



**LA NON AUTOSUFFICIENZA DEGLI ANZIANI:
IL CASO ITALIANO ALLA LUCE DELLE
ESPERIENZE ESTERE**

Con la collaborazione del CENSIS

(Aprile 2007)

Indice

PARTE I - ISVAP

PREMESSA	3
CAPITOLO PRIMO - LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE E LA DISABILITÀ NEI PAESI PIÙ INDUSTRIALIZZATI	5
1. I trend demografici	7
2. La disabilità nelle età avanzate.....	9
3. Analisi della spesa prevista per la Long Term Care.....	13
CAPITOLO SECONDO - LE SOLUZIONI ADOTTATE PER GLI ANZIANI NON AUTO-SUFFICIENTI IN GERMANIA, REGNO UNITO, FRANCIA E USA.....	17
1. La situazione del sistema Long Term Care in Germania.....	19
2. La situazione degli anziani non autosufficienti nel Regno Unito	28
3. Il problema degli anziani non autosufficienti in Francia	34
4. Il problema degli anziani non autosufficienti negli USA	37
CAPITOLO TERZO - LE SOLUZIONI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA.....	41
1. Premessa.....	43
2. Il problema della LTC in Italia	43
3. Le soluzioni proposte per una prestazione LTC.....	47
4. I contenuti del prodotto assicurativo	48
CAPITOLO QUARTO - LA LTC OFFERTA NELLE POLIZZE COLLETTIVE: ALCUNE IPOTESI DI COSTO	53
1. Premessa.....	55
2. Il modello di riferimento: assicurazione collettiva Long Term Care.....	55
3. Le soluzioni operative.....	58
APPENDICE	61
1. La costruzione tecnica delle prestazioni malattia e quelle vita	63
2. La costruzione della tariffa	65
BIBLIOGRAFIA ISVAP.....	67

PARTE II - CENSIS

PREMESSA: LA SFIDA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE	73
CAPITOLO PRIMO - IL CONTESTO E LE RISPOSTE POSSIBILI	75
1. Problemi e opportunità nella Long Term Care	77
2. Note sul modello pubblico in Germania	78
3. Italia: le speranze (sinora) deluse	80
4. Alcune ipotesi operative: modelli a ripartizione del rischio (pubblico/privato)	86
CAPITOLO SECONDO - LE ESPERIENZE TERRITORIALI	91
1. Il progetto di Fondo per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Bolzano	93
2. La Fondazione "Opera Immacolata Concezione" di Padova	103
3. Il Progetto Anziani della Fondazione del Monte di Bologna	114
4. Le iniziative sulla non autosufficienza della Regione Liguria	122

ISVAP

PREMESSA

A partire dalla fine degli anni '60, accanto al processo di invecchiamento della popolazione si è iniziato ad assistere ad una riduzione della natalità; a tali fenomeni si è accompagnato un rallentamento della tasso reale di crescita del PIL che ha fatto emergere preoccupazioni sul grado di tenuta dei sistemi pensionistici di base, gestiti nei paesi più industrializzati con il criterio *pay-as-you-go* (ripartizione pura). Da ciò è emersa l'adozione di alcuni provvedimenti volti, da un lato, a ridurre il ruolo dei sistemi pensionistici nelle economie dei paesi più evoluti e, dall'altro, a stimolare il ricorso a prestazioni di lunga durata a carattere socio-sanitario per gli anziani a seguito della perdita della propria autosufficienza (*Long Term Care – LTC*).

La riduzione della spesa previdenziale è in linea di massima generalizzata tra i paesi con economie evolute, contraddistinti dal generale contenimento della dimensione del sistema pensionistico; peraltro, appare prevedibile un incremento della spesa sostenuta a favore di persone non autosufficienti per effetto di una serie di fattori; principalmente: l'aumento del numero e dell'età media degli anziani unitamente alla riduzione della possibilità di fornire un'assistenza familiare a causa della diminuzione del numero dei componenti delle famiglie.

Dalle analisi effettuate è emerso un differente approccio al problema nei paesi più evoluti e in Europa; a mero titolo esemplificativo, in Germania è stato introdotto un "quinto ramo" a regime obbligatorio nelle assicurazioni sociali, finalizzato ad erogare un trattamento per i non autosufficienti.

Questo lavoro prende avvio da un'analisi del quadro demografico dei paesi più industrializzati, che descrive la situazione in merito all'invecchiamento della popolazione e all'andamento della non autosufficienza.

Si esaminano quindi le soluzioni adottate in alcuni dei principali paesi industrializzati per gli anziani non autosufficienti con particolare riferimento ai differenti modelli di finanziamento utilizzati al riguardo. In particolare, vengono svolti dei confronti tra i sistemi finanziari di gestione e sui relativi effetti redistributivi. Sono altresì presentate le diverse tecniche esistenti nei vari paesi nei quali esiste un sistema *LTC* per garantire agli individui una copertura contro il rischio della non autosufficienza.

In seguito si affronta il tema della non autosufficienza nel nostro paese, cercando di delineare un mix tra pubblico e privato. Pertanto si affronta il ruolo del costituendo fondo per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e si inquadrano le varie iniziative pubbliche per garantire le prestazioni *LTC*. Al tempo stesso si definiscono le soluzioni alternative per garantire dei livelli di prestazione equivalenti mediante l'offerta di prodotti assicurativi attraverso l'illustrazione sia di prodotti collettivi sia di polizze individuali. E' altresì delineato un meccanismo che consente di trasferire la propria posizione contrattuale – portabilità – alla stregua della previdenza complementare.

Viene esaminato in dettaglio il caso di un contratto assicurativo collettivo contro il rischio di non autosufficienza attraverso il confronto tra un premio individuale e un premio medio. I premi sono altresì elaborati secondo due diversi modelli per tenere conto del rischio: tre e quattro cause di invalidità sulle sei previste.

CAPITOLO PRIMO
LE DINAMICHE DEMOGRAFICHE E LA DISABILITÀ NEI PAESI PIÙ
INDUSTRIALIZZATI

1. I trend demografici

L'andamento delle proiezioni demografiche dipende dall'attendibilità del meccanismo utilizzato a tal fine; occorre cioè stabilire se i trend osservati sull'andamento della sopravvivenza prevarranno e se si possa estrapolarli nel futuro. Va comunque segnalato che gli incrementi della speranza di vita alle età maggiori sono state, in passato, per la gran parte sottostimate sia dai demografi che dagli attuari.

La decisione di organizzare un modello per finanziare una copertura per la non autosufficienza passa inevitabilmente attraverso l'analisi dei trend demografici relativi ai paesi OCSE e, tra questi, ai paesi più industrializzati.

Le proiezioni attualmente disponibili¹ riportano gli aspetti di seguito elencati:

- il miglioramento rilevato circa la speranza di vita continuerà nel tempo;
- la riduzione della fertilità non si esaurirà rapidamente;
- le future migrazioni condotte a livello internazionale porteranno limitate conseguenze circa gli andamenti rilevati sulla popolazione.

Gli andamenti demografici della speranza di vita a 65 anni costituiscono uno snodo fondamentale per individuare la sostenibilità di un sistema di *welfare state*. Si osservi a tal proposito che l'*old – age dependency ratio* – ossia il rapporto tra le persone con 65 anni e più e quelle in età lavorativa – raggiunge circa il doppio nel corso dei prossimi quaranta anni, come si evince dalla seguente tavola 1. Ne consegue quindi la difficoltà legata alla sostenibilità di un sistema ampio che copra i benefici per le età anziane: pensioni, assistenza sanitaria e garanzie sulla non autosufficienza.

Tav.1² – Old – age dependency ratio nel 1960, 2000 e 2040

	1960	2000	2040	Confronto%	
				1960/2000	2000/2040
Germania	-	26,4	54,5	-	28,1
Francia	20,8	27,5	50,0	6,7	22,5
Giappone	10,6	27,9	59,9	17,4	31,9
Italia	15,9	29,1	63,9	13,2	34,8
USA	17,6	21,1	37,9	3,4	16,8
Media OECD	15,9	22,9	46,3	6,9	23,5

La quota della popolazione anziana cresce nel tempo per un periodo pari ai prossimi 20 anni, in conseguenza del raggiungimento dell'età di pensionamento per le generazioni del *baby-boom*. E' previsto che un individuo su quattro avrà più di 65 anni nel 2040 nei vari paesi OCSE e che si arriverà ad un individuo su tre per l'Italia, il Giappone e la Svizzera.

Si prevede che il numero degli individui di età pari o superiore agli 80 anni, costantemente cresciuto dal 1960 sino al 2000, aumenterà ulteriormente per il 2040, giungendo circa ad un terzo delle persone anziane: è proprio in relazione a questi individui che, presumibilmente, sarà necessario fornire prestazioni assistenziali.

¹ The OECD Health Project, Long Term Care for older people, OECD, 2005, Paris

² Elaborazione su dati OECD, raccolti nel corso del 2004 in *OECD Health Data 2004*.

Nella tavola 2 seguente si riporta la proiezione sulla popolazione, ponendo in evidenza il peso della quota di persone anziane nel corso dei prossimi 40 anni.

Tav.2³ – Peso % delle persone anziane sulla popolazione dal 1960 al 2040

	65 anni			Confronto %		80 anni			Confronto %	
	1960	2000	2040	1960/2000	2000/2040	1960	2000	2040	1960/2000	2000/2040
Germania	-	16,4	29,7	-	13,3	-	3,7	8,7	-	5,0
Francia	11,6	16,1	26,6	4,5	10,5	2,0	3,7	9,1	1,7	5,4
Giappone	5,7	17,4	35,3	11,7	17,9	0,7	3,8	14,1	3,1	10,3
Italia	9,3	18,1	33,7	8,8	15,6	1,4	4,0	10,0	2,6	6,0
USA	9,2	12,4	20,4	3,2	8,0	1,4	3,3	6,9	1,9	3,6
Media OECD	8,7	13,8	25,6	5,0	11,8	1,3	3,1	7,7	1,8	4,6

L'andamento della sopravvivenza umana, desunto dai dati OCSE, EUROSTAT e ONU, riportato nella tavola 3, pone in evidenza come nel 1960 solo un settimo degli individui di 65 anni raggiungevano in vita un'età pari ad 80; all'attualità circa un quinto dei 65-enni raggiunge gli 80 anni e si prevede che nel 2040 sarà circa un terzo.

Tav.3⁴ – Quota % degli ultra-80enni su persone di età 65

	Confronto %				
	1960	2000	2040	1960/2000	2000/2040
Germania	-	22,3	29,9	-	7,6
Francia	17,2	23,3	34,6	6,1	11,3
Giappone	12,6	22,0	41,1	9,5	19,1
Italia	14,6	22,2	30,6	7,6	8,4
USA	15,2	26,4	33,3	11,2	6,9
Media OECD	14,4	21,7	30,1	7,3	8,4

I paesi con maggiore longevità, oltre a quelli esaminati nella tavola 3, sono le nazioni scandinave, che dovrebbero giungere comunque al valore medio previsto per il 2040.

Come riportato nella seguente tavola 4, l'analisi del confronto tra la vita media per individui aventi, rispettivamente, 65 e 80 anni evidenzia un forte aumento per i maggiori paesi industrializzati nel passaggio tra il 1960 ed il 2000.

³ Elaborazione su dati OECD, raccolti nel corso del 2004 in *OECD Health Data 2004*

⁴ Dati desunti da: *OECD Health Data 2004*; proiezioni al 2040 condotte da EUROSTAT; fonti nazionali per gli USA.

Tav.4⁵ – Speranza di vita a 65 e 80 anni nel 1960 e 2000

	65 anni				80 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	1960	2000	1960	2000	1960	2000	1960	2000
Germania	12,4	15,7	14,6	19,4	5,2	7,0	5,9	8,5
Francia	12,5	16,7	15,6	21,2	5,1	7,6	6,3	9,5
Giappone	11,6	17,5	14,1	22,4	4,9	8	5,9	10,6
Italia	13,4	16,5	15,3	20,4	5,7	7,3	6,4	9,0
USA	12,8	16,3	15,8	19,2	6,0	7,6	6,8	9,1

2. La disabilità nelle età avanzate

Analizzando le differenze che sussistono tra individui che richiedono le prestazioni previdenziali e individui che richiedono delle prestazioni per la non autosufficienza, si osserva che le esigenze sono diversificate tra il sistema previdenziale, essenzialmente rivolto a tutti, e il sistema LTC che, in funzione dell'incertezza in ordine al manifestarsi del bisogno, è rivolto a quei soggetti che intendono effettuare un'ulteriore specifica contribuzione. A ciò si aggiunga che un sistema LTC prevede un'età estremamente diversificata per la richiesta delle prestazioni previste. Quanto alla ripartizione per sesso, si rileva che le donne, tenuto conto della più lunga speranza di vita, avranno sempre un peso maggiore tra i non autosufficienti.

Sul piano generale, in merito alla relazione tra avanzamento dell'età e disabilità non esistono risultati univoci.

E' stato esaminato l'andamento dello stato di salute degli anziani allo scopo di formulare delle previsioni sulle future evoluzioni, giungendo tuttavia a dei risultati non univoci, dal momento che, talvolta, si parla di una crescita della morbilità e in taluni altri casi si afferma la riduzione di tale fenomeno.

Gli studi riportanti i risultati conseguiti negli anni 70 evidenziavano una visione pessimistica per il futuro, ipotizzando un forte aumento della disabilità; studi più recenti (USA, Manton, 2001 e Cutler, 2001) giungono a condizioni più ottimistiche: si evidenzia infatti un miglioramento nella salute media della popolazione più anziana.

Si è osservata, per un certo numero di paesi rilevanti⁶, una riduzione del tasso di disabilità in corrispondenza delle età più avanzate. Tale riduzione si è riscontrata per gli individui aventi un'età compresa tra i 65 e 80 anni e, tra di essi, in misura maggiore per gli uomini che per le donne. Tuttavia, va evidenziato che gli individui di sesso maschile hanno in genere un peggior stato di salute a parità di età e più corta speranza di vita alle età più avanzate rispetto alle donne. I trend rilevati, infine, fanno emergere una riduzione nella disabilità tra le donne più anziane in alcuni paesi.

Altri autori (USA, Freedman et al., 2002), tuttavia, suggeriscono maggior cautela nell'analisi dei dati a disposizione, tenuto conto che il miglioramento potrebbe dipendere dalle mutate condizioni di vita in casa o dall'uso di tecniche assistenziali in grado di fornire dei risultati nelle funzioni vitali.

⁵ Elaborazione su dati OECD, raccolti nel corso del 2004 in *OECD Health Data 2004*, op. cit.

⁶ Questi paesi sono: Canada, Francia, Giappone, Olanda, Svezia, Regno Unito e USA.

Sono state altresì raccolte le risultanze provenienti da studi europei⁷ (Jacobzone et al., 1999 – op. cit. - e Manton et al., 2001) che sostengono la tesi del ritardo nella presentazione della disabilità, laddove si afferma un'emersione posticipata della non autosufficienza in conseguenza dell'allungamento della vita umana.

E' emerso infine che la disabilità tra le persone anziane sia diminuita in Canada, Francia e Svezia; mentre in altri paesi – Italia, Olanda, Svizzera e Regno Unito – i dati non consentono di affermare tale riduzione, anche se non è in ogni caso incrementata.

In generale, in merito alla relazione tra allungamento della vita umana e tasso di disabilità si possono verificare tre distinte situazioni:

1. se le persone anziane continueranno a divenire malate e/o non autosufficienti alle medesime età, l'allungamento della vita umana provocherà una crescita del tasso di disabilità;
2. se le malattia o la non autosufficienza si presenteranno, in media, sempre alle età più mature, si avrà una riduzione dello stato di disabilità (Freis, 1980);
3. se la durata media della vita umana congiunta allo sviluppo della disabilità continuerà ad estendersi, determinando un ritardo nell'emersione della disabilità stessa, si realizzerà un ulteriore cambiamento nel modo in cui la disabilità alle età anziane si realizza. In altri termini, la presenza della morbidità ad una determinata età si interpreterà come una mancanza di autosufficienza al termine della vita, in luogo della disabilità associata al superamento di una particolare età.

L'analisi delle risultanze riportate nella tavola 5 evidenzia uno studio condotto dall'OCSE nel 2004, che riporta l'aspettativa di vita senza eventi che determinino le limitazioni alle attività della vita umana - ADL⁸ previste nei prodotti assicurativi Long Term Care. Le evidenze riportate nella tavola in questione indicano che il numero degli anni di vita senza le limitazioni alle ADL risulta in media in aumento e che tale indicatore si muove in parallelo all'aspettativa di vita.

⁷ Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E. Robine J.M., *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?*, Labour Market and Social Policy Occasional Paper n.37, OECD, 1999, Paris

⁸ Le attività della vita umana – ADL – secondo una classificazione di validità generale (elaborata negli USA ed in uso nel Regno Unito) e riprese dai contratti assicurativi si riferiscono alle capacità di:

- vestirsi/spogliarsi;
- lavarsi;
- mangiare e bere;
- muoversi nella propria abitazione;
- recarsi in bagno;
- spostarsi dalla sedia a rotelle al letto e viceversa

Tav.5⁹ – Aspettativa di vita in assenza di eventi disabilitanti distinta per sesso

	Anno	Maschi			Femmine		
		a*	b**	a/b%	a*	b**	a/b%
Australia	1981	7,9	13,9	57	10	18,1	55
	1988	6,7	14,8	45	8,6	18,7	46
	1993	6,5	15,7	41	9,1	19,5	47
	1998	6,6	16,3	40	9	20	45
Canada	1986	10,6	15	71	11,7	19,3	61
	1991	11	15,8	70	12,1	19,9	61
	1996	10,9	16,1	68	12,4	20	62
Germania ⁴	1986	10,6	13,5	79	13	17	76
	1989	11,2	14	80	13,6	17,6	77
	1992	12	14,5	83	14,6	18,1	81
	1995	12,2	14,7	83	14,9	18,5	81
Giappone	1975	12,3	13,7	90	14,7	16,6	89
	1980	13,2	14,6	90	15,8	17,7	89
	1985	14,1	15,5	91	17,1	18,9	90
	1990	14,9	16,2	92	17,3	20	87
Svizzera	1981	11,5	14,6	79	12,2	18,3	67
	1988	12,2	15,3	80	14,8	19,4	76
	1992	12,4	15,7	79	15,1	19,9	76
Regno Unito	1981	7,6	13	58	8,5	16,9	50
	1985	7,5	13,3	56	8,8	17,3	51
	1990	8,0	14,0	57	9,2	17,9	51
	1995	8,3	14,6	57	9,5	18,2	52
	1999	8,8	15,3	58	9,8	18,5	53
USA	1970	6,6	13,1	50	9,1	17	54
	1980	6,8	14,1	48	9,3	18,3	51
	1990	7,4	15,1	49	9,8	18,9	52

(*) numero medio di anni che un individuo si attende di vivere in assenza di eventi disabilitanti;

(**) numero medio di anni che un individuo si attende di vivere

Tali dati costituiscono un riferimento essenziale per definire politiche e programmi per le necessità relative all'assistenza; gli interventi in ordine alla problematica degli anziani non autosufficienti saranno scelti sulla base dello scenario del trend della disabilità.

Nel predisporre le proiezioni si possono costruire due scenari:

1. un andamento costante nel tempo del *ratio* che fornisce l'assenza di non autosufficienza (il reciproco del *prevalence rate*¹⁰);
2. un andamento crescente di tale *ratio*.

Nell'ipotesi del primo scenario, si suppone di non avere delle variazioni del tasso di disabilità o di ricovero in case di cura (istituzionalizzazione), ma di individuare delle modifiche nel numero degli anziani.

Nel caso dell'impostazione che utilizzi dei dati crescenti sul *ratio* della non autosufficienza

⁹ Elaborazione su dati OECD, raccolti nel corso del 2004 in *OECD Health Data 2004*, op. cit. Il trend non è del tutto univoco nei paesi esaminati, tenuto conto che l'Australia evidenzia una riduzione degli anni residui di vita in assenza degli eventi invalidanti.

