3. Stime elaborate a partire dai dati dell'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013

Bibliografia

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

INPS (2016), XV Rapporto Annuale, Roma

INPS (2018), XVII Rapporto Annuale, Roma

Cavalcoli D., (2017), *Le badanti in Italia in Welforum.it*

Ranci, C., a cura di, (2008), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'Indennità di accompagnamento* , Roma, Carocci

Ranci C., Arlotti M., Osterle A., Parma A., (2019), *Coverage vs generosity. Comparing eligibility and need assessment in six cash for care programs*, "Social Policy & Administration", early view

Ranci C., Arlotti M., Parma A., (2017a), *Le politiche di tutela della disabilità e della non autosufficienza in Italia: la sfida dell'Indennità di Accompagnamento*, Il Punto di Welforum, 6 novembre

Ranci C., Arlotti M., Parma A., (2017b), *Cambiare è necessario e anche possibile. Una proposta di riforma dell'Indennità di Accompagnamento*, Il Punto di Welforum