¹⁰ I *prevalence rates* indicano il rapporto esistente tra il numero delle persone anziane disabili e il totale della popolazione per ogni classe d'età

(ipotesi dinamica), l'evoluzione dei tassi rilevati è ottenuta proiettando la variazione della misura della disabilità e dell'istituzionalizzazione oltre che del numero degli anziani.

Nell'ipotesi dinamica è utilizzato il trend della disabilità decrescente che fornisce dei risultati più ottimistici, evidenziando una riduzione della non autosufficienza per la Germania, gli USA e il Regno Unito; anche l'Australia ed il Giappone riportano una riduzione dei *prevalence rates*, tuttavia minore rispetto a quanto riportato negli altri paesi.

Tav.6¹¹ – Proiezione in % della pop. con età oltre i 65, dei *prevalence rates* e del numero disabili

Regno Unito	% 2000/1992	% 2010/2000	% 2020/2000
Pop.oltre 65	1,0	6,0	23,0
Prev. Rate	-1,4	-3,1	-9,6
Num.Disabili	-0,5	2,3	11,3
Australia	% 2000/1996	% 2010/2000	% 2020/2000
Pop.oltre 65	4,8	19,6	63,5
Prev. Rate	0,4	-1,3	-7,0
Num.Disabili	5,3	18,0	52,0
Giappone	% 2000/1996	% 2010/2000	% 2020/2000
Pop.oltre 65	46,3	26,0	50,3
Prev. Rate	-25	-1,4	-4,2
Num.Disabili	9,8	24,3	44,0
Germania	% 2000/1995	% 2010/2000	% 2020/2000
Pop.oltre 65	5,8	18,0	24,5
Prev. Rate	-10,3	-7,2	-5,2
Num.Disabili	-5,1	9,5	17,9
USA	% 2000/1994	% 2010/2000	% 2020/2000
Pop.oltre 65	3,9	12,4	51,9
Prev. Rate	-6,9	-1,2	-9,4
Num.Disabili	2,6	3,2	15,4

Nei vari paesi considerati, l'effetto congiunto del rilevante incremento della popolazione con oltre 65 anni e del sostanziale miglioramento delle condizioni di salute porta, pure in presenza di una riduzione del *prevalence rate* per l'anno 2020, ad un aumento significativo del numero dei disabili.

Va tuttavia segnalato che lo studio in questione, se raggiunge delle conclusioni per quel che riguarda il contesto demografico, risulta più confuso sui suoi effetti sia sulle finanze pubbliche sia sui costi sostenuti dai cittadini.

Si segnala, infine, che recenti studi (Lichtenberg e Virabhak, 2002) hanno affermato che l'aumento delle spese sanitarie può essere una condizione per avere una minore disabilità.

¹¹ Elaborazione tratta da Jacobzone S. et alia, op.cit.

3. Analisi della spesa prevista per la Long Term Care

Come è noto, una persona è ritenuta dipendente se ha delle limitazioni a svolgere le attività della vita quotidiana - ADL¹² o le attività strumentali della vita quotidiana - IADL¹³.

Nelle assicurazioni sulla salute si distingue tra individui sopravvissuti e non sopravvissuti; nelle assicurazioni Long Term Care la distinzione operata è tra individui dipendenti e non dipendenti, operando tale distinzione all'interno di ciascuna classe d'età; si richiede cioè una stima del *prevalence rate*¹⁴, sempre eventualmente condotta all'interno di gruppi d'età.

Alla luce delle risultanze degli studi in precedenza richiamati, si può in proposito osservare che:

1. la disabilità rilevata non necessariamente si traduce nella dipendenza stretta, in quanto i rimedi che saranno progressivamente introdotti porteranno ad individuare dei soggetti disabili in grado di espletare impegni lavorativi e di prendere parte alla vita quotidiana;
2. l'andamento dei *prevalence rate* migliora con l'incremento della speranza di vita: circa la metà del miglioramento della speranza di vita si tradurrà nella riduzione della dipendenza ai fini della Long Term Care.

Il peso della spesa pubblica rilevato nei paesi europei più industrializzati nel 2003 e destinato a copertura della Long Term Care è variabile tra l'1 e il 2% del PIL.

Tale spesa si ritiene che debba crescere sulla base delle risultanze di alcuni modelli di indagine¹⁵. La curva dei costi evidenzia che siamo vicini allo zero per le età inferiori ai 65 anni mentre per le età superiori si realizza un incremento rapido, che differisce da paese a paese, ma sempre comunque crescente nel tempo.

Quanto alle possibili evoluzioni, va in primo luogo segnalato che il costo futuro atteso riguarderà in modo specifico i paesi dell'Europa meridionale, considerato che la spesa attesa in termini di percentuale del PIL tende a crescere nel tempo nonchè le politiche fiscali vigenti.

I paesi del Nord-Europa uniti al Canada ed, in parte, agli USA sono già contraddistinti dalla forte crescita fiscale operata per finanziare un piano per la non autosufficienza; viceversa gli stati dell'Europa meridionale ed in particolare l'Italia, caratterizzata dalla rilevante crescita degli individui anziani nell'arco dei prossimi cinquanta anni, non hanno ancora indirizzato il

¹² Sulla definizione delle ADL vedi nota 9.

¹³ Le attività strumentali della vita quotidiana - IADL, indicate dal working paper n.477 dell'OECD ECO/WKP(2006)5, sono le seguenti:

prepararsi i pasti;
pulire l'abitazione;
lavare il proprio abbigliamento;
prendere medicinali;
visitare luoghi oltre la distanza di passeggio;
fare acquisti;
gestire i propri risparmi;
usare il telefono/internet.

¹⁴ Vedi nota 7.

¹⁵ L'analisi è stata condotta su elaborazione del Segretariato dell'OECD, desunta da: Comas-Herrera e Wittenberg R., *European study of Long Term Care expenditure: investigating the sensitivity of projections of future Long Term Care in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs*, PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, 2003, London

prelievo fiscale in ordine al finanziamento di un piano che serva a garantire uno strumento di cura per i disturbi della non autosufficienza.

Studi condotti dall'OECD¹⁶ sul tema della spesa per un piano Long Term Care evidenziano che il costo di un piano LTC tende a crescere nel tempo in modo costante, sebbene i flussi di ricchezza ad esso destinati mostrino un andamento variabile.

Oltre alle variabili socio – demografiche, gli elementi da considerare ai fini della determinazione del costo di un piano LTC sono:

- il reddito disponibile;
- gli effetti dei fattori macroeconomici (es. produttività del lavoro, concorrenzialità del mercato) sul costo della contribuzione.

Per quanto riguarda la variazione del reddito disponibile, si potrebbe osservare che un aumento potrebbe far aumentare il costo di un piano per la non autosufficienza, sebbene evidenze empiriche sulla variazione percentuale del reddito destinato ad un piano LTC non siano ancora disponibili. In ogni modo, tenuto conto che, sulla base dell'effetto "Baumol"¹⁷, la spesa LTC deve essere vista alla stregua di una necessità e non come il costo di un servizio, l'elasticità di tale costo potrebbe essere molto contenuta. Si può tuttavia osservare che, con lo sviluppo dei servizi Long Term Care, la domanda di servizi di miglior qualità dovrebbe crescere nel tempo.

Adottando un modello econometrico, che analizza l'impatto di ogni singola variabile allo scopo ritenuta opportuna, si possono sintetizzare i pesi delle diverse componenti della spesa in un piano per la Long Term Care. Il modello in questione, in particolare, utilizza una variabile dipendente data dalla spesa per cure LTC diviso per il numero dei dipendenti e definisce tre variabili indipendenti, rispettivamente: l'età, il costo informale LTC e gli altri effetti (prezzi e reddito previsti). Nello studio esaminato, si introducono delle variazioni finalizzate a definire l'intervento del reddito nel modello econometrico in questione. A tal fine si riportano tra le variabili indipendenti l'elasticità del reddito sul costo di una LTC e l'elasticità caratterizzante il cosiddetto "effetto Baumol" sopra citato.

Dalle definizioni sopra evidenziate si evidenziano i risultati in merito al costo di una LTC proiettati al 2050 in percentuale al PIL, distinguendo gli effetti demografici da quelli economici. Questi ultimi sono distinti tra lo scenario "*cost-pressure*" e quello "*cost-containment*": il primo prevede che il costo della LTC per dipendente si incrementa con la produttività del lavoro complessiva; lo scenario "*cost-containment*" individua invece una sorta di contenimento della pressione dei costi LTC.

E' stata altresì svolta un'analisi della sensibilità dei due scenari che riportano gli effetti economici. Si è, in particolare, ipotizzato (*compression of disability*) che il tasso di disabilità si incrementi in misura pari al 50% della crescita della longevità. In tal modo si realizza un

¹⁶ Vedi il documento predisposto da:

OECD, *Projecting OECD health and Long Term Care expenditures: what are the main drivers?*, Economics department working papers n.477, 2006, Paris

¹⁷ L'effetto Baumol è definito come una crescita in misura maggiore dei prezzi di un piano Long Term Care rispetto alla variazione dei prezzi di altri beni e servizi, riflettendo la correlazione negativa tra i costi della Long Term Care rispetto ai prezzi sopra menzionati.

contenimento della spesa LTC sul PIL di circa mezzo punto percentuale rispetto al “*cost-containment*”; se si suppone che il tasso di disabilità cresca in misura costante all’aumento della longevità (*expansion of disability*), l’effetto che si genera è l’opposto di quello in precedenza citato.

Si riportano i risultati della proiezione del modello econometrico applicata al costo di una LTC in percentuale del PIL.

Tav.7¹⁸ – Scenari della proiezione del costo di un piano LTC in % del PIL al 2050

	2005*	Eff.Demogr.	Cost-pressure	2050		
				Cost-containment	Compression	Expansion
Australia	0,9	2,2	2,9	2	1,5	2,4
Canada	1,2	2,3	3,2	2,4	1,9	2,9
Francia	1,1	2,3	2,8	2	1,6	2,4
Germania	1	1,9	2,9	2,2	1,7	2,7
Italia	0,6	2	3,5	2,8	2,2	3,5
Giappone	0,9	2,3	3,1	2,4	1,9	2,9
Messico	0,1	2	4,2	3	2,2	3,9
Polonia	0,5	2,6	3,7	1,8	1,3	2,2
Regno Unito	1,1	2,1	3	2,1	1,7	2,6
Svezia	3,3	3,6	4,3	3,4	3,2	3,6
USA	0,9	1,8	2,7	1,8	1,4	2,2

* La colonna riporta la stima delle spese sostenute nel 2005 per finanziare la non autosufficienza, calcolata sulla base del dato osservato negli anni 2000 –2003.

I risultati riportati nella tavola 7 evidenziano come i costi proiettati al 2050 crescono sia per la componente demografica sia per quella di costo. Tuttavia, mentre la crescita si mantiene su livelli modesti per paesi che già hanno un sistema Long Term Care molto evoluto (es. Svezia), l’innalzamento dei costi si impenna nei paesi che hanno solo parzialmente dedicato risorse per l’assistenza per i non autosufficienti e che sono interessati da un significativo invecchiamento della popolazione (es. Italia, Giappone ecc.).

E’ stata altresì svolta nella tavola 8 un’analisi della sensibilità del modello, affrontando le ipotesi circa l’andamento dei *prevalence rate* a fronte della crescita della speranza di vita.

Preliminarmente, occorre rilevare che la previsione dei futuri andamenti della dipendenza

¹⁸ Vedi il documento predisposto da: OECD, Projecting OECD health and Long Term Care expenditures: what are the main drivers?, op. cit.

costituisce un'operazione molto complessa. Sono stati in ogni caso selezionati due distinti scenari, che hanno consentito di verificare quanto segue:

- scenario A: si ipotizza un incremento del tasso di disabilità pari alla metà dell'incremento della speranza di vita, evidenziando che un forte incremento della vita attesa non si traduce in un aumento proporzionale della spesa per la non autosufficienza;
- scenario B: si suppone di raddoppiare il costo di un piano LTC a fronte dell'aumento della speranza di vita. In tale contesto si giunge ad ipotizzare di avere un costo medio pari al 4% del Prodotto Interno Lordo al 2050.

Tav.8 – Analisi della sensibilità della proiezione del costo LTC in % del PIL al 2050

	2005	Scenario A	Scenario B
Francia	1,1	2,2	3,1
Germania	1,0	3,0	4,4
Italia	0,6	3,5	5,3
Giappone	0,9	3,6	5,2
USA	0,9	1,7	2,6
Val.Medio	0,9	2,8	4,1

CAPITOLO SECONDO
LE SOLUZIONI ADOTTATE PER GLI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI IN GERMANIA, REGNO UNITO, FRANCIA E USA

1. La situazione del sistema Long Term Care in Germania

La normativa esistente, che risale al 1994, definisce la prima legislazione completa in materia sulla tutela dei non autosufficienti.

Per comprendere appieno tale normativa, che costituisce il “quinto ramo” delle assicurazioni sociali tedesche, è necessario operare una ricostruzione della struttura della sanità in Germania.

L'architettura del nuovo istituto segue il modello “bismarkiano” delle assicurazioni sociali, in quanto si innesta su quello preesistente delle assicurazioni malattia. Gli altri quattro modelli esistenti sono: assicurazione sociale contro la malattia, gli infortuni, l'invalidità e la vecchiaia, la disoccupazione.

1) La definizione del sistema sanitario in Germania

La sanità in Germania si basa su due principi cardine: la solidarietà e la sussidiarietà.

Da un punto di vista organizzativo, la sanità si articola sulla base di “Casse mutue di malattia”, organismi autogestiti, che coprono circa l'89% (70 milioni circa di aderenti) della popolazione (l'iscrizione è obbligatoria, l'aderente può scegliere in quale cassa). La residua quota del 11% (9 milioni circa di aderenti) della popolazione viene gestita da imprese private di assicurazione¹⁹.

L'organizzazione dell'istituto dell'assicurazione sociale malattia è imperniata sul ricorso alle Casse, gestite unicamente attraverso l'intervento degli iscritti e dei datori di lavoro senza prevedere il ricorso allo Stato, che si occupa del loro controllo con i competenti Dicasteri. Tali Casse sono degli organi *non profit* di diritto pubblico, organizzate su base professionale o territoriale e controllate dai Ministeri competenti dei *Länder* (Regioni) federali²⁰.

I beneficiari della copertura sociale sanitaria sono i lavoratori aventi un'attività remunerata, le persone in formazione professionale, i pensionati, i disoccupati, gli assicurati volontari, i figli ed il coniuge a carico. In relazione a tali ultimi soggetti (coniuge) che non svolge attività lavorativa o (figli) che non raggiungono la maggiore età, il lavoratore non deve versare alcun contributo.

Ogni Cassa mutua di malattia è dotata della propria personalità giuridica e definisce l'aliquota contributiva richiesta nell'ambito del quadro normativo. L'aliquota, versata rispettivamente dai lavoratori e dal datore di lavoro, viene stabilita con il sistema della ripartizione pura ad equilibri annuali (i contributi dell'anno coprono le spese dell'esercizio). Sono tenuti al versamento dei contributi anche i pensionati ed i disoccupati; in tale caso spetta all'ente che versa la pensione o l'indennità di disoccupazione corrispondere la metà a carico del datore di lavoro.

I contributi applicati al sistema previdenziale nel suo complesso sono elaborati con il sistema della ripartizione pura e costituiscono un'applicazione del principio dell'equilibrio collettivo delle assicurazioni sociali. Sono infatti calcolati sull'intero collettivo assicurato con il classico meccanismo solidaristico tra tutti gli individui assicurati.

In base a tale meccanismo, sono richiesti i medesimi contributi per ogni iscritto sulla base

¹⁹ Dati tratti dal Ministero della Salute e della Sicurezza sociale tedesco e rilevati al 1° gennaio 2005, per le iscrizioni alle “Casse Mutue di malattia”, e al 31 dicembre 2003, per i prodotti Long Term Care negoziati da imprese private.

²⁰ In Germania è prevista una struttura federale dello stato, articolato in 16 *Länder* (Regioni).

dell'equilibrio collettivo, comportando quindi degli effetti redistributivi tra le teste assicurate a prescindere dall'età e dal sesso. A ciò si aggiunge l'effetto anche sul reddito di ciascun individuo, determinando l'invarianza del reddito dei lavoratori iscritti.

Per ogni lavoratore dipendente, che abbia un reddito non superiore ad un certo importo (pari nel 2006 ad euro 3.215 mensili), scatta l'obbligo di iscriversi alla Cassa mutua sanitaria; nel caso in cui il reddito superi il massimale, il lavoratore può iscriversi o alla Cassa mutua o, in alternativa, contrarre una copertura assicurativa privata. L'impresa d'assicurazione è tenuta a rispettare le stesse regole dell'assicurazione sociale e deve offrire la medesima copertura.

Esiste un grado di concorrenza all'interno del sistema assicurativo sociale, tenuto conto sia della concorrenza tra Casse mutue sia tra Casse e compagnie private di assicurazione.

Ogni mutua deve garantire ai propri iscritti definite prestazioni, stabilite da un provvedimento federale e non può offrire coperture assicurative complementari. Le prestazioni, indipendenti dal reddito e dai contributi, sono offerte sotto forma di servizi (cure ambulatoriali, cure ospedaliere, cure odontoiatriche, servizi di pianificazione familiare, cure per la maternità, servizi medici per la riabilitazione, fisioterapia, farmaci e protesi) o in denaro (sussidi malattia, assegni di maternità e spese funebri).

Le compagnie di assicurazione offrono la copertura ai dipendenti pubblici, comprensivi dei loro familiari, ai militari, ai magistrati, ai lavoratori autonomi ed ai lavoratori del settore privato il cui reddito superi il massimale previsto per l'iscrizione obbligatoria alle Casse mutue.

A differenza delle Casse mutue malattia, ove vige il principio delle prestazioni in natura, nel caso delle assicurazioni private malattia il sistema adottato è quello del rimborso dei costi, comportando pertanto l'obbligo a carico degli assicurati di anticipare le spese sanitarie.

Con la riforma recentemente approvata (febbraio 2007) sono state agevolate le coperture assicurative private, consentendo lo sviluppo della concorrenza tra i competitori esistenti.

In particolare il processo è stato articolato secondo due distinte fasi temporali.

Nella prima (dal 1° luglio 2007) le persone che non dispongono di alcuna copertura sono tenute a sottoscrivere una polizza a condizioni prestabilite. Lo schema assicurativo (Standardtarif) prevede che le compagnie diano copertura assicurativa senza valutazione preventiva del rischio, senza maggiorazioni di premo e senza clausole di esclusione.

Nella seconda fase, che prenderà avvio nel luglio 2009, le compagnie di assicurazione disporranno di una copertura sanitaria a condizioni stabilite per legge (Basistarif) con un premio calcolato secondo le regole vigenti per il comparto assicurativo privato, ma con un importo massimo fissato dalla normativa.

Anche in questo caso le imprese d'assicurazione sono obbligate ad accettare tutti i clienti che richiedono la copertura, senza valutare preventivamente il rischio e senza clausole di esclusione.

Allo scopo di garantire la piena mobilità dei lavoratori, dal 1° luglio 2007 si consente altresì il trasferimento della riserva di senescenza da una compagnia all'altra

II) L'evoluzione attuale del sistema di assicurazione sociale contro il rischio di non autosufficienza

Sono state, in particolare, previste due fasi di attuazione: nella prima fase è stata garantita la sola assistenza domiciliare; a partire dal 1° luglio 1996 è stata introdotta l'assistenza presso case di cura.

Con l'entrata in vigore della nuova norma a partire dal 1° gennaio 2005, è stata introdotta la copertura assicurativa contro la *Long Term Care (Pflegeversicherung)* tramite un fondo pubblico di assistenza per i non autosufficienti.

Gli enti incaricati di gestire il fondo di assistenza sono le "Casse di assistenza", enti autonomi di diritto pubblico senza fini di lucro, dotati di autonomia gestionale e sottoposti a vigilanza pubblica. Tali fondi sono istituiti presso le Casse mutue sanitarie.

Ogni Cassa sanitaria ha costituito all'interno della propria struttura una Cassa di assistenza per la non autosufficienza a favore dei propri iscritti, gestita dal proprio personale amministrativo.

Considerato che le Casse di assistenza sono costituite come una promanazione delle Casse sanitarie, tali Casse hanno gli stessi organi gestionali, personale amministrativo e servizio medico. Sono inoltre sottoposte alla stessa vigilanza pubblica, che opera i suoi controlli a cadenza quinquennale.

Anche in questo caso, il fondo di assistenza, al quale sono destinate l'adesione e la contribuzione di ciascun iscritto, deve essere lo stesso ente che gestisce l'assicurazione malattia.

Coloro che godono di assistenza sanitaria erogata da una compagnia assicurativa privata, devono obbligatoriamente stipulare una polizza contro il rischio di non autosufficienza.

I beneficiari e le prestazioni

Con la nuova legge entrata in vigore nel 1995, sono stati definiti i beneficiari del sistema per la non autosufficienza nelle persone residenti di qualsiasi età, che necessitino di aiuto per svolgere le azioni quotidiane ricorrenti.

Lo stato di bisogno si distingue in quattro categorie: igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche.

I benefici ricevuti sono funzione dei tre livelli di necessità:

- livello I (rilevante): il bisogno si manifesta una volta al giorno in relazione all'igiene personale, all'alimentazione o a un minimo di due categorie di quelle sopra definite;
- livello II (grave): il bisogno si manifesta almeno tre volte al giorno in relazione a due categorie di quelle in precedenza citate;
- livello III (gravissima): il bisogno si manifesta in qualsiasi orario per ogni giorno della settimana in relazione a tutte le categorie descritte dalla normativa.

La copertura riguarda anche le persone bisognose di assistenza a causa di patologie mentali o psichiche, in relazione alle quali è richiesta la vigilanza nell'espletamento delle attività

quotidiane ricorrenti.

Qualora si scelga una copertura erogata dalle Casse di assistenza²¹, i beneficiari delle prestazioni possono scegliere nell'ambito dell'assistenza domiciliare fra prestazioni in natura, importi in denaro o prestazioni combinate in natura ed in denaro. Sono altresì previste delle prestazioni ulteriori per:

1. costi di adattamento che facilitino l'assistenza di lungo periodo (ad esempio il costo per l'acquisto di un letto particolare);
2. costi per modificare l'abitazione con il massimo di 2.557 Euro;
3. corsi di assistenza riservati ai familiari o ai volontari.

E' previsto una prestazione aggiuntiva per un soggiorno massimo di quattro settimane all'anno, qualora la persona che fornisce assistenza si rechi in vacanza (*Stand-in care*). Le prestazioni si ridurranno secondo i tre livelli di non autosufficienza in precedenza richiamati, qualora la persona che presta assistenza e che deve allontanarsi sia un parente prossimo del soggetto da assistere.

Qualora il soggetto richieda delle cure particolari che non possono essere prestate a domicilio, si può richiedere un'assistenza part-time. Nell'ipotesi che ciò non sia sufficiente, si accede ad un piano ulteriore denominato Short-Time Care, che fornisce le ulteriori prestazioni ritenute necessarie.

Dal 1° aprile 2002 le persone sono autorizzate a beneficiare di un'ulteriore prestazione, qualora siano ritenute non autosufficienti e bisognose di assistenza, accertata dal Servizio Medico dell'assicurazione malattia, oltre a quella fornita dall'attuale sistema per la Long Term Care. Generalmente questo gruppo di assicurati include casi di demenza senile o di malattie psichiatriche.

Le prestazioni sono basate sul livello di assistenza domiciliare o in case di cura richiesto e sono fondate sull'accoglimento di due principi generali:

- la riabilitazione ha sempre la precedenza rispetto all'assistenza;
- l'assistenza domiciliare ha sempre la precedenza rispetto all'assistenza in case di cura.

L'assistenza presso case di cura prevede dei costi variabili tra 1.023 e 1.432 Euro a seconda che l'assistito si collochi nel livello di necessità I (assistenza rilevante), nel livello II (assistenza grave) o nel livello III (assistenza gravissima). Tuttavia questi benefici non sono corrisposti in pieno qualora l'assistito abbia già richiesto delle prestazioni superiori ad un certo importo.

Selezionando una garanzia assicurativa, sono viceversa erogati i soli importi monetari senza fornire alcun tipo di ulteriore prestazione.

Si riporta di seguito una tabella che riassume ogni prestazione esistente in Germania a

²¹ In relazione alle prestazioni fornite dalle Casse di assistenza, le analisi ed i dati di seguito forniti sono stati desunti da una pubblicazione del Ministero della Salute e della Sicurezza Sociale tedesco nel 2005.

fronte di un evento LTC.

Tav.9 – I benefici ed i servizi nella Long Term Care in Germania
(Prestazioni espresse in Euro/per ogni mese laddove non precisato)

		Livello I	Livello II	Livello III
Assistenza domiciliare	Prest.natura	384,00	921,00	1.432,00
	Prest.denaro	205,00	410,00	665,00
Stand-in Care	da parenti	205,00	410,00	665,00
	da altri	1.432,00	1.432,00	1.432,00
Part-time Care	per mese	384,00	921,00	1.432,00
Short-time Care	4 sett/anno	1.432,00	1.432,00	1.432,00
Prest.supplementari	all'anno	460,00	460,00	460,00
Assistenza in case di c.	Prest.den./anno	1.023,00	1.279,00	1.432,00

Il costo del sistema LTC

Il sistema appena delineato garantisce delle prestazioni parziali e non complete a fronte dei bisogni LTC. Infatti tale sistema fornisce:

- nel caso dell'assistenza domiciliare, un'integrazione alle cure sostenute dai familiari o parenti;
- nel caso dell'assistenza presso case di cura, parte del finanziamento delle spese sostenute senza tuttavia integrarle per le spese di vitto e di alloggio.

A fronte del quadro delle prestazioni esistenti, è stato esaminato il numero dei soggetti beneficiari²². Tale aggregato è stato distinto tra i beneficiari LTC in assistenza domiciliare e presso case di cura.

Un ulteriore distinzione ha riguardato i beneficiari derivanti dall'adesione ad una Cassa mutua oppure dall'ingresso in una copertura assicurativa LTC.

Il numero complessivo dei beneficiari è pari a circa 2 milioni di individui, costituiti da 1,38 milioni che richiedono l'assistenza domestica e da 0,67 milioni che richiedono l'assistenza presso case di cura.

L'assistenza domiciliare prestata da Casse di assistenza ha interessato 1,3 milioni al 31 dicembre 2004; mentre le coperture assicurative private hanno come beneficiari al 31 dicembre 2003 circa 80.000 individui.

Il quadro complessivo che emerge vede la seguente distinzione tra i tre livelli di necessità per l'assistenza domiciliare.

²² Le informazioni circa il numero dei beneficiari sono riprese da uno studio condotto dal Ministero della Salute e della Sicurezza Sociale tedesco del 2005

Tav.10 – Numero dei beneficiari dell’assistenza domiciliare in Germania distinti tra Casse assistenza e compagnie d’assicurazione

Casse assistenza					Compagnie di assicurazione		
	31/12/2003	%	31/12/2004	%		31/12/2003	%
Livello I	733.302	57,25	746.140	57,50	Livello I	40.640	50,80
Livello II	424.682	33,15	426.632	32,90	Livello II	29.040	36,30
Livello III	123.414	9,60	124.039	9,60	Livello III	10.320	12,90
TOTALE	1.281.398		1.296.811			80.000	

Passando ad affrontare l’assistenza presso case di cura, circa 666.000 persone in stato di dipendenza beneficiano delle prestazioni erogate sia dai centri di assistenza sociali sia da quelli privati.

I beneficiari delle prestazioni sono ripartiti sulla base del numero delle persone dipendenti, rispettivamente, dai centri di assistenza sociali e da centri di assistenza privati.

Tav.11 – Numero dei beneficiari dell’assistenza presso case di cura in Germania distinti tra Centri sociali e Centri privati

Centri sociali					Centri privati		
	31/12/2003	%	31/12/2004	%		31/12/2003	%
Livello I	237.907	38,75	245.327	39,00	Livello I	9990	27,00
Livello II	254.477	41,45	258.926	41,20	Livello II	16761	45,30
Livello III	121.635	19,80	124.639	19,80	Livello III	10249	27,70
	614.019		628.892			37.000	

A tale ripartizione deve essere aggiunta quella operata sulla base del livello di necessità richiesto dallo stato di assistenza, distinta sempre sui tre livelli.

L’analisi condotta in merito alla spesa dei benefici dell’assicurazione sociale Long Term Care a partire dal 1995 sino al 2004 evidenzia che si è passati da un costo complessivo di 4,4 milioni di Euro a 8,8 milioni di Euro, limitatamente alla sola assistenza domiciliare. Nel 1996 è stata avviata anche l’assistenza presso case di cura, comportando la crescita dei costi lievitati da 2,7 milioni di Euro a 8,6 milioni di Euro.

TAV.12 – COSTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA LTC IN GERMANIA DAL 1995 AL 2004 (MILIARDI DI EURO)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ass. Dom.	4,4	7,6	7,9	8,2	8,4	8,4	8,2	8,3	8,2	8,2
Ass. Res.	0	2,7	6,4	6,8	7,2	7,5	7,8	8,2	8,4	8,6
Totale	4,4	10,3	14,3	15,0	15,6	15,9	16,0	16,5	16,6	16,8

Come rilevabile, il costo complessivo è salito in misura rilevante nel corso dei 10 anni appena trascorsi dovuto, come illustrato nel seguito, all’incremento del numero dei beneficiari sull’intera popolazione.

La contribuzione richiesta

Il finanziamento dell'assicurazione per l'assistenza ai non autosufficienti è differenziato a seconda che sia sociale o privata.

a) Assicurazione sociale

L'assicurazione sociale è finanziata mediante un prelievo pari all'1,7% del reddito imponibile²³, ripartito tra datori di lavoro²⁴ e lavoratori, con il limite massimo di 3.375 Euro valido sia per l'assicurazione malattia che per la Long Term Care.

Dal 1° aprile 2004, i pensionati devono corrispondere la piena contribuzione all'assicurazione sociale per la non autosufficienza. I fondi pensionistici sono tenuti a versare la metà della quota a carico del pensionato.

I coniugi ed i figli sono coperti dall'assicurazione sociale LTC a condizione che il reddito imponibile di tali ultimi soggetti non ecceda 345 Euro fissato al 1° gennaio 2004.

Il Servizio federale per la disoccupazione prevede la copertura con il versamento a proprio carico dei contributi dei soggetti privi o che hanno perduto un'occupazione.

Il sistema di *funding* applicato è il metodo della ripartizione pura, che prevede il raggiungimento dell'equilibrio attuariale annuale tra i versamenti operati alla Cassa e le prestazioni corrisposte ai beneficiari. Si cerca di incentivare il numero dei futuri assicurati, garantendo quindi una minore contribuzione ai soggetti aventi una o più figli a scapito di quelli che non ne hanno. Tali ultimi contribuenti dovranno versare un contributo supplementare pari allo 0,25% sino a 65 anni di età.

Il confronto tra andamento dei costi a fronte della contribuzione richiesta evidenzia una riduzione degli utili di tale copertura unitamente ad un saldo del ramo negativo.

**Tav.14²⁵ – Assicurazione obbligatoria LTC in Germania –
Casse di assistenza: andamento costi e contributi**
(miliardi di Euro)

	1999	2004
Contributi	16,23	16,87
Costi	16,26	17,69
Saldo	0,03	-0,82
Utili accantonati	4,92	3,42

²³ Nella prima fase di attuazione della legge, l'aliquota era fissata all'1% del reddito imponibile in quanto era compresa la sola assistenza domiciliare.

²⁴ I datori di lavoro hanno ottenuto in cambio l'abolizione di una giornata di festività, eccetto che per la Sassonia nella quale i lavoratori versano 1,35% e i datori di lavoro 0,35% del reddito imponibile poiché non si è rinunciato al giorno festivo.

²⁵ I dati riportati in ordine al confronto tra contributi e costi nell'assicurazione sociale LTC in Germania sono detti dalle risultanze fornite da Munich Re nel giugno 2006.

b) Assicurazione privata

L'elaborazione delle tariffe²⁶ delle coperture private LTC per l'assicurazione obbligatoria rispettano i seguenti requisiti:

- le differenze di premio in base al sesso ed allo stato di salute degli assicurati non sono consentite;
- i figli a carico ed il coniuge hanno, rispettivamente, copertura gratuita e copertura scontata;
- il premio mensile previsto non può mai superare il contributo richiesto dall'assicurazione sociale dopo i primi cinque anni (58,65 Euro per ogni mese a partire dal 2003).

In tale contesto si è reso quindi indispensabile un sistema perequativo tra le varie compagnie di assicurazione per compensare le imprese caratterizzate da una peggiore struttura dei rischi assunti. Nell'ambito di tale sistema perequativo, le compagnie calcolano in comune i premi puri; l'adozione dei caricamenti sia impliciti che espliciti è lasciata alla libera concorrenza delle parti.

I premi sono calcolati secondo il classico approccio privatistico delle assicurazioni private, che prevede la realizzazione dell'equilibrio attuariale individuale tipico delle garanzie *ad personam*. Esistono tuttavia delle limitazioni sul criterio di valutazione del premio individuale che include, accanto a soluzioni tipiche dell'assicurazione privata, l'adozione di componenti finanziate con il sistema a ripartizione, dovute alla necessità di non superare il contributo sociale minimo o di estendere la copertura gratuita ai figli.

Anche in questo caso si è analizzato l'andamento del ramo, confrontando i premi ed i costi tecnici ed evidenziando la migliore stabilità di tale comparto se posto a confronto con il ramo assistenziale.

Tav.15²⁷ – Assicurazione obbligatoria LTC in Germania
Compagnie di assicurazione: andamento premi e costi
(miliardi di Euro)

	1999	2003
Premi	3,01	3,16
Costi	2,62	2,76
Saldo	0,39	0,4
Utili accantonati		12,9

²⁶ L'analisi delle basi di calcolo e della valutazione del premio della copertura sono riportate in uno studio svolto da Munich Re nel settembre 2003.

²⁷ Vedi nota 30.

L'analisi della contribuzione evidenzia la diversa significatività dei contributi, richiesti in funzione del reddito con massimale pari al costo dell'assicurazione sociale, calcolati con il metodo della ripartizione pura ed i premi, variabili con l'età assicurata, elaborati secondo il metodo della capitalizzazione previsti nell'assicurazione privata.

Tav.16²⁸ – I contributi mensili richiesti per l'assicurazione obbligatoria LTC in Germania
(Euro/per ogni mese)

Assicurazione sociale	Ass.ne privata obbligatoria		
	Età	1999	2006
1,70% fino al max 60,56	30	23,78	18,66
	40	31,37	25,73
	50	44,11	37,37
	60	67,46	58,47
	70	124,72	109,79
	80	262,97	234,81

Dal confronto tra i *prevalence rate* rilevati nel 1999 e nel 2004, come evidenziato rispettivamente nelle sotto riportate tavole 17a e 17b, emerge un forte appesantimento dei risultati su ogni fascia d'età rilevata sia per le coperture sociali che per le assicurazioni private.

Tav.17a – I prevalence rate della non autosufficienza (%) – 1999

Età	Maschi		Femmine		Confronto
	Soc.	Priv.	Soc.	Priv.	Priv./Soc.
60-64	1,85	0,76	1,48	0,78	46%
65-69	3,07	1,55	2,57	1,46	55%
70-74	4,82	3,05	4,78	3,11	64%
75-79	6,34	4,38	7,34	5,29	70%
80+	22,30	19,75	34,48	31,30	85%

Tav.17b – I prevalence rate della non autosufficienza (%) – 2004

Età	Maschi		Femmine		Confronto
	Soc.	Priv.	Soc.	Priv.	Priv./Soc.
60-69	24,9	10,3	20,2	9,8	45%
70-79	59,8	43,8	69,8	50,8	73%
80-89	165,7	154,5	246,2	223	92%
90+	436,3	426,3	605,7	613,7	99%

²⁸ Vedi nota 30.

I trend demografici attesi

Dati che devono far riflettere sono i futuri andamenti demografici rilevati dal Ministero della Salute e della Sicurezza Sociale tedesco²⁹. Sono state infatti condotte le previsioni circa i futuri incrementi delle persone con età superiore ai 60 anni che hanno evidenziato una crescita consistente, passando da 19,9 milioni nel 2001 a 21,3 milioni nel 2010 (26% dell'intera popolazione).

Se si esamina la previsione relativa al 2030, emerge un ulteriore incremento in quanto gli individui di età superiore ai 60 anni giungono a 27,9 milioni (34% del dato complessivo).

Ciò deve essere letto in concomitanza con un dato desunto da rilevazioni statistiche nazionali³⁰, nei quali si evidenzia che la speranza di vita alla nascita è pari, rispettivamente, a 74,8 anni per un individuo di sesso maschile e a 80,8 anni per un individuo di sesso femminile. Passando alla speranza di vita per un 60enne, risulta pari a 19,2 anni per un uomo e a 23,5 anni per un donna.

Un'analisi importante ha riguardato il ricorso alla Long Term Care per particolari fasce d'età. In particolare, prima dei 60 anni il ricorso risulta molto modesto (0,6%); passando alla fascia d'età tra i 60 e gli 80 anni il rischio non aumenta di molto (3,9%). Tuttavia solo per età superiori agli 80 anni, il rischio di richiedere la LTC cresce in maniera significativa (31,8%).

La Commissione per la sostenibilità del sistema di sicurezza sociale – Commissione Rurup, dal nome del suo Presidente, ha proiettato lo sviluppo del numero delle persone, membri dell'assicurazione sociale obbligatoria LTC, che richiederanno i servizi dell'assistenza, evidenziando un aumento di circa il 50% di tali individui nel periodo compreso tra il 2002 (1,89 milioni) a il 2030 (3,09 milioni).

Si ritiene pertanto che si assisterà nel prossimo futuro ad un incremento dei costi o alla riduzione delle prestazioni, aspetti questi che emergono esaminando i dati sopra riportati.

2. La situazione degli anziani non autosufficienti nel Regno Unito

La situazione generale

Nel 1993 le soluzioni esistenti per reperire i mezzi per il sostentamento della LTC – *funding* prevedevano la selezione degli individui bisognosi di assistenza sulla base dei rispettivi mezzi di sostentamento. Tale operazione di selezione era operata dal sistema sanitario nazionale (*National Health Services – NHS*).

Con l'approccio sopra indicato, l'assistenza LTC era fondata su un ramo della sicurezza sociale del tutto simile a quello tedesco; i servizi per i cittadini bisognosi di prestazioni LTC erano forniti gratuitamente dal servizio sanitario nazionale.

Dal 1993 l'assistenza LTC non è più fondata su di un sistema della sicurezza sociale abbastanza equivalente per quanto attiene ai benefici a quello tedesco in precedenza citato, bensì in piani coordinati da ciascuna delle quattro Autorità locali (Inghilterra, Scozia, Galles e

²⁹ I dati sono elaborati in uno studio riguardante la Long Term Care e risalgono ad analisi condotte nel corso del 2004.

³⁰ Le rilevazioni statistiche nazionali sono state effettuate nel 2000.

Irlanda del Nord) che sono gli organi responsabili per il controllo e la gestione dell'assistenza stessa. I servizi sono forniti dalle Autorità locali o da privati sulla base di accordi stipulati con le Autorità stesse.

Il reperimento delle risorse necessarie viene generalmente effettuato tramite l'imposizione generale incassata dal governo centrale, ma anche grazie alle tasse locali. Si osservi infatti che sino al 1993 i servizi LTC erano forniti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale – NHS; da tale anno è stato mutato il criterio di *funding* esistente ed è stata prevista una contribuzione crescente in base al reddito.

La Royal Commission sulla Long Term Care

La commissione – *Royal Commission on Long Term Care* – istituita nel 1999 aveva elaborato un'analisi della situazione esistente nel Regno Unito, cercando al tempo stesso di definire delle possibili soluzioni ai problemi esistenti.

Il lavoro svolto si era concluso con la presentazione del rapporto conclusivo, che aveva preliminarmente evidenziato come la non autosufficienza vada intesa come un rischio riguardante la vita umana, quale ad esempio l'attacco cardiaco o l'insorgenza di una malattia tumorale, rimarcando quindi la natura strettamente biologica del bisogno di assistenza.

Per quanto attiene ai modelli da seguire per garantire i cittadini dallo stato di bisogno LTC, era stata individuata una soluzione che aveva previsto la separazione dei rischi sulla base di ciò che viene fornito dallo Stato, da una parte, e ciò che era rimesso alla responsabilità degli individui, dall'altra.

Ma l'aspetto maggiormente significativo è l'elaborazione di due raccomandazioni per le autorità di governo.

La prima raccomandazione, ha definito una sorta di co-finanziamento – sulla base dei *means test* – tra l'individuo e lo Stato, che interviene qualora il costo risulti ad un livello tale da eccedere le risorse finanziarie dell'individuo stesso. In particolare i costi complessivi sono distinti tra costi "normali" della vita quotidiana (*living costs*), costi "alberghieri" (*housing costs*) e costi di cura personale (*personal care*).

La *personal care*, definita sia come la spesa per l'assistenza specializzata infermieristica (*nursing care*) sia come le spese personali riguardanti l'assistenza (*intimate care*), era garantita dallo Stato mediante la fiscalità generale. I costi ipotizzati dalla commissione variavano tra 800 milioni e 1.200 milioni di sterline sulla base dei costi del 1995, pari ad un prelievo in termini percentuali dello 0,35 sul PIL. Era previsto che tali spese restassero costanti per i prossimi cinquanta anni.

Il prelievo degli altri costi – *living costs* ed *housing costs* – restava a carico degli individui che richiedono tali servizi sulla base della loro capacità economica.

La seconda raccomandazione ha previsto la costituzione di un organismo, denominato *National Care Commission*, dedicato al monitoraggio delle ipotesi demografiche e di morbilità, della spesa prevista, della trasparenza e chiarezza del sistema di risorse impiegate e della

fissazione di *benchmark* nazionali.

Nel piano elaborato dal Governo del Regno Unito nel corso del 2000 è emerso il rifiuto della prima raccomandazione della commissione, sancendo quindi che anche il ricorso alla *personal care* costituisce un servizio a pagamento. In proposito l'analisi delle soluzioni risulta differenziata tra i quattro paesi che compongono il Regno Unito, tenuto conto che:

- la Scozia ha previsto la gratuità per i residenti della forma di *personal care* domestica o il riconoscimento a costi limitati per i casi di *personal care* in strutture dedicate (65 sterline alla settimana per *nursing care* e 90 sterline per la *personal care*);
- l'Inghilterra non ha riconosciuto la copertura gratuita della *personal care* ed ha previsto il riconoscimento a costi limitati dei casi di *nursing care* in strutture dedicate (35 sterline, 70 sterline e 110 sterline alla settimana a seconda del livello del reddito);
- soluzioni analoghe a quelle inglesi, pur con diversi prelievi richiesti per la *personal care* prestata da apposite strutture, sono state adottate nel Galles e nell'Irlanda del Nord.

Riguardo al finanziamento, la commissione aveva segnalato alle autorità di governo di accertare quante risorse sono destinate all'assistenza di tipo residenziale o domiciliare degli anziani. Ciò doveva essere effettuato sia nei bilanci del Servizio Sanitario Nazionale, sia in quelli delle Autorità locali, sia in quello della Sicurezza Sociale.

Il limite monetario per non avere diritto alle prestazioni LTC era un reddito annuo superiore a 18.500 sterline. Un rapporto pubblicato nel 2002 evidenziava che il 61% degli individui anziani non autosufficienti aveva un reddito settimanale inferiore a 200 sterline e che il 70% dei residenti aveva notevoli difficoltà finanziarie, pur rispettando il limite richiesto (pari a 16.000 sterline annue) che non consente il diritto alle garanzie LTC in strutture dedicate.

*La situazione dei costi futuri*³¹

Le spese per il complesso della Long Term Care risultavano pari a 12,9 miliardi di sterline nell'esercizio 2000. Tale costo comprendeva 8,8 miliardi di sterline di spese pubbliche e 4,2 miliardi di interventi privati. Della spesa complessiva, circa 9,8 miliardi di sterline risultano relativi ai costi di cura e circa 3,2 miliardi di sterline a costi per l'alloggio.

Quanto alle possibili evoluzioni è previsto che il numero delle persone di età superiore ai 65 anni nel Regno Unito cresca da 9,3 milioni nel 2000 a 16,8 milioni nel 2051, sulla base delle risultanze raggiunte dal *Government Actuary's Department*.

Inoltre si ipotizza che le spese complessive per il 2051 si incrementino del 318% rispetto a quelle del 2000, in primo luogo a causa del forte incremento demografico che vedrà crescere l'aspettativa di vita e poi a causa della crescita dei costi finalizzati alla *Long Term Care* nel suo complesso. Si assisterà ad un incremento della spesa, che passerà da 12,9 miliardi di sterline nel 2000 a 53,9 miliardi di sterline nel 2051.

Considerando, infine, una crescita dell'economia ad un tasso di incremento del 2,25% all'anno del PIL, si può prevedere un incremento del livello di spesa LTC dall'1,37% per il 2000 all'1,83% nel 2051.

³¹ Le risultanze sono contenute in uno studio condotto nel 2004 sulla futura domanda per la Long Term Care nel Regno Unito:

Wittemberg R., Comas-Herrera A., Pickard L., Hancock R. – Future demand of Long Term Care in UK – Joseph Rowtree Foundation – York (2004)

Tav.19³² – La spesa prevista per LTC come % del PIL – 2000-2051

	2000	2005	2010	2020	2031	2041	2051
Spesa pubblica	0,93	0,92	0,91	0,98	1,14	1,20	1,20
Spesa privata	0,44	0,44	0,47	0,51	0,59	0,62	0,63
Spesa complessiva	1,37	1,35	1,37	1,49	1,73	1,82	1,83

La proiezione sopra riportata è stata elaborata sulla base di ipotesi “centrali”, che prevedono l’utilizzo di tre fattori: attesa di vita, il tasso di dipendenza e il costo unitario.

Allo scopo di esaminare la sensitività alle diverse ipotesi adottate, il calcolo è stato rielaborato sulla base delle tre diverse variabili secondo due ulteriori approcci.

Il tasso di dipendenza è definito nel modello come la capacità dell’individuo di svolgere le attività della vita quotidiana. L’analisi è ovviamente basata sulla prevalenza della dipendenza fisica piuttosto che su malattie specifiche.

Selezionando il primo approccio – scenario basso – il numero delle persone dipendenti cresce “solo” del 61% tra il 2000 ed il 2051 a fronte dell’incremento del 113% dello scenario centrale. La spesa prevista per LTC risulta pari a 1,35% del PIL raffrontata con 1,83% dello scenario centrale.

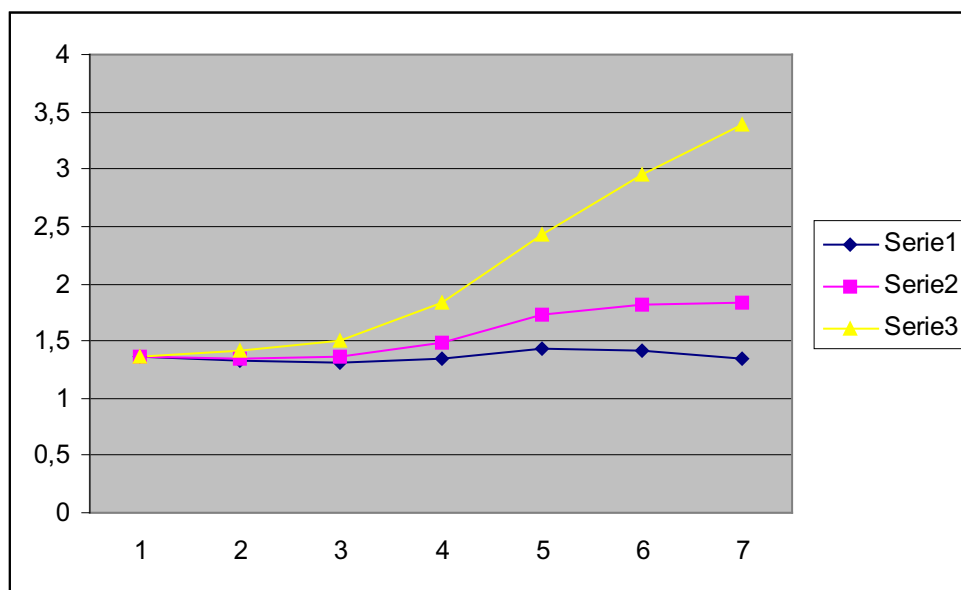
Passando allo scenario alto, le persone dipendenti crescono del 147% tra il 2000 ed il 2051 confrontato con 113% di aumento dello scenario centrale. Il prelievo per spese LTC risulta pari a 3,39% del PIL nel 2051.

Tav.20 – La spesa prevista per LTC come % del PIL nei tre diversi scenari – 2000-2051

	2000	2005	2010	2020	2031	2041	2051
<i>Scenario basso</i>							
Spesa pubblica	0,93	0,90	0,87	0,90	0,95	0,94	0,89
Spesa privata	0,44	0,43	0,44	0,45	0,48	0,48	0,45
Spesa complessiva	1,37	1,33	1,31	1,35	1,43	1,42	1,35
<i>Scenario centrale</i>							
Spesa pubblica	0,93	0,92	0,91	0,98	1,14	1,2	1,2
Spesa privata	0,44	0,44	0,47	0,51	0,59	0,62	0,63
Spesa complessiva	1,37	1,35	1,37	1,49	1,73	1,82	1,83
<i>Scenario alto</i>							
Spesa pubblica	0,93	0,97	1,02	1,24	1,64	1,97	2,25
Spesa privata	0,44	0,45	0,5	0,59	0,79	0,98	1,14
Spesa complessiva	1,37	1,42	1,51	1,83	2,43	2,95	3,39

³² I dati sopra riportati costituiscono delle stime valutate da un modello di analisi messo a punto dal Personal Social Services Research Unit della London School of Economics e dal Nuffield Community Care Studies Unit della University of Leicester nel 2004.

Graf.1 – La spesa prevista per LTC come % del PIL nei tre diversi scenari – 2000-2051



Serie 1: scenario basso; Serie 2: scenario centrale; Serie 3; scenario alto

I risultati, esaminati nel tabella 20 e nel grafico 1, evidenziano un'incertezza di fondo circa il livello di spesa per la non autosufficienza, tenuto conto che non si riesce a prevedere come i costi cresceranno nel tempo alla luce delle rilevanti pressioni demografiche e della crescita prevista dei costi per la *Long Term Care*.

Le mutazioni riguardanti il criterio di *funding* costituiscono l'ulteriore questione da affrontare per definire le prospettive attese di cambiamento.

Come noto la prima raccomandazione della *Royal Commission* è stata l'introduzione della *personal care* gratuita. La diretta conseguenza dell'adozione di tale raccomandazione sarebbe stata l'innalzamento della spesa pubblica per la non autosufficienza, la cui variazione, sui dati 2000, l'avrebbe portata da 8,8 miliardi di sterline a 10,3 miliardi di sterline. Dal canto opposto, la spesa privata per LTC sarebbe diminuita, passando dal 32% al 20% dei costi complessivi nel 2000.

Le previsioni indicano che, adottando uno scenario basato sulla *personal care* gratuita, l'onere complessivo pubblico per LTC si incrementerebbe sino a 42,6 miliardi di sterline a fronte di 35,4 miliardi di sterline. Tale secondo onere sarebbe elaborato sulla base dell'attuale sistema di *funding* nell'approccio centrale, che non prevede il pieno riconoscimento della *personal care* gratuita. Adottando dei pesi percentuali sul PIL, l'onere complessivo per la non autosufficienza, basata sull'approccio che garantisce i costi di cura personale gratuiti, risulterebbe pari a 1,45% del PIL rilevato nel 2051, a fronte dell'1,20% dell'approccio centrale.

L'andamento della spesa prevista per *Long Term Care* raffrontata con l'approccio centrale per tutti gli anni di proiezione è riportato nella tabella 21. In particolare il confronto è operato tra la *personal care* gratuita nei tre diversi approcci con la situazione esistente con l'attuale sistema di *funding*.

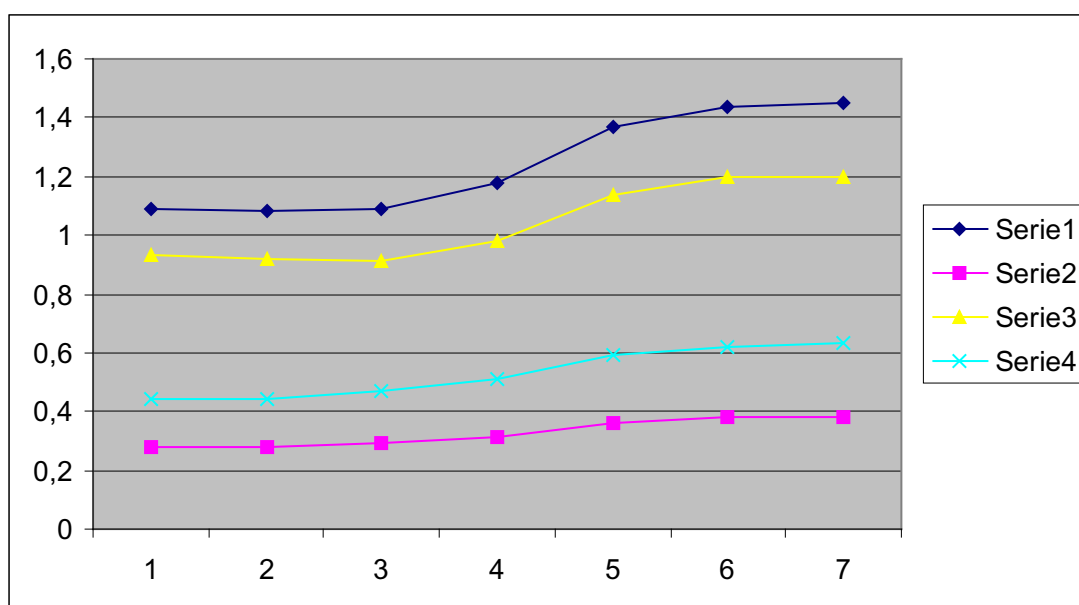
Tav.21 – La spesa prevista per LTC nello scenario della personal care gratuita espressa in % del PIL nei tre diversi approcci – 2000-2051

	2000	2005	2010	2020	2031	2041	2051
<i>Scenario basso</i>							
Spesa pubblica	1,09	1,06	1,04	1,07	1,14	1,13	1,07
Spesa privata	0,28	0,27	0,27	0,28	0,29	0,29	0,28
Spesa complessiva	1,37	1,33	1,31	1,35	1,43	1,42	1,35
<i>Scenario centrale</i>							
Spesa pubblica	1,09	1,08	1,09	1,18	1,37	1,44	1,45
Spesa privata	0,28	0,28	0,29	0,31	0,36	0,38	0,38
Spesa complessiva	1,37	1,36	1,38	1,49	1,73	1,82	1,83
<i>Scenario alto</i>							
Spesa pubblica	1,09	1,13	1,21	1,47	1,95	2,36	2,70
Spesa privata	0,28	0,28	0,31	0,35	0,48	0,58	0,68
Spesa complessiva	1,37	1,41	1,52	1,82	2,43	2,94	3,38
<i>Funding attuale</i>							
Spesa pubblica	0,93	0,92	0,91	0,98	1,14	1,20	1,20
Spesa privata	0,44	0,44	0,47	0,51	0,59	0,62	0,63
Spesa complessiva	1,37	1,36	1,38	1,49	1,73	1,82	1,83

L'intervento privato è funzione inversa della spesa pubblica per Long Term Care: tanto è maggiore quest'onere, tanto è minore il ricorso all'intervento privato. Peraltro l'introduzione della *personal care* gratuita influenza probabilmente il ricorso alla domanda complessiva di assistenza.

Tali ultimi due aspetti sono evidenziati nel grafico 2 che segue.

Graf.2 – La spesa pubblica e privata per LTC come % del PIL nel sistema attuale e adottando la personal care gratuita– 2000-2051



Serie 1: spesa pubblica con pers. care gratuita; Serie 4: spesa privata con pers. care gratuita
 Serie 3: Spesa pubblica; Serie 2: Spesa privata

3. Il problema degli anziani non autosufficienti in Francia

La copertura pubblica

La legge del 1997 ha istituito una prestazione specifica riservata alle persone non autosufficienti anziane in Francia, definita *PSD – Prestation Specifique Dependance*.

L'impostazione della norma restringe il campo d'applicazione alle fasce più povere della popolazione.

Non esiste un soggetto unico chiamato ad erogare i benefici nel caso di non autosufficienza come in Germania, bensì si individua una pluralità di soggetti erogatori che determina una difficoltà di coordinamento.

Le caratteristiche della legge possono essere di seguito così riassunte:

- le persone beneficiarie delle prestazioni LTC, legalmente residenti in Francia, hanno un'età non inferiore ai 60 anni;
- i beneficiari presentino uno stato di dipendenza definito come una persona bisognosa di aiuto nello svolgimento degli atti essenziali della vita umana, secondo una classificazione alternativa allo svolgimento delle attività della vita quotidiana denominata AGGIR33;
- le prestazioni sono basate sulla situazione reddituale e patrimoniale del beneficiario con il massimo scelto in funzione della perdita dell'autosufficienza;
- le prestazioni sono espresse mediante la corresponsione di un'indennità forfetaria.

Da un punto di vista normativo, si è nuovamente intervenuti sulla legislazione vigente con l'emanazione di una norma denominata *APA – Allocation Personnalisée d'Autonomie* entrata in vigore dal 1° gennaio 2002, che dispone l'erogazione pubblica delle spese per la non autosufficienza.

Le prestazioni prevedono un massimo variabile sulla base della perdita di autosufficienza e a seconda dell'assistenza domiciliare o presso case di cura.

In particolare per i servizi esistenti sull'assistenza domiciliare massima mensile, che in ogni caso devono essere preventivamente riconosciute da un collegio medico – sociale, le prestazioni previste sono:

³³ L'AGGIR, introdotto a seguito dell'emanazione della norma nel 1997, è articolato in 5 livelli di assistenza:

GIR 1: persone anziane impossibilitate a muoversi con serie difficoltà mentali, bisognose d'assistenza;

GIR 2:

a – persone anziane impossibilitate a muoversi e bisognose d'assistenza;

b – persone anziane con difficoltà mentali ma che possono muoversi;

GIR 3: persone anziane che hanno le loro facoltà mentali e si possono parzialmente muovere, ma hanno dei problemi a recarsi in bagno;

GIR 4:

a – persone che non possono muoversi. Talvolta è richiesto un intervento per lavarsi e vestirsi. Molti di loro possono mangiare senza assistenza;

b – persone che possono muoversi autonomamente, ma hanno bisogno d'aiuto per mangiare;

GIR 5: persone che sono in grado di muoversi all'interno delle loro abitazioni e che possono mangiare e vestirsi in autonomia. E' richiesta un'assistenza per lavarsi, preparare il cibo e fare i lavori domestici;

GIR 6: persone che non hanno perso la loro autonomia per lo svolgimento degli atti della vita quotidiana.

- GIR 1: 1.168,76 Euro/mese;
- GIR 2: 1.001,79 Euro/mese;
- GIR 3: 751,34 Euro/mese;
- GIR 4: 500,90 Euro/mese.

Per quanto attiene all'assistenza presso case di cura, l'APA ha previsto l'erogazione sempre su base mensile sulla base di tre distinte componenti:

- il grado di autonomia del soggetto beneficiario, elaborato sulla base del suo GIR, così ripartite:
 1. GIR 1/2: 14,5 Euro/giorno (435 Euro mensili);
 2. GIR 3/4: 8,5 Euro/giorno (255 Euro mensili);
 3. GIR 5/6: 2,3 Euro/giorno (69 Euro mensili);
- il costo dell'assistenza presso la casa di cura selezionata;
- le risorse finanziarie del beneficiario.

In ogni caso è previsto che l'erogazione dell'indennità sarà operata o nelle mani del beneficiario o, qualora le autorità competenti (*Conseil General*) diano il loro parere favorevole, direttamente alla casa di cura.

In particolare, il trasferimento, diversificato a seconda del grado di non autosufficienza, valutato secondo la classificazione AGGIR sopra descritta, e del reddito personale, richiede una partecipazione finanziaria del soggetto beneficiario, rispettivamente, fino all'90% della spesa per l'assistenza a domicilio complessiva e fino all'80% della spesa per l'assistenza in case di cura. In ogni caso è previsto che il livello massimo di spese sostenute dalla copertura pubblica sia pari a 12.000 Euro all'anno.

L'analisi dei beneficiari al giugno 2005 – 891.000 circa – evidenzia una forte incidenza di individui fortemente anziani, tenuto conto che il peso degli ultra 85enni risulta pari al 44% e che il peso degli ultra 75enni risulta pari all'85%. E' rilevante l'incidenza sul totale degli individui di sesso femminile pari al 77% dei soggetti beneficiari con più di 75 anni d'età.

L'onere complessivo a carico del sistema pubblico rilevato nel 2004 è pari a 3,65 miliardi di Euro.

La rendita media, pari a 476 Euro mensili per l'assistenza domiciliare e pari a 402 Euro mensili per l'assistenza presso case di cura, è variabile, quindi, in base al reddito del beneficiario e dipende dalla classificazione AGGIR. Tale classificazione, unitamente ai calcoli sulla rendita media, è stata desunta da uno studio condotto nel 2006, congiuntamente, dal Ministero del Lavoro e dal Ministero della Salute ed è riportata nella tabella 22.

Tav.22 – La ripartizione dei beneficiari secondo la classificazione AGGIR

	Beneficiari (%)
GIR 1	8
GIR 2	29
GIR 3	20
GIR 4	43

La ripartizione dei beneficiari in base ai criteri per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana prevede il peso maggiore per il quarto livello di assistenza, ovvero quei soggetti che sono in grado di deambulare con sufficiente autonomia ma non sono in grado di alimentarsi oppure persone in grado di alimentarsi in modo autonomo ma prive della facoltà di muoversi.

Un'attenzione molto particolare è dedicata al morbo di *Alzheimer*, tenuto conto che circa il 66% dei beneficiari APA risulta affetto da tale patologia. La spesa in ordine al morbo in questione per l'esercizio 2004 è stata pari a circa 10 miliardi di Euro³⁴ con il 50% rimasto a carico delle famiglie. Il quadro delle persone affette dal morbo risulta pari a 860.000 e aumenterà di 250.000 all'anno, portandosi - al netto dei decessi - a 1,3 milioni nel 2020 e a 2,1 milioni nel 2040.

Oltre a fornire il quadro delle prestazioni in precedenza citato, l'APA, offerta a livello domiciliare, consente di ottenere i seguenti due vantaggi in relazione alle persone assunte allo scopo di permettere al soggetto di adempiere ai suoi bisogni:

1. l'esclusione dei compensi corrisposti a tali soggetti dal versamento alla sicurezza sociale;
2. la deduzione fiscale del compenso corrisposto, qualora si ricorra ad un soggetto che rilasci regolare fattura o si impieghi direttamente.

L'assicurazione privata

Il mercato francese costituisce il principale mercato di assicurazione privata LTC non obbligatoria in Europa.

L'esperienza si basa su di un periodo ventennale con tassi di crescita annui del 15-20%. L'ampiezza del mercato è testimoniata dal rilevante numero di teste assicurate pari a 2,5 milioni nel 2005 con una crescita del 13% prevista per il 2006, distinte tra assicurazioni individuali e collettive. La raccolta premi è risultata pari a 312 milioni di Euro, dei quali 291 milioni di Euro provengono da contratti individuali.

Negli ultimi venti anni i prodotti assicurativi si sono evoluti e hanno visto succedersi tre distinte generazioni:

1 – non era consentita la copertura della LTC parziale ed, inoltre, i prodotti erano elaborati in modo individuale. Era previsto che le compagnie di assicurazione intervenissero, garantendo una prestazione LTC, qualora gli assicurati non fossero in grado di svolgere le quattro attività della vita quotidiana – ADL³⁵. Le prestazioni corrisposte dopo aver trascorso un periodo di carenza erano rendite vitalizie a fronte di un'età massima all'ingresso in polizza pari a 70 anni;

2 – accanto alla definizione di LTC parziali, sono state introdotte anche coperture collettive. La formalizzazione dello stato di non autosufficienza è stata basata in modo congiunto sulla base della scala AGGIR e sulle ADL. Accanto alle rendite vitalizie, sono stati previsti dei benefici espressi in forma di capitale per l'acquisto di soluzioni domestiche per la non autosufficienza. L'età massima all'ingresso in assicurazione è stata posta pari a 75 anni;

³⁴ Tale risultato è riportato nella Relazione del 2005 dell'OPEPS – Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé.

³⁵ In Francia sono state impiegate 4 e non 6 attività della vita quotidiana e sono: vestirsi/spogliarsi; lavarsi; mangiare e bere; muoversi.

3 – con l'ultima generazione di contratti, i prodotti assicurativi seguono l'evoluzione dei bisogni per la non autosufficienza, garantendo il rimborso di forme di assistenza e interventi medici anche a domicilio.

I prodotti, dopo una fase iniziale nella quale sono state collocate solo polizze individuali, si sono affermati anche nella forma di contratti collettivi. Questi contratti, stipulati ad adesione obbligatoria nell'ambito dell'azienda, prevedono delle garanzie minimali per gli aderenti: divieto di selezione degli assicurati e obbligo a carico dell'assicuratore di garantire condizioni preesistenti. Il loro sviluppo è tuttavia ancora modesto.

In Francia alla fine del 2005 circa una trentina di imprese hanno proposto dei prodotti assicurativi per la non autosufficienza; il mercato si presenta tuttavia molto concentrato, tenuto conto che quattro imprese assicurative si suddividono una quota di mercato pari al 73%³⁶. Un aspetto interessante è notare il rilievo del canale della *bancassurance* nella distribuzione dei contratti.

Le prestazioni, corrisposte secondo la tecnica dell'indennità, richiedono la perdita irreversibile dell'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. E' richiesta l'assistenza di un altro individuo qualora l'assicurato non riesca a compiere almeno tre delle quattro ADL e contestualmente non sia in grado di rispettare quanto previsto dalla classificazione AGGIR per l'assistenza pubblica. Inoltre, l'assicurato che non si veda riconoscere la prestazione pubblica LTC, non potrà ottenere la prestazione privata.

E' previsto che i tassi di premio possono essere sempre rivisti e che l'assunzione della posizione assicurativa sia effettuata mediante una documentazione semplificata con un periodo di carenza della copertura.

4. Il problema degli anziani non autosufficienti negli USA

La copertura pubblica

Nell'inquadramento del piano di *Social Security* introdotto nel 1965 l'assistenza agli anziani viene definita in relazione alle malattie acute.

La quasi totalità del sistema sanitario è garantita dalle coperture assicurative private. Infatti si osserva che:

- circa il 70% della popolazione è assicurata contro il rischio malattia da coperture private;
- circa il 14% della popolazione non ha alcuna copertura;
- il restante 16% è tutelato dal programma federale denominato *Medicare*, che è una sorta di assistenza sanitaria per le malattie rilevanti.

Il finanziamento di tale programma sanitario federale avviene attraverso il prelievo di un'imposta pari al 2,9% del reddito annuo, gravante in misura equivalente sul lavoratore e sul datore di lavoro. Tale programma determina ampie scoperture a carico degli assistiti; il 60% circa degli anziani ricorre a coperture assicurative private, denominate *Medigap*.

La copertura delle prestazioni LTC avviene attraverso il programma *Medicare* per taluni aspetti, ma principalmente tramite il programma *Medicaid* al quale il 14% della popolazione, privo del reddito minimale, accede.

³⁶ Fonte: *L'Argus de l'assurance*, maggio 2006.

La copertura offerta dal piano *Medicare* garantisce l'assistenza una volta esaurite le risorse personali o di assistenza residenziale di breve periodo in casi di ricovero ospedaliero.

Le prestazioni offerte da *Medicaid* sono costituite da ricoveri in case di cura. Il programma *Medicaid* si è evoluto trasformandosi da piano di assistenza sanitaria alle fasce più povere in un importante pilastro per il finanziamento delle spese LTC. Si stima che due terzi degli anziani finiscano per ricorrere alle prestazioni *Medicaid*.

L'assicurazione privata

L'assicurazione privata LTC si è sviluppata storicamente negli Stati Uniti in quanto la sanità pubblica fornisce delle prestazioni molto modeste. Le coperture assicurative si sono affermate a partire dal 1974 ed hanno raggiunto la diffusione massima, pari a 6,5 milioni di contratti, nel 2001. Nella fase attuale la crescita delle polizze per la non autosufficienza è rallentata giungendo a 6,2 milioni nel 2004, ripartite tra contratti individuali (70%) e contratti collettivi stipulati dal datore di lavoro (30%). In ogni caso la percentuale di popolazione coperta da polizze LTC risulta estremamente modesta (circa 7%) a causa dei costi dei contratti.

La raccolta premi si è ridotta evidenziando una riduzione del 4% sui premi individuali, rilevata nel 2004. Tale riduzione si è avvertita anche sui premi dei nuovi affari, che sono risultati inferiori del 25% sempre rispetto al 2004. A ciò si aggiunge le perdite riscontrate dalle principali compagnie su tale ramo di attività.

Peraltro si è assistito al processo di concentrazione delle imprese: circa il 55% dei premi è stato emesso dalle prime cinque imprese.

La copertura offerta prevede la restituzione del costo sostenuto per la LTC, qualora si sia esaurita la prestazione offerta da *Medicare* e non si abbia diritto alla prestazione garantita da *Medicaid*.

L'assicurato è sottoposto preventivamente ad un accertamento sanitario. In base a stime, è stata rifiutata una copertura per la non autosufficienza a circa il 20% dei potenziali assicurandi.

I costi per le coperture individuali sono estremamente alti, tenuto conto che le polizze prevedono l'indicizzazione al costo della vita e alla luce del numero di anni previsto per i quali viene garantita la restituzione dei costi sostenuti con un massimo indicato nel contratto.

L'organo di vigilanza statunitense – NAIC³⁷ ha stabilito degli standard minimi di qualità e trasparenza per i contratti LTC. Tali standard prevedono la rinnovabilità dei contratti, l'ammissibilità del recesso solo in casi eccezionali espressamente previsti dalla normativa, l'inclusione di malattie ad eccezione di quelle preesistenti, da quelle di guerra e da disordini mentali o nervosi, la copertura obbligatoria del morbo di *Alzheimer*, l'adozione della clausola di revisione dei premi in base ad un *loss ratio* minimo prestabilito.

Allo scopo di consentire uno sviluppo del mercato, è stato varato nell'autunno 2002 un piano denominato *Federal Long Term Care Insurance Program*, rivolto alle persone al servizio del governo (circa 20 milioni di individui) che possono acquistare la copertura assicurativa per il rischio di non autosufficienza da assicuratori selezionati ed approvati dal governo stesso. e

³⁷ NAIC - National Association of Insurance Commission costituisce l'organizzazione statunitense che raggruppa tutti i regulators di ogni stato. L'obiettivo assegnato è assistere i regulators nella difesa dei consumatori e fornire un ausilio nel mantenere la stabilità finanziaria del mercato assicurativo.

che non siano coperti dal sistema *Medicare*.

Sono state introdotte delle agevolazioni fiscali che consentono di dedurre dal proprio reddito imponibile il costo della copertura assicurativa. E' stata altresì prevista una partnership tra il programma *Medicaid* e la stipula di una copertura LTC, che prevede delle facilitazioni all'accesso al programma *Medicaid* a condizione che si sia acquistata una copertura contro il rischio di non autosufficienza.

Alla luce della normativa denominata *Health Insurance Accountability Act - HIAA*, sono state offerte dei contratti collettivi LTC che hanno beneficiato dell'analogo trattamento fiscale delle polizze malattia. In base alla normativa in questione, le spese per il contratto LTC pagate dal datore di lavoro sono integralmente deducibili; il costo gravante sul dipendente non costituisce reddito imponibile e le prestazioni erogate sono esenti da imposte. Affinché i contratti LTC possano giovare delle agevolazioni fiscali, le coperture non devono prevedere la restituzione delle spese rimborsabili dal programma *Medicare* né un valore di riscatto né la possibilità di un prestito. Inoltre deve essere prevista la portabilità del contratto qualora il dipendente cambi lavoro.

CAPITOLO TERZO
LE SOLUZIONI PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

1. Premessa

Alla luce dello stato dell'arte rilevato nei principali paesi industrializzati, la situazione esistente in Italia evidenzia la necessità di dotarsi di una struttura in grado di garantire agli anziani al momento in cui diventino non autosufficienti dei modelli organizzativi e finanziari tali da consentire l'erogazione delle prestazioni. Il giusto mix tra il settore pubblico e quello privato appare la strada da seguire.

Soluzioni adottate negli altri Paesi possono rappresentare un utile modello di riferimento; alcune delle soluzioni individuate possono essere importate nel sistema italiano.

2. Il problema della LTC in Italia

I soggetti interessati e la valutazione della non autosufficienza

L'individuazione di un soggetto che vive in condizioni di disabilità è ancora oggi problematica nel nostro Paese. Infatti la definizione stessa costituisce un'approssimazione dai contorni non precisamente ed univocamente definiti: si rileva l'utilizzo del termine "handicappato" o del termine "invalido" o "inabile" come sinonimo di persona disabile con finalità estremamente varie e legate a motivazioni e interventi sovrapposti nel tempo. Un esempio di quanto detto è riscontrabile nell'utilizzo dei termini disabilità e invalidità, rispettivamente, nella legge 104/1992 e nella legge 118/1971:

1. nella legge 104/1992 si fa riferimento alle capacità dell'individuo di espletare autonomamente le attività fondamentali della vita umana;
2. nella seconda normativa di riferimento si adotta il riconoscimento ad una persona di percepire il beneficio economico in conseguenza di un danno biologico, indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza nelle attività della vita quotidiana.

Un ulteriore problema attiene all'implementazione concreta del concetto di disabilità, inteso come riduzione della capacità di esercitare autonomamente determinate attività di vita quotidiana, all'interno di un quadro regolamentare nel quale l'intervento pubblico trova un sostegno parziale nel privato profit e non profit. Infatti dall'analisi svolta sull'argomento emerge che il quadro normativo evidenzia una notevole incertezza sulle misure da adottare per tutelare la figura del disabile:

- la legge 328/2000 ha introdotto alcune definizioni concernenti, tra l'altro, la questione della disabilità. Infatti l'articolo 1 della legge ha previsto che le condizioni di non autonomia siano ridotte, sia in relazione agli aspetti economici che a quelli sociali, in conseguenza dello stato di disabilità;
- esperienze regionali³⁸ hanno evidenziato l'esigenza di integrare la dimensione sanitaria e quella sociale nella definizione e valutazione della disabilità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS con l'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità) ha posto l'attenzione su quei fattori ambientali e personali che limitano le capacità di funzionamento a livello individuale. Da tale definizione emerge una forte

³⁸ Esame svolto dall'Emilia – Romagna nel suo Piano di Attività per l'anno 2006.

implicazione sul sistema della rilevazione dei bisogni;

- le analisi degli obiettivi e delle priorità, riportati nel libro bianco sul welfare elaborato dal Ministero del Lavoro³⁹, fanno cogliere che il sistema socio – sanitario non sembra ancora in grado di fornire dei servizi sanitari e sociali sufficienti, sebbene le misure a favore degli individui non autosufficienti siano urgenti e improcrastinabili.

In tale ultimo contesto è stato varato il piano nazionale per la non autosufficienza, condotto in coordinamento tra il Ministero del Lavoro ed il Ministero della Salute, che deve definire a livello regionale su base volontaria la costruzione di un modello di finanziamento e di accesso alle prestazioni previste e la realizzazione di servizi territoriali personalizzati attraverso l'integrazione tra sanità ed assistenza.

Nella valutazione della non autosufficienza, un punto critico è la focalizzazione di interventi equi ed appropriati all'interno di un sistema di welfare, caratterizzato da una significativa asimmetria tra il modello incompleto di assistenza sociale e quello sanitario. La questione di tale asimmetria pone alcune problematiche che riguardano: la specificazione dei diritti dei beneficiari, la responsabilità dei soggetti che offrono i servizi di assistenza, le forme di controllo e le fonti di finanziamento.

Si evidenzia quindi incertezza sul dato relativo ai “destinatari” delle prestazioni LTC. Infatti la sola indagine disponibile a tutt'oggi è quella elaborata dall'ISTAT nel 1999, che si basa su di un questionario, proposto da un gruppo di lavoro dell'OCSE su raccomandazione dell'OMS.

Il contenuto del questionario, elaborato con l'Indagine Multiscopo del 1999 – 2000⁴⁰, consente di individuare le tre funzioni fondamentali per definire la disabilità:

- le funzioni della vita quotidiana, che comprende le attività di cura alla persona (laversi, vestirsi, mangiare ecc.);
- le funzioni della mobilità e della locomozione (camminare, salire e scendere le scale ecc.) che possono definirsi come una sorta di confinamento dell'individuo in un letto o in una sedia o in una abitazione;
- le funzioni della comunicazione, comprensive della parola, della vista e dell'udito.

In tale contesto l'ISTAT ha operato sul campione oggetto di stima, definendo “disabile” la persona che ha riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana.

La stima riporta un valore pari a 2.615.000 del numero dei disabili che risiedono in famiglia. A tale dato, si deve aggiungere la stima delle persone disabili che vivono in residenze socio – sanitarie e che risultano pari a circa 169.000.

Tali risultati, presumibilmente, distorcono verso il basso il numero reale di persone disabili in Italia, considerato che le persone disabili sono rilevate con il metodo per intervista e, pertanto, non si può escludere che vi sia una sottostima dovuta alla mancata dichiarazione di persone disabili in famiglia.

³⁹ Il Ministero del Lavoro ha elaborato nel corso del 2003 un documento denominato libro bianco del welfare che accoglie, tra l'altro, una sezione dedicata all'autonomia psico-fisica. Tale sezione indica l'assistenza per tutti quei soggetti che presentano delle gravi limitazioni alla loro autonomia fisica e psichica.

⁴⁰ La fonte di queste informazioni è lo studio condotto dall'ISTAT – Indagine Multiscopo Anni 1999 – 2000 (Roma) 2001

I risultati rilevati risultano complessivamente pari a 2.784.000 individui disabili nel 2000 a fronte di una popolazione pari, rispettivamente, a 53.950.000 avente età superiore a 5 anni ed a 57.612.615 complessiva. Tale risultato deve essere raffrontato con il dato riportato nella stima dei disabili del 1994, pari a 2.677.000, e con la consistenza della popolazione italiana a tale data pari a 53.511.905.

Analizzando le risultanze dello studio svolto dall'ISTAT emerge una presenza della disabilità correlata all'età, confermato da una stima di disabili ultrasessantacinquenni pari a 1.967.000 a fronte di una consistenza della popolazione di 10.049.000 e con un tasso di prevalenza⁴¹ pari a 0,196. Considerando l'età di 80 anni e più, si rileva un *prevalence rate* pari a 0,475.

I tassi di prevalenza evidenziano un andamento superiore per le donne rispetto agli uomini: le donne sono il 66% dei disabili a fronte degli individui maschi pari al 34%. La differenza è connessa alla differente speranza di vita: infatti, oltre il 79% delle donne ha più di 65 anni, mentre negli uomini la percentuale decresce al 66%.

L'analisi della distribuzione territoriale evidenzia delle differenze tra l'Italia Settentrionale e l'Italia Meridionale ed Insulare. Infatti il *prevalence rate* rilevato nell'Italia Meridionale e nell'Italia Insulare è, rispettivamente, pari a 6% e 5,2%, mentre tale tasso scende a 4,4% nell'Italia Nord – Orientale e a 4,3% nell'Italia Nord – Occidentale.

**Tav.23 – Numero persone disabili superiori ai 6 anni di età, che vivono in famiglia
– Anno 1999 – 2000**

(Dati in migliaia)

	<65	65 - 74	75 e più	Totale
Maschi	301	204	389	894
Femmine	363	323	1.035	1.721
Maschi e Femmine	664	527	1.424	2.615

**Tav.24 – Persone disabili e anziani non autosufficienti ospiti dei presidi socio – sanitari
– Anno 1999 – 2000**

(Dati in migliaia)

	<18	18 - 64	Anziani	Totale
Maschi	1	15	31	47
Femmine	0,8	13	108	122
Maschi e Femmine	1,9	28	139	169

Dal quadro sopra rappresentato, emerge che i disabili in Italia vivono per la gran parte in famiglia (92% del totale stimato dei disabili). Nel nostro paese quindi è sulla famiglia che grava l'onere di assistere il disabile, senza poter quasi totalmente disporre delle misure alternative per il sostentamento sia di tipo economico sia di tipo sociale. La sola eccezione esistente è costituita dall'erogazione dell'indennità di accompagnamento (legge 18/1980), previo il superamento di un accertamento sanitario condotto dalla Azienda Sanitaria Locale competente, pari a 450,78 Euro mensili nel 2006 e dall'accoglienza in strutture sanitarie extraospedaliere, denominate residenze sanitarie assistenziali, attivate da alcune regioni site al centro – nord Italia.

⁴¹ La definizione del *prevalence rate* è riportata nella nota 10.

L'indennità di accompagnamento viene corrisposta alle persone, non deambulanti, che non possono svolgere gli atti quotidiani della vita umana, che hanno bisogno di assistenza continuativa e che non sono ricoverati gratuitamente in strutture pubbliche per più di un mese.

Le strutture sanitarie extraospedaliere prevedono l'assistenza sanitaria e sociale per le persone anziane non autosufficienti, prive del supporto familiare adeguato. Le risorse complessivamente assorbite da tale iniziativa sono distinte tra la quota (tariffa) sostenuta dalle ASL diverse da regione a regione e la compartecipazione degli utenti (retta) al costo dei servizi. Il costo giornaliero complessivo per ogni assistito oscilla tra un minimo di 62,28 Euro ad un massimo di 105,15 Euro. La spesa annua totale, distinta tra quota sostenuta dalle regioni e retta degli utenti, risulta pari, rispettivamente, a 2 miliardi di Euro ed a 2,2 miliardi di Euro.

Dal confronto operato tra i risultati dell'indagine Multiscopo condotta nel 1999 e quella svolta nel 1994, il dato saliente che emerge è che la stima del numero complessivo dei disabili cresce del 4% a fronte di un aumento della popolazione dell'8%. Disaggregando i risultati, si rileva che la popolazione di età, rispettivamente, non inferiore a 65 anni e non inferiore a 75 anni risulta aumentata del 12% e del 32%; l'innalzamento della stima dei disabili è pari, rispettivamente, al 12% ed al 20%.

Si riporta di seguito la tabella 25 che riassume i risultati sopra descritti.

Tav.25 – Andamento della popolazione generale e dei disabili nel 1994 e nel 1999

	Anno 1994	Anno 1999		Anno 1994	Anno 1999
Tot. Popol.	53.511.905	57.612.615	Tot.disabili	2.677.000	2.784.000
Popol.65+	8.990.000	10.049.000	Disab.65+	1.874.000	2.090.000
Popol.75+	3.234.000	4.281.000	Disab.75+	1.219.000	1.459.000

Le prestazioni

L'aspetto da affrontare è costituito dall'individuazione delle prestazioni da erogare per un soggetto privo della capacità di adempiere alle proprie funzioni vitali.

Il punto di partenza è in primo luogo cogliere le discriminazioni tra il "nucleo essenziale dei diritti" – che costituisce il sinonimo del livello minimo delle prestazioni – e il "livello essenziale delle prestazioni". Tale livello individua un'area più ampia di prestazioni, dove l'intervento pubblico per la non autosufficienza non appare sufficiente a fronte dei bisogni degli individui disabili e che, viceversa, potrebbero trovare sostegno nell'iniziativa privata.

In altri termini è necessario individuare il *punto di equilibrio* allo scopo di adottare iniziative che, ponendo insieme il ricorso al comparto pubblico e quello del mercato privato, selezionino le migliori soluzioni possibili in materia di non autosufficienza.

In altri termini si sta sostenendo la necessità di avviare una nuova fase, nella quale l'intervento pubblico si trasformi nella nascita di nuovi "contenitori", gestiti alla stregua dell'assicurazione sociale con il fine di erogare delle prestazioni per la non autosufficienza alle età anziane, considerato che l'allungamento della vita umana sembra coincidere (anche se su

tale aspetto i risultati, come abbiamo visto, non sono univoci) con il lento peggioramento dello stato di salute dei cittadini.

L'avvio di tali "contenitori" sociali non deve far dimenticare le opportunità offerte dal settore privato. Infatti per quei soggetti che non possono/vogliono aderire a tale forma sociale di copertura, esiste l'opportunità di avvalersi delle iniziative e le prestazioni garantite da imprese d'assicurazione private.

3. Le soluzioni proposte per una prestazione LTC

Nel tentativo di porre mano alla riforma dell'assistenza pubblica in Italia, la legge 328/2000 ha definito i livelli assistenziali e la dotazione di risorse del Fondo per le politiche sociali. Tuttavia, tenuto conto della difficoltà di reperire le risorse finanziarie necessarie, non è stata data al momento concreta attuazione al provvedimento in questione.

Il fenomeno dell'assistenza unicamente per i soli disabili è stato più volte esaminato: le stime condotte dal Ministero della Salute evidenziano una spesa per gli anziani pari a 6,5 miliardi di Euro a fronte di un fabbisogno di circa 15 miliardi di Euro.

La costituzione di un Fondo nazionale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, introdotto dalla legge 328/2000, è stata preliminarmente discussa in Parlamento. Tale Fondo, sulla base di un apposito decreto interministeriale, doveva indicare la quota da riservare a servizi di assistenza domiciliare a favore di persone anziane non autosufficienti. E' appena il caso di osservare che tale fondo per l'esercizio 2002 contava su circa 475 milioni di Euro (920 miliardi di lire).

In proposito si è inizialmente previsto di alimentare detto Fondo mediante l'adozione di una tassa posta a carico del costo del lavoro. Il prelievo raccolto avrebbe dovuto essere pari a 8 miliardi di Euro circa allo scopo di finanziare le funzioni pubbliche nel ramo assistenza. Tuttavia tale prelievo, operato mediante un aumento della tassazione vigente, è stato bloccato nell'ottobre 2003 dalla Commissione Finanze della Camera dei Deputati, che ha ritenuto di non aumentare il costo del lavoro. Perplessità analoghe sono state avanzate dall'allora Ministro dell'Economia nel corso del dibattito parlamentare sulla legge finanziaria 2005, osservando i problemi connessi con la sostenibilità finanziaria di un Fondo nazionale gravante unicamente sui lavoratori e sul datore di lavoro.

In ogni caso la Finanziaria 2005 ha previsto l'adozione di una misura di sostegno per le famiglie, introducendo una deduzione d'imposta sino ad un massimo di 1.820 Euro annui per le spese documentate e relative al personale addetto all'assistenza personale dei familiari non autosufficienti.

Il ricorso congiunto a risorse gestite con il criterio pubblico e risorse private costituisce una strada inevitabile per giungere al decollo dell'assistenza di lungo periodo, tenuto conto che destinare mezzi finanziari pubblici non appare più proponibile a causa delle difficoltà incontrate per gestire la spesa pubblica: il finanziamento dei costi richiesti per l'assistenza LTC finirebbe cioè per ricadere integralmente sulla fiscalità generale o sul costo del lavoro

Al tempo stesso non sembra percorribile dedicare esclusivamente gli incrementi fiscali a tale scopo, tenuto conto del rilievo raggiunto e delle prospettive di crescita di tali oneri per l'assistenza agli anziani.

D'altro canto lo sviluppo delle coperture private attualmente esistenti è abbastanza modesto.

In primis, avuto riguardo alla proposta di costituzione di una garanzia LTC a favore degli iscritti a forme di previdenza complementare⁴². Alla base della proposta formulata l'idea che si potesse avviare una fase in cui gli aderenti al fondo avrebbero gestito i mezzi finanziari con una logica sociale; in particolare, il soggetto avrebbe potuto non aderire alla forma previdenziale, ma, qualora lo avesse fatto, si rendeva obbligatoria l'estensione alla copertura LTC. Tuttavia le difficoltà incontrate per il decollo della previdenza complementare e, in particolare, per i fondi pensione negoziali hanno impedito lo sviluppo anche della garanzia LTC, sebbene, affrontando la questione dei costi, il premio previsto, ripartito tra datore di lavoro e lavoratore e senza l'intervento pubblico, risulti estremamente modesto.

Anche i prodotti assicurativi individuali finalizzati alla copertura della Long Term Care non hanno avuto un adeguato sviluppo. Ciò anche per effetto dell'inesistenza di esperienze statistiche nazionali (situazione questa che ha determinato la valutazione dei costi assicurativi sulla base di statistiche straniere) che ha contribuito a generare l'estrema distanza tra il costo che gli individui erano disposti a spendere e quanto era richiesto dagli assicuratori.

Secondo taluni, si potrebbe introdurre l'obbligo di accedere ad una copertura LTC alla stregua del modello tedesco, generando l'esistenza di un collettivo sufficientemente numeroso ed omogeneo per garantire l'assicurabilità del rischio. Tuttavia, pur tenuto conto dell'esistenza di una valida motivazione tecnica, si ritiene che l'introduzione dell'obbligo sarebbe percepita come l'inserimento di una nuova tassa in capo ai contribuenti.

Nel quadro delineato, un'ulteriore strada da perseguire è la realizzazione di forme contrattuali collettive valide sia per lavoratori dipendenti che autonomi, che prevedano l'erogazione dei servizi per la non autosufficienza.

4. I contenuti del prodotto assicurativo

L'obiettivo è quello di consentire l'avvio di un comparto particolare che veda la nascita di un contratto collettivo di assicurazioni finalizzato a garantire l'assistenza per i non autosufficienti.

In particolare il contratto, stipulato da un soggetto (di solito un'azienda o una categoria professionale), prevede che gli assicurati e i beneficiari della polizza siano i dipendenti dell'azienda stessa o i lavoratori autonomi di riferimento. Le polizze dovrebbero essere la risultante dei nuovi accordi contrattuali, in base ai quali il datore di lavoro o la categoria professionale si impegna ad essere il contraente della nuova forma contrattuale LTC, ad inoltrare all'assicuratore i moduli di adesione e a corrispondere i premi comprensivi della quota di sua competenza.

Stipulando un contratto collettivo si rende più agevole la trattativa tra le parti contrattuali, in ragione del più favorevole trattamento in termini di oneri per contributi sociali del costo per la copertura LTC, rispetto ad aumenti retributivi in forma monetaria.

Peraltro, si può osservare che:

- la scelta di adottare un contratto collettivo evita o attenua le problematiche di antiselezione;

⁴² Riportata nel precedente Quaderno ISVAP n.11.

- la sottoscrizione di coperture in età sensibilmente inferiori a quella del ritiro dal mondo del lavoro è incentivata;
- la forma collettiva presenta minori costi di gestione rispetto alle individuali.

I soggetti aderenti

Le collettività di assicurati risultano costituite da soggetti che presentano, rispetto al rischio LTC, un elevato grado di omogeneità, in quanto sono composte da individui che svolgono la stessa attività professionale e che sono esposti in eguale misura al rischio di non autosufficienza.

Più in particolare, i soggetti aderenti sono costituiti da:

1. lavoratori dipendenti che chiedono l'adesione a contratti assicurativi collettivi, da concludersi nell'ambito del proprio rapporto di lavoro;
2. lavoratori autonomi che, oltre a poter concludere contratti assicurativi individuali, possono richiedere l'adesione a contratti collettivi costituiti nella associazione professionale di appartenenza.

Lo stato di non autosufficienza

Lo stato di non autosufficienza dovrebbe essere realizzato qualora il soggetto sia incapace a svolgere tre o più attività della vita quotidiana, secondo il classico schema delle ADL⁴³.

L'identificazione dello stato di non autosufficienza si presenta lievemente difforme da quanto previsto con Decreto del Ministero delle Finanze emanato, sentito l'ISVAP, il 22 dicembre 2000⁴⁴, considerato che obiettivo del presente studio è prevedere un sistema di particolare agevolazione per ben individuate tipologie contrattuali, che potremmo definire "Coperture di base", rispetto a quella di portata più generale del Decreto.

Alla luce del trattamento contrattuale riservato al morbo di *Alzheimer* negli altri paesi, la condizione di non autosufficienza si estenderebbe anche ai soggetti colpiti dal morbo in questione che necessitano di sorveglianza continuativa.

I criteri elaborati per l'individuazione di una non autosufficienza costituiscono un argomento di indubbio interesse.

Se si prendono a riferimento le esperienze continentali, si può notare un ventaglio di soluzioni, caratterizzate dalla scelta di fondo di individuare un criterio oggettivo basato sulla selezione delle sole attività della vita quotidiana:

- in Germania lo stato di bisogno si distingue in quattro attività della vita quotidiana – ADL (igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche) e i benefici sono funzione dei livelli di necessità crescente;
- in Francia, nell'ambito del piano pubblico di assistenza sono stati introdotti cinque livelli di assistenza (AGGIR), basati sulla capacità del soggetto di muoversi fuori o dentro la propria abitazione. Le prestazioni assicurative private, introducendo il richiamo per i

⁴³ Per la definizione delle ADL, si rinvia alla nota 9.

⁴⁴ Il Decreto del Ministero delle Finanze emanato, sentito l'ISVAP, il 22 dicembre 2000 riconosce lo stato di non autosufficienza anche in caso di incapacità a svolgere uno o più attività della vita quotidiana.

- prodotti individuali alle quattro attività della vita quotidiana – ADL, hanno previsto anche l'utilizzo congiunto sia della scala AGGIR che delle ADL per i prodotti collettivi;
- nel Regno Unito le prestazioni sono corrisposte qualora l'individuo non possa svolgere almeno due delle attività della vita quotidiana.

Le prestazioni

Una questione delicata riguarda la scelta in ordine alla tipologia di prestazioni da offrire nei contratti LTC: assistenza diretta o corresponsione di somme di denaro. Il quadro operativo delle aziende assicurative non prevede, generalmente, che le compagnie abbiano degli accordi con case di cura o, in alternativa, che possiedano tali centri assistenziali. La scelta di adottare un importo monetario trova il suo principale fondamento nell'intenzione di privilegiare la possibilità che un individuo non autosufficiente possa indirizzare l'importo monetario erogato periodicamente dall'assicuratore verso le soluzioni ritenute più opportune (es.: la prestazione è dedicata all'erogazione del compenso della badante; l'importo è riservato al pagamento della casa di cura; la prestazione è dedicata, magari in parte, ad un familiare che si prende cura dei bisogni del soggetto non autosufficiente e, per la parte residua, si assume una badante ecc.....).

Tuttavia si deve tenere conto della necessità che il soggetto interessato, divenuto non autosufficiente, richieda delle prestazioni in natura, ad esempio presso delle case di assistenza. In tal senso dovrebbero essere stipulati degli accordi che consentano la realizzazione di tali iniziative, garantendo peraltro anche la possibilità di avvalersi delle migliori condizioni di prezzo spuntate dalla conclusione di contratti ad hoc stipulati.

La portabilità

Un ulteriore aspetto da affrontare è costituito dalla facoltà di sospendere il versamento dei premi LTC (riduzione) o di trasferire la propria posizione (portabilità).

In proposito va preliminarmente osservato che, qualora il contratto assicurativo risulti basato sulla corresponsione di un importo risarcitorio (principio indennitario), non è possibile riconoscere una prestazione ridotta o trasferire l'importo stesso. Viceversa, adottando il principio forfetario, tipico dell'assicurazione vita, si garantisce una prestazione ridotta o si può dar corso al trasferimento della posizione contrattuale⁴⁵.

Si dovrebbe quindi delineare un sistema a tre pilastri, simile a quello della previdenza complementare, in base al quale prevedere, con gli opportuni adattamenti, un meccanismo idoneo per garantire la "portabilità" della posizione maturata⁴⁶. In particolare potrebbe essere conciliata la mobilità del mercato del lavoro e l'offerta delle polizze LTC, garantendo:

- a) nel caso di polizze sia individuali che collettive, quest'ultime stipulate nell'ambito del contratto di lavoro o della categoria professionale, la previsione del trasferimento dell'importo accantonato da un assicuratore all'altro in conseguenza del cambio di lavoro, che comporta l'accesso al nuovo contratto collettivo o individuale di assicurazione;
- b) la facoltà di proseguire i versamenti assicurativi in altra polizza assicurativa LTC individuale o collettiva, qualora non sia prevista l'adozione di una forma contrattuale

⁴⁵ Si veda l'analisi riportata nell'Appendice – 1. La costruzione tecnica delle prestazioni malattia e quelle vita.

⁴⁶ Si veda la circolare ISVAP n.434/2001, modificata dalla circolare n.551/2005, che consente il diritto alla trasferibilità della posizione previdenziale.

- simile nel nuovo contratto di lavoro ovvero si scelga il lavoro autonomo;
- c) il congelamento dei premi versati – riduzione – con una contestuale copertura LTC all'età di pensionamento, funzione degli accantonamenti realizzati.

Non previsto, invece, il riconoscimento di un importo da corrispondere agli assicurati che lascino il contratto assicurativo (valore di riscatto) LTC inquadrato nei rami vita, considerato che l'assicuratore è chiamato a versare la prestazione solo a condizione che l'assicurato sia in vita e non autosufficiente.

La revisione dei tassi di premio

La revisione dei tassi di premio successiva alla conclusione del contratto potrebbe essere consentita, tenuto conto che si affronta un rischio, quello di non autosufficienza, non ancora sostenuto da adeguate basi statistiche scarsamente note. A ciò si aggiunga che si introdurrebbe un rischio di sopravvivenza elaborato sugli individui affetti da LTC, per i quali dovrà essere corrisposta la prestazione pattuita, anche su tale rischio si dovranno sviluppare adeguate basi statistiche.

L'evoluzione statistica della collettività di riferimento dovrà, quindi, essere esaminata attraverso rilevazioni dalle quali si desuma l'esigenza della revisione della base di morbilità e demografica e la modifica dei tassi di premio. Tuttavia il principio ed i contenuti di dettaglio dovranno ricalcare, con gli opportuni adattamenti, le conseguenze economiche delle modifiche introdotte, i motivi che giustificano la revisione delle basi, l'introduzione di un termine per le modifiche ed i diritti ed i doveri che sorgono in capo all'assicurato⁴⁷.

La normativa introdotta per recepire tali modifiche dovrà essere portata all'attenzione del contraente e degli assicurati, tenuto conto della delicatezza delle revisioni contrattuali.

Le forme di contribuzione e le misure di agevolazione fiscale

La proposta in questione dovrebbe essere completata dalla rivisitazione della disciplina fiscale. Si potrebbe prevedere:

- la non assoggettabilità agli oneri contributivi delle somme versate dal datore di lavoro o dal lavoratore autonomo destinate a finanziare forme di LTC;
- la deducibilità dal reddito imponibile delle somme versate per il contratto LTC.

Inoltre con specifico riferimento ai prodotti collettivi stipulati nell'ambito della contrattazione aziendale:

- in ordine al vincolo di obbligatorietà ad iscriversi alla forma: se il lavoratore accetta di aderire al contratto LTC, acquisisce il diritto al versamento di parte del premio a carico del datore di lavoro; viceversa tale diritto non matura se il lavoratore non accetta, analogamente a quanto avviene nei fondi pensione negoziali;
- si introduce la possibilità di provvedere alla contribuzione di un premio LTC da parte del lavoratore dipendente attraverso la destinazione del corrispettivo economico di istituti previsti da contratti collettivi di lavoro diversi dalla corresponsione di somme di denaro,

⁴⁷ Sulle modifiche da adottare al prodotto LTC, si rinvia al testo elaborato dall'ISVAP nella circolare n.434/2001, integrata dalla circolare n.551/2005, nel quale è disciplinata la revisione delle basi demografiche per le forme pensionistiche individuali.

quali giorni di ferie, ore di recupero ed ogni altro strumento individuato nell'ambito delle forme di contrattazione aziendale.

Sul punto si osserva che il datore di lavoro non dovrebbe porre ostacoli a tale forma di contribuzione, tenuto conto che le somme corrispondenti a giorni di ferie, ore di recupero ecc... non contribuiscono alla formazione del reddito imponibile del lavoratore e non sono soggette agli oneri contributivi.

Si potrebbe così avviare un sistema complesso composto sia dal "sociale" che dal "privato", ai quali potrebbero far confluire le risorse finanziarie sia i lavoratori che i datori di lavoro. Lo Stato garantirebbe il funzionamento di tale sistema, consentendo ai lavoratori sia dipendenti che autonomi ed ai datori di lavoro che intendono aderirvi un meccanismo tale da incentivare i benefici fiscali e la non assoggettabilità degli importi versati a tal fine come retribuzione.

Per beneficiare di tali agevolazioni il contratto dovrebbe risultare conforme agli standard minimi previsti in quella che, come visto, si potrebbe definire "copertura di base", che godrebbe quindi di un regime fiscale particolarmente agevolato.

Per le altre forme di LTC si potrebbe prevedere un regime di agevolazione "ordinario" subordinato al rispetto delle condizioni attualmente previste dalla normativa fiscale⁴⁸:

- la copertura del rischio deve riguardare almeno tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato se è stipulato dal datore di lavoro;
- la facoltà di recesso da parte della compagnia di assicurazione non è ammessa;
- i contratti di assicurazione prevedono la facoltà da parte dell'assicurato di recesso e la riduzione della prestazione assicurata;
- la compagnia di assicurazione può modificare l'importo dei premi in base all'evoluzione statistica della collettività con intervalli non inferiore ai cinque anni.

Nel caso in cui si ritenesse di mantenere in vigore il regime che prevede la sola detrazione del premio - il premio versato per le assicurazioni caso morte ed invalidità e quello per le assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza sarebbero detraibili, rispettivamente, nel limite di 1.291 Euro - si potrebbe valutare l'innalzamento dei limiti massimi previsti, posto che gli stessi risalgono al 1980. Lo stesso potrebbe essere rivalutato, per tener conto della dinamica inflattiva, portando il suo valore attuale a circa 5.100 Euro.

⁴⁸ Il riferimento è all'attuale decreto legislativo n.47/2000 ed al successivo Decreto del Ministero delle Finanze, sentito l'ISVAP, del 22 dicembre 2000 che hanno, rispettivamente, equiparato le coperture LTC ai contratti per il caso di invalidità e premorienza e previsto per i contratti LTC il riconoscimento dei benefici fiscali condizionati dalle caratteristiche contrattuali.

CAPITOLO QUARTO
LTC OFFERTA NELLE POLIZZE COLLETTIVE: ALCUNE IPOTESI DI COSTO

1. Premessa

Dalle analisi compiute sui prodotti malattia e vita è emerso che le assicurazioni malattia per la LTC garantiscono sempre delle prestazioni di rimborso delle spese sanitarie o una diaria per il soggiorno in case di cura, entrambe con un eventuale massimale di risarcimento. Viceversa nel caso di un contratto vita, si garantisce, in caso di non autosufficienza, un importo forfetario, che dipende dal tempo di accumulo dei premi accantonati. In questo caso la compagnia inizia a corrispondere all'assicurato la sua rendita, prescindendo, tuttavia, dal livello del reddito dell'assicurato. Peraltro la rilevanza dell'ammontare dipende dal periodo di versamento dei premi.

L'analisi svolta riguarda la valutazione del costo della garanzia contro il rischio di non autosufficienza mirato, tuttavia, alle sole persone anziane. La limitazione della garanzia a partire dal raggiungimento dell'età di pensionamento di vecchiaia, attualmente prevista in 65 anni, riduce l'incidenza dei costi connessi con l'assistenza di lungo periodo, in primo luogo, sul reddito delle famiglie e, quindi, sulla spesa pubblica.

In ogni caso assume particolare rilievo la possibilità di ridurre i bisogni legati all'assistenza in modo tipico per le età anziane, ricercando delle soluzioni operative che leghino le coperture LTC di tipo privato a forme assicurative collettive. Tali contratti collettivi sono stipulati dai:

- 1 - datori di lavoro, secondo quanto previsto dagli accordi aziendali, per garantire ai propri dipendenti un'assistenza per le età anziane in caso di non autosufficienza;
- 2 - dai lavoratori autonomi, nell'ambito degli accordi di categoria, al fine di consentire loro di tutelarsi da un onere per la non autosufficienza.

2. Il modello di riferimento: assicurazione collettiva Long Term Care

L'obiettivo che si intende conseguire è costituito dalla valutazione e dalla definizione del costo di una copertura collettiva LTC nei rami vita, che garantisca l'erogazione di una rendita annua rivalutabile di importo prefissato a partire dal 65-esimo anno di età (età prevista per il pensionamento di vecchiaia nel regime generale obbligatorio) qualunque sia l'istante in cui l'evento assicurato si verifichi.

La copertura assicurativa collettiva è prestata dietro il pagamento di un premio periodico versato dal contraente da corrispondersi sino al raggiungimento dell'età di pensionamento di vecchiaia, attualmente fissata dal regime obbligatorio in 65 anni, a condizione che l'assicurato permanga nella piena autosufficienza. Qualora l'assicurato divenga non autosufficiente prima del raggiungimento del predetto limite di età (65 anni), la copertura LTC prevista in questo modello resta in vigore liberando il contraente dall'obbligo di corrispondere i premi futuri. L'erogazione della rendita prevista in caso di LTC avrà eventualmente inizio solo dopo che sia stato maturato il requisito anagrafico richiesto.

La garanzia LTC è articolata secondo un ventaglio di soluzioni articolate⁴⁹ di seguito descritte:

⁴⁹ Per esaminare con maggior dettaglio la descrizione delle coperture LTC, si rinvia a: Pitacco E. – Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute – pagg. 30 e segg. – op.cit.

- copertura *stand-alone* che prevede il riconoscimento di una rendita vitalizia di ammontare prefissato al verificarsi dello stato di non autosufficienza;
- *rendita maggiorata (enhanced annuity)*, realizzata mediante un normale contratto di rendita vitalizia immediata a premio unico, stipulata da una persona bisognosa di assistenza in modo permanente;
- *copertura LTC complementare*, offerta in abbinamento ad un contratto di assicurazione sulla vita, che stabilisce l'erogazione anticipata, per un limitato intervallo temporale, di una parte della prestazione da liquidarsi in seguito;
- *integrazione di pensione (enhanced pension)*, intesa come un particolare contratto di rendita vitalizia immediata in cui la rata di rendita risulti più contenuta rispetto a quella dovuta in base alle caratteristiche contrattuali fintanto che l'assicurato risulti autosufficiente. Al verificarsi dello stato di bisogno, la rendita subisce un incremento.

Nel modello definito nel presente studio la garanzia assicurativa, collettiva, è di tipo Long Term Care. L'approccio seguito è stato quello *stand-alone*, in quanto tale approccio prevede il riconoscimento di una prestazione LTC a fronte dello stato di non autosufficienza in assenza di una forma assicurativa principale alla quale connettersi.

Qualora il contratto assicurativo LTC preveda l'adozione di un ammontare prefissato esistente nei rami vita, viene affrontata la problematica della definizione in senso assicurativo del rischio di non autosufficienza: il metodo adottato è quello delle attività della vita quotidiana – ADL⁵⁰.

Nei modelli attuariali⁵¹ da utilizzare nella valutazione della garanzia si evidenzia il ricorso a due o più attività della vita quotidiana, in funzione delle quali le prestazioni da riconoscere sono variamente modulate. Tuttavia nel presente lavoro il costo della garanzia è stato valutato con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, qualora l'assicurato sia incapace di attendere ad almeno tre o quattro su sei attività elementari della vita quotidiana con la conseguente previsione di due diversi livelli di prestazioni.

Per i lavoratori dipendenti il cui contratto non preveda tali coperture e per i lavoratori autonomi, il settore assicurativo potrebbe fornire – oltre, naturalmente, a coperture individuali – polizze collettive che potrebbero assumere la veste di *Long Term Care* “aperte”, nel senso di garantire a tutti i potenziali assicurati, privi di accordi contrattuali, una copertura assicurativa collettiva, alla stregua dello strumento dei fondi pensione aperti.

La finalità che la valutazione intende perseguire concerne la verifica della sostenibilità di un prodotto LTC, stipulato nell'ambito di un contratto di lavoro: il corrispettivo dei premi necessari sarà versato dal datore di lavoro e dai suoi dipendenti. La contraenza del rapporto assicurativo ricade quindi sul datore di lavoro, mentre gli assicurati sono i dipendenti. In questo contesto si sono valutati sia il peso economico dell'introduzione della *Long Term Care* nella conclusione di un contratto di lavoro sia gli effetti derivanti dall'adozione di tre o quattro attività della vita quotidiana allo scopo di definire la non autosufficienza.

La garanzia assicurativa opera al momento in cui l'assicurato divenga non autosufficiente e cessa di operare al momento in cui l'assicurato deceda. Non è prevista la possibilità di

⁵⁰ Si veda la precedente nota 11 in ordine alla formulazione delle attività elementari della vita quotidiana.

⁵¹ Le analisi condotte nel presente studio si ritrovano nel testo di seguito indicato:

Pitacco E. – Habermann S., *Actuarial Model for Disability Insurance* – pagg. 189 e segg. – Chapman & Hall, London (1999)

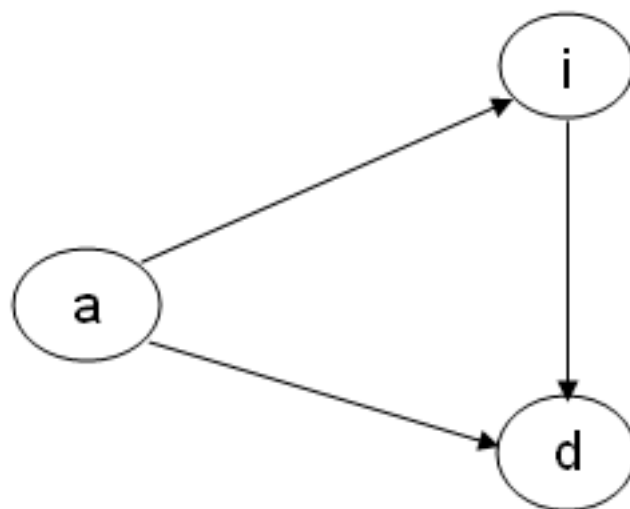
recupero delle piene attività per le quali opera l'assicurazione, tenuto conto che:

- è prevista la garanzia a favore dei soggetti aventi età anziane, che necessitano di maggiore tutela sociale;
- è stata trascurata la facoltà di pieno recupero delle capacità fisiche dell'individuo da parte dei soggetti non autosufficienti.

Allo scopo di determinare il costo della garanzia assicurativa, si è utilizzato il modello tecnico denominato multistato⁵², che si riporta nel seguente grafico n.3, considerato che le forme assicurative LTC richiedono la definizione e la quantificazione di un'articolata struttura probabilistica relativa alle varie possibili condizioni di salute (attivo, non autosufficiente e deceduto) nelle quali possono trovarsi gli assicurati.

Selezionato un individuo attivo, indicato con **a**, tale individuo può evolvere andando a posizionarsi nello stato di non autosufficienza, indicato con **i**, o andare a collocarsi nello stato di deceduto, indicato con **d**. Dallo stato di non autosufficiente, l'assicurato può uscire per collocarsi nello stato di deceduto, ma non può ritornare nello stato di attivo per le ipotesi di irreversibilità delle situazioni di bisogno di assistenza LTC.

Graf.3 – Il modello multistato per la valutazione LTC



Particolare delicatezza assume la questione della scelta delle basi statistiche in materia di morbilità. La quasi totale assenza di esperienze desunte da rilevazioni statistiche condotte a livello nazionale ha reso necessario ricorrere a dati di provenienza estera opportunamente adattati al caso italiano. Tale problematica non investe solo l'Italia, ma si estende alla gran parte dei paesi interessati alla diffusione del modello di assicurazione *Long Term Care* sia

⁵² L'intera struttura probabilistica dei possibili stati nei quali possa trovarsi un individuo nel corso della propria vita è descritta da un modello multistato. Il modello richiede l'utilizzo di appropriate probabilità tali da permettere l'assegnazione dell'individuo ad uno stato di attivo, di invalido o di deceduto, la transizione e la permanenza in un altro stato.

La rigorosa trattazione delle tematiche relative all'utilizzo dei modelli multistato è riportata nel testo: Pitacco E. – Habermann S., *Actuarial Model for Disability Insurance* – op. cit.

nell'ambito dei rami vita che danni⁵³. In tal senso, si è reso necessario adeguare all'esperienza nazionale i dati desunti dalle rilevazioni statistiche tedesche, le uniche esistenti, effettuando un adeguato monitoraggio sull'attendibilità delle esperienze utilizzate.

3. Le soluzioni operative

La soluzione esaminata ha riguardato in primo luogo la costruzione di un premio contro il rischio di non autosufficienza per un singolo individuo facente parte della collettività assicurata. Una seconda fase ha interessato la verifica di un premio medio per l'intera collettività, elaborato secondo la medesima base statistica, scelto secondo tre diversi approcci.

Per quanto attiene alla costruzione di un premio elaborato secondo la prima logica, la soluzione assicurativa è definita secondo il classico approccio mutualistico, tipico dell'assicurazione privata sulla vita, che prevede la ripartizione dell'alea tra tutti gli individui aventi le medesime caratteristiche in termini di esposizione al rischio (es.: età, sesso).

E' previsto che il costo della garanzia (premio) risulti:

- per i contratti di lavoro dipendente, ripartito tra datore di lavoro e dipendente. L'importo previsto è versato dal contraente (datore di lavoro) della polizza collettiva;

- versato dal lavoratore autonomo.

Il premio è corrisposto sino all'età di pensionamento, a meno che il contraente, per l'individuo divenuto autosufficiente nel corso della propria vita lavorativa, sospenda il versamento del premio e attenda il compimento dell'età di pensionamento onde ricevere il pagamento della rendita.

I risultati per i premi della copertura LTC sono ottenuti ricorrendo a basi di morbilità desunte dal mercato tedesco, opportunamente adattate alla realtà italiana, e basi demografiche e finanziarie ottenute dal mercato nazionale.

Nell'appendice – 2. *Costruzione della tariffa*, si riportano nel dettaglio le basi tecniche utilizzate.

Le simulazioni hanno avuto riguardo ad alcune età e durate significative e sono condotte sulla base dell'incapacità di adempiere a tre e quattro attività elementari della vita quotidiana – ADL. Le valutazioni sono svolte ipotizzando che la prestazione da liquidare sia pari a 6.000 Euro annui a partire dal compimento dell'età di pensionamento di vecchiaia (65 anni). Il calcolo dei premi ha tenuto conto unicamente della valutazione del costo industriale, senza prevedere il calcolo della componente di remunerazione per gli intermediari che collocano il prodotto o del prelievo per la gestione del contratto. Inoltre, qualora il premio debba essere revisionato, il costo richiesto non è stato incluso nel calcolo operato.

Allo scopo di tenere conto dell'azione della svalutazione monetaria, i premi sono indicizzati ad un tasso di inflazione del 2% per gli anni di versamento. La garanzia offerta (6.000 Euro) è pertanto espressa a valori reali.

Nelle tabelle 26 e 27 di seguito riportate si illustrano le risultanze dell'analisi svolta per un individuo di età all'ingresso in assicurazione pari, rispettivamente, a 30, 35, 40 e 50 anni.

⁵³ Dalle analisi compiute nei paesi più industrializzati emerge come la sola Germania abbia basi statistiche sufficientemente ampie per poter elaborare il costo di una copertura LTC.

TAV.26 – IL PRODOTTO COLLETTIVO (3ADL)

(importi in Euro)

Età	Durata	Premio annuo	Prestazione
30	35	279	6.000
35	30	347	6.000
40	25	444	6.000
50	15	846	6.000

TAV.27 – IL PRODOTTO COLLETTIVO (4ADL)

(importi in Euro)

Età	Durata	Premio annuo	Prestazione
30	35	232	6.000
35	30	288	6.000
40	25	368	6.000
50	15	701	6.000

Il costo della copertura LTC si dimostra estremamente sensibile alle età di ingresso in assicurazione. Infatti, se si fa riferimento alla tabella 26 – elaborata sulla base di tre ADL su sei – il premio richiesto è molto modesto nelle età 30 o 35 anni; diviene più consistente in prossimità dell'età di pensionamento.

Considerando quattro ADL sulle sei previste, la riduzione del premio rispetto alle “tre ADL” si mantiene ad un livello consistente (17%), in quanto il *prevalence rate* su quattro ADL diminuisce in maniera proporzionale al minore rischio corso.

----- ° -----

Esaminando la soluzione elaborata sulla base dei tassi di morbilità desunti sul mercato tedesco, il confronto è condotto adottando una tariffazione su tre fasce di età (18 – 35, 18 – 45, 18 – 55) e calcolando l'importo della prestazione LTC nelle tre fasce in questione. Il premio, ripartito tra datore di lavoro e lavoratori, è pari a 180 Euro annui.

L'approccio utilizzato è quello solidaristico, tipico della previdenza sociale, che prevede la ripartizione dell'alea tra tutti gli assicurati, richiedendo il versamento del medesimo importo di premio indipendentemente dall'età e dal sesso dell'assicurato.

Nella tabella 28 che segue, si riporta il risultato ottenuto.

**TAV.28 – ESAME DEL PRODOTTO CON PREMI MEDI (DATI TEDESCHI - 3ADL)
(PREMIO ANUO 180 EURO)**

(importi in Euro)

Intervallo età	Durata	Premio annuo	Prestazione assicurata
18-35	fino a 65	180	4.314
18-45	fino a 65	180	3.303
18-55	fino a 65	180	2.226

Tenuto conto della modesta entità del premio richiesto, si può ancora osservare che la garanzia offerta si dimostra estremamente interessante per gli individui di età bassa. Allargando anche agli individui di età più prossima al pensionamento (fino ai 55 anni), si evidenzia una riduzione della prestazione offerta che evidenzia la necessità di iniziare la fase di versamento alle età iniziali.

Invertendo la valutazione condotta ed ipotizzando, sempre con l'approccio solidaristico, di adottare una prestazione annua pari a 6.000 Euro da corrispondersi, come previsto, dopo il 65-esimo anno purché l'individuo sia non autosufficiente, si riporta il risultato ottenuto sempre desunto dai tassi di morbidità per il mercato tedesco nella seguente tabella 29.

**TAV.29 – ESAME DEL PRODOTTO CON PREMI MEDI (DATI TEDESCHI - 3ADL)
(PRESTAZIONE PARI A 6.000 EURO)**

(importi in Euro)

Intervallo età	Durata	Premio annuo	Prestazione assicurata
18-35	fino a 65	250	6.000
18-45	fino a 65	327	6.000
18-55	fino a 65	485	6.000

Dall'esame della predetta tabella si evidenzia che il premio richiesto è naturalmente più alto per le età giovanili, in quanto la prestazione assicurata costituisce il 40% circa in più del capitale previsto nel precedente esempio (tab. 28). Tuttavia un dato interessante è notare come, facendo partecipare gli individui aventi età compresa tra 18 e 55 anni, il contributo medio richiesto risulta sensibilmente inferiore rispetto al premio stesso, riportato nella tabella 27, per individui aventi la medesima età e sesso.

APPENDICE

1. La costruzione tecnica delle prestazioni malattia e quelle vita

La definizione delle prestazioni riprende la classica distinzione tra l'ammontare forfetario tipico dell'assicurazione vita e la funzione indennitaria che contraddistingue l'assicurazione contro i danni.

Esistono delle caratteristiche di base che contraddistinguono l'uno o l'altro ramo di attività e che possono definire un prodotto assicurativo contro la non autosufficienza stipulato in forma collettiva. I contratti assicurativi danni sono inquadrati nell'ambito del ramo malattia; mentre i contratti vita sono elaborati nell'ambito del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) o nel ramo IV (assicurazioni malattia di lungo periodo).

Tav.1 – Confronto tra il prodotto malattia ed il prodotto vita

	Assicurazione Malattia	Assicurazione Vita
Premi	Premio di rischio	Premio medio – Piano di accumulo
Contenuti	Premi basati su <i>fattori di rischio</i>	Premi basati su età, sesso, cond. fisiche
Riserve	Riserva di senescenza	Riserva matematica

Obiettivo è definire la realizzazione dell'equilibrio attuariale a livello individuale, la cui valutazione costituisce la centralità dell'assicurazione individuale nonché dell'assicurazione collettiva ad adesione non obbligatoria⁵⁴. Quindi tale approccio deve essere seguito sia in relazione a coperture danni che vita.

Nel caso dell'assicurazione malattia, il premio richiesto è riferito a rischi sufficientemente "analoghi". Tuttavia le esperienze statistiche rivelano una notevole diversità dei rischi e pertanto ogni collettività assicurata dovrà essere suddivisa in "classi di rischio". Tali classi sono, a loro volta, definite tenendo conto delle modalità assunte da diversi *fattori di rischio*.

L'individuazione dei *fattori di rischio* riporta quanto segue:

- caratteristiche fisiche dell'assicurato (età, sesso, professione svolta, zona di residenza....);
- condizioni socio – economiche (inflazione, evidenza socio – culturale della popolazione cui l'assicurato appartiene, posizione assicurato nei confronti del Sistema Sanitario Pubblico);
- condizioni contrattuali (tipo di copertura e sua estensione).

L'azione delle caratteristiche fisiche dell'assicurato varia principalmente al mutare dell'età, sesso, mentre il costo medio e la durata media della non autosufficienza si assumono costanti al variare dell'età.

All'aumentare dell'età, il premio per durate monoannuali aumenta in funzione della

⁵⁴ La definizione dell'equilibrio attuariale a livello individuale ed a livello collettivo si ritrova in: Pitacco E. – Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute – Ed. EGEA – Milano (1995)

variazione anagrafica. E' possibile procedere all'elaborazione di un premio annuo costante per coperture pluriennali mediante una media aritmetica ponderata dei singoli premi annui, interpretabili come "premi naturali"⁵⁵.

Nell'assicurazione malattia, c'è un aumento del rischio in conseguenza dell'innalzamento dell'età. Da questo aspetto, unito al fatto che l'assicurato sta versando un premio costante per durate superiori all'anno, deriva l'obbligo di costituire un accantonamento tecnico. Tale accantonamento, denominato riserva di senescenza, non deve essere tuttavia distinto dalla riserva matematica valutata nei rami vita, in quanto il suo funzionamento è del tutto analogo.

In un contratto malattia, le prestazioni sono indirizzate al pagamento delle somme necessarie agli intereventi medico – sanitari, alla corresponsione di una diaria per la durata della malattia e alla copertura del mancato reddito per la malattia o all'invalidità totale o parziale conseguente. Nel caso di una polizza infortuni, le prestazioni sono collegate all'incapacità di produrre reddito in conseguenza di un evento accidentale subito dal soggetto assicurato

Nella garanzia LTC si definisce, nei casi di accertata non autosufficienza, la corresponsione di una rendita (o di un capitale parziale) destinato al pagamento di servizi di assistenza o, in alternativa, offre l'erogazione diretta di tali servizi. I servizi in questione sono destinati allo svolgimento di attività quotidiane essenziali, indipendentemente dall'accertamento delle cause.

Ne consegue pertanto la diversa finalità di un contratto LTC rispetto a polizze malattia o infortuni, che in ogni caso non influenza la natura tecnica del prodotto. Peraltro il prodotto malattia per la LTC differisce anche dal prodotto vita equivalente per le ragioni di seguito esposte:

- il prodotto malattia garantisce la corresponsione di una rendita finalizzata al pagamento dei servizi di assistenza in una casa di cura o di rimborso per spese sanitarie, con un eventuale massimale di risarcimento, da liquidarsi fintantoché l'assicurato risulti non autosufficiente;
- il prodotto vita eroga una prestazione di rendita vitalizia di importo monetario prefissato a favore dell'assicurato divenuto non autosufficiente in modo irreversibile.

Nell'ambito del prodotto malattia, l'alea quindi dipende, oltre che dall'incertezza della non autosufficienza, dal fatto che l'importo garantito può variare ma comunque entro i massimali; nei rami vita è aleatorio sia il verificarsi dello stato di bisogno sia la prestazione complessiva a carico della compagnia in funzione del periodo di erogazione della rendita.

La formulazione delle prestazioni contrattuali nell'assicurazione LTC erogata nei rami vita riprende la classica definizione dell'ammontare forfetario esistente in tale contesto.

Il premio, fissato sulla base di una media aritmetica per una durata pari a quella per il pagamento premi, viene selezionato secondo delle ipotesi finanziaria, demografica e di morbilità. Anche in questo caso si verifica un aumento della rischiosità in funzione dell'aumento dell'età dell'assicurato.

⁵⁵ Il premio naturale, impiegato nei rami vita, costituisce l'importo necessario a garantire dal rischio per l'anno. Nei rami danni non si fa riferimento a tali premi in quanto, nella gran parte dei casi, l'importo richiesto è monoannuale.

Il premio costante viene ripartito in due addendi:

- il premio di rischio non apporta alcun contributo alla formazione della riserva matematica, in quanto viene utilizzato nell'anno per garantire la liquidazione del capitale sotto rischio (prestazione contrattuale al netto della riserva matematica);
- il premio di risparmio alimenta la costituzione della riserva matematica in modo tale che la riserva stessa è il montante puramente finanziario dei premi di risparmio.

La corresponsione della prestazione è garantita in parte dalla riserva matematica e, per la parte rimanente, pari al capitale sotto rischio, da un'assicurazione a premio naturale finanziata dal premio di rischio.

Tenuto conto che il contratto LTC costituisce l'impegno a corrispondere la prestazione assicurata a condizione che l'assicurato abbia bisogno di assistenza e che sia in vita, il contratto ha un capitale sotto rischio negativo per la caso morte. Pertanto l'assicuratore procede a garantire l'equilibrio attuariale mediante l'utilizzo delle riserve dei contratti del medesimo tipo, in relazione alle quali si è avuto un decesso.

2. La costruzione della tariffa

Copertura Long Term Care

- Ipotesi finanziaria: 2%
- Ipotesi demografica:
 - a. Tavola di mortalità della popolazione italiana elaborata dall'ISTAT – SIM 02
 - b. Tavola di mortalità della popolazione italiana elaborata dall'ISTAT – SIM 02, aggravata per tenere conto della frequenza di mortalità della popolazione dei non autosufficienti
- Ipotesi di morbilità:

Frequenze di transizione dallo stato di attivo allo stato di non autosufficiente, distinte per sesso, desunte da rilevazioni statistiche LTC in Germania e poste a disposizione del mercato assicurativo nel 2003, adattate alla realtà italiana

Rendita vitalizia immediata LTC

- Ipotesi finanziaria: 2%
- Ipotesi demografica:

Tavola di mortalità desunta dalle proiezioni demografiche della popolazione italiana, estese sino al 2044, elaborata dalla Ragioneria Generale dello Stato – RG 48, aggravata per tenere conto della frequenza di mortalità della popolazione dei non autosufficienti

BIBLIOGRAFIA ISVAP

CGIL, CISL e UIL, *Proposta di legge per iniziativa popolare per la non autosufficienza*, 2005, Roma

Comas-Herrera e Wittenberg R., *European study of long term care expenditure: investigating the sensitivity of projections of future long term care in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs*, PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, 2003, London

Commissione della Comunità Europea – *Relazione comune su servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*, 2003, Bruxelles

Decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000 – *Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana*

European Commission – Economic Policy Committee – *Impact of ageing populations on public spending on pensions, health and long term care, education and unemployment benefits for the elderly*, 2006, Bruxelles

ISVAP, *circolare n.434D – Caratteristiche contrattuali e nota informativa delle forme pensionistiche individuali attuate mediante contratti di assicurazione sulla vita (art.9 ter, d.lgs. n. 124/1993, come modificato dall'art.2, d.lgs. n.47/2000)* – 2001, Roma

ISTAT – *Indagine Multiscopo Anni 1999 – 2000*, 2001, Roma

Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E. Robine J.M., *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?*, Labour Market and Social Policy Occasional Paper n.37, OECD, 1999, Paris

Kwon S. – *Future of long term care financing for the elderly in Korea: lessons from Germany and Japan* - Seoul

Legge 8 novembre 2000, n.328 – *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

Lundsgaard J., *Consumer direction and choice in long term care for older people, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?*, OECD, 2005, Paris

Merlis M. – *Long term care financing: models and issues*, National Academy of Social Insurance, 2004

Ministero francese degli affari sociali, del lavoro e della solidarietà – *Note d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie*, 2003, Paris

Ministero francese del lavoro e Ministero francese della salute e della solidarietà, Direzione delle Ricerche, degli Studi e delle Valutazioni Statistiche – *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2006*, 2006, Paris

Ministero federale tedesco della salute e della sicurezza sociale – *Selected facts and figures about long term care insurance*, 2005

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Libro bianco sul welfare*, 2003, Roma

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, 2004, Roma

Munchener Ruck – *Assicurazioni Long term care: basi di calcolo internazionali secondo uno studio di sinistralità della Munchener Ruckversicherung*, 2003, Munchen

OECD Health Project, *Long term care for older people*, OECD, 2005, Paris

OECD, *Projecting OECD health and long term care expenditures: what are the main drivers?*, Economics department working papers n.477, 2006, Paris

OPEPS – Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé - *Relazione 2005*, Paris

Pitacco E. – *Modelli attuariali per le assicurazioni sulla salute* – EGEA, 1995, Milano

Pitacco E. – Habermann S., *Actuarial Model for Disability Insurance* – Chapman & Hall, 1999, London

Quaderno ISVAP n.3 – Long term care (LTC) – *Le prospettive per il mercato assicurativo italiano. Due modelli a confronto: Germania e Stati Uniti* – ISVAP, 1998, Roma

Quaderno ISVAP n.11 – *Il costo ed il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia* – ISVAP, 2001, Roma

Regione Emilia – Romagna, Agenzia Sanitaria Regionale, *Piano di attività 2006*, 2006

Riedel H. – *Private compulsory long term care insurance in Germany* – Transaction of the 27th International Congress of Actuary

Royal Commission on long term care – *Long term care: statement by Royal Commissioners*, 2003, London

Royal College of Nursing – *Position statement on care home fees*, 2005, London

Scottish Parliament (the) – *Royal commission on long term care*, 2000, Edinburgh

Streeck W. – Trampusch C. – *Economic reform and the political economy of the german welfare state* – German Politics vol.14, 2005

Tomassetti A. et al. – *Tecnica attuariale per collettività* – ed. Kappa, 1996, Roma

Waidan T.A. – Manton K.G., *International evidence on disability trends among elderly*, U.S. Department of Health and Human Services, 1998

Wittemberg R. – Comas – Herrera A. – Pickard L. – Hancock R. – *Future demand for long term care in the UK. A summary of projections of long term care finance for older people to 2051*, London School of Economics, 2004

CENSIS

PREMESSA: LA SFIDA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE

E' ormai profondamente radicata nella società italiana la convinzione che sia necessario ripensare il sistema di *welfare* per garantire nuove forme di assistenza e tutela capaci di rispondere alla sfida della crescente diffusione della non autosufficienza.

Quest'ultima, anche ai giovani, fa più paura della morte o della solitudine e, del resto, in una società ad altissimo tasso di soggettività l'idea di dipendere da qualcuno non può che generare ansia.

In tale contesto, non è una forzatura sottolineare come la ricerca di modelli organizzativi e finanziari capaci di dare assistenza ai non autosufficienti è tema centrale nell'agenda politico-sociale del Paese e, tuttavia, le diverse iniziative, nazionali e locali in questo campo, stentano a decollare e, quasi sistematicamente, dopo avvisi promettenti si afflosciano.

Fondi per la non autosufficienza, integrazione sociosanitaria, continuità assistenziale sul territorio, sviluppo di nuovi modelli assistenziali sono termini entrati nel lessico collettivo, anche se non riescono a dare il ritmo al sistema di *welfare*, visibilmente condizionato da problemi di bilancio e da un'allocazione poco efficace delle risorse.

La presente ricerca ha consentito di fissare alcuni punti ineludibili per l'elaborazione di risposte adeguate alle problematiche legate all'attivazione dell'assistenza per i non autosufficienti:

- per evitare contraccolpi sociali negativi la creazione di un Fondo per i servizi per la non autosufficienza non deve comportare l'introduzione di una nuova tassa;
- va affrontato il problema del contenimento del costo effettivo dei servizi e delle prestazioni altrimenti, vista l'ampiezza della futura platea dei potenziali utenti, sarà praticamente impossibile trovare le risorse per il finanziamento;
- è importante trasferire potere agli utenti sia attribuendogli le risorse finanziarie per acquistare le prestazioni di cui hanno bisogno, sia dando supporto e consulenza sui criteri di scelta dei *provider*;
- è necessario un meccanismo di accreditamento dei *provider* e di verifica sistematica della qualità dell'offerta (residenziale e domiciliare) da parte di un'"agenzia" specializzata, poi sui *provider* accreditati va fatta esercitare la scelta degli utenti così da innescare una competizione virtuosa sia per la qualità che per i costi;
- va promosso un mutamento radicale della cultura dei servizi rispetto ai non autosufficienti, uscendo da un approccio di puro supporto a vantaggio di modelli di valorizzazione delle potenzialità residue, con la creazione di ambienti (che possono essere sia domiciliari che residenziali) capaci di stimolare la persona, di impedire il suo lento adattarsi nella dipendenza.

Entrando più nel merito delle modalità di finanziamento, la ricerca ha messo in luce come persista un *gap* ampio tra lo spazio effettivo per modalità non pubbliche di reperimento di risorse aggiuntive (dall'assicurativo alle Fondazioni bancarie), visto anche il rigetto diffuso per

nuove tasse, e la tendenza delle iniziative regionali a puntare in via quasi esclusiva sulla dimensione pubblicistica dei *Fondi per la non autosufficienza* che, regolarmente, scontano l'inadeguatezza delle risorse rispetto ai bisogni da fronteggiare.

Quindi, un passaggio importante risiede nella condivisione dell'idea che la presenza di fonti di finanziamento alternative al pubblico rappresenta una opportunità da valorizzare, proprio per contemperare voglia di nuova assistenza e rigetto di ulteriore imposizione fiscale; in questa ottica, il ragionare "per pilastri" che si integrano reciprocamente appare sicuramente un metodo utile, che consente di uscire dal monopolio del profilo pubblicistico delle forme di tutela proposte.

E' chiaro che anche i soggetti assicurativi devono accettare un'evoluzione del proprio ruolo nonché del contenuto dell'offerta; l'idea di una polizza che garantisca esclusivamente una somma di denaro da spendere in assistenza è, allo stato attuale, insufficiente, senza un'evoluzione del sistema di offerta con l'accreditamento dei *provider* e il costituirsi di un mercato sociale al quale anche le compagnie assicurative potrebbero dare un contributo importante.

Dalla ricerca, poi, emerge che se a livello nazionale, per ora, si sono sentiti più proclami e proposte che azioni effettive, scrutando i territori si rintracciano una pluralità di iniziative, istituzionali, pubbliche e anche private, che, sia pure in modo frammentario e spesso con un *gap* tra aspettative create e risultati concreti ottenuti, sono portatrici di una innovazione spontanea, dal basso, profondamente radicata nelle esperienze e nelle culture locali dei servizi, con aspetti potenzialmente trasferibili e generalizzabili in altri contesti.

La ricerca ha fissato l'attenzione su quattro esperienze molto diverse tra loro: il progetto per un nuovo Fondo per finanziare i servizi per la non autosufficienza nella Provincia di Bolzano, le idee e le pratiche della Fondazione Opera Immacolata Concezione di Padova, il Progetto Anziani della Fondazione Del Monte di Bologna e le iniziative per la non autosufficienza nella Regione Liguria; si tratta di quattro esperienze molto diverse tra loro che hanno consentito di verificare l'importanza dei punti ineludibili sopra citati e di enucleare ulteriori aspetti organizzativi, culturali, di rapporto anche con soggetti non pubblici che vanno attentamente considerati.

E' chiaro che la questione del finanziamento, dei soggetti che dovrebbero contribuirvi, delle soluzioni tecniche adottate non può assolutamente essere affrontato in modo distinto dagli altri aspetti, da quelli organizzativi al ruolo delle famiglie al contenuto dei servizi e delle prestazioni erogate; le risposte alla non autosufficienza, infatti, si vanno connotando come una occasione di evoluzione dell'intera protezione sociale e, per questo, immaginare la creazione di un prodotto assicurativo capace di sfondare sul mercato, senza incastarlo in una più generale evoluzione del comparto, alla luce delle esperienze locali analizzate e dello stentato cammino del *Fondo Nazionale per la non autosufficienza*, appare una forzatura senza grande futuro.

CAPITOLO PRIMO
IL CONTESTO E LE RISPOSTE POSSIBILI

1. Problemi e opportunità nella *Long Term Care*

Per la dimensione che è destinata ad assumere, la non autosufficienza non può avere una risposta limitata ad un modello di protezione pubblica. Al di là degli oneri importanti e crescenti che una siffatta impostazione comporterebbe, vi sono degli handicap strutturali, connessi ad un modello pubblico, che è bene evidenziare in grande anticipo, in particolare per quanto riguarda i criteri di finanziamento.

Sia che si ricorra a risorse derivanti dalla fiscalità generale (come si sta cercando di fare, senza risultati concreti, in Italia), sia che si tratti di un nuovo prelievo contributivo (è il caso della Germania), verrebbe ad instaurarsi un meccanismo a ripartizione con tutti i difetti e i limiti che sono stati sperimentati in altri settori.

In sostanza, non vi sarebbero solo problemi nell'immediato come l'incremento della pressione fiscale in un caso o del costo del lavoro nell'altro: percorsi entrambi preclusi nella situazione in cui versa l'Italia. L'esperienza di almeno due legislature sta a dimostrare, infatti, che non è praticamente possibile superare lo scoglio delle risorse atte a sostenere le politiche per la non autosufficienza

Ma anche se, teoricamente, divenisse possibile allocare adeguate risorse pubbliche nel settore, sarebbe sconsigliabile ripetere pedissequamente una "formula" mutuata dai modelli vigenti della sanità e delle pensioni (con, ad esempio, il Fondo da ripartire, i livelli essenziali da garantire a tutti i cittadini, ecc. da un lato; il finanziamento da parte dei lavoratori attivi a favore di quelli che sono usciti dal mercato del lavoro, sulla base di un patto intergenerazionale forzoso, garantito dallo Stato, dall'altro).

Anche per le polizze long term care (Ltc) è bene ed opportuno ragionare di un sistema misto, di ripartizione del rischio, in parte pubblico e in parte privato ovvero sostenuto da risorse vere e non solo da promesse.

Il finanziamento a ripartizione è destinato, infatti, a misurarsi con i consueti difetti, ingigantiti in questo caso dai processi di invecchiamento attesi. Di qui il ruolo del mercato assicurativo. Ma qualunque ipotesi assicurativa privata per le Ltc non può non prefigurare un contesto pubblico di intervento dal quale partire, chiamato a costituire il nucleo di base per le situazioni di non autosufficienza, ai cui limiti dovranno, in parte più o meno rilevante, sopperire le persone stesse, in termini complementari od integrativi.

Anche in questo caso, però, è necessario non ripetere pedissequamente lo schema consueto per le forme integrative nel campo delle pensioni e della sanità. Alcune proposte in merito, infatti, tendono a ripetere le esperienze dei fondi collettivi anche per le Ltc, siano essi pensionistici o sanitari.

Si propone, infatti, di destinare una parte della contribuzione destinata a fini previdenziali alla protezione delle Ltc, dimenticando, però, al di là di ogni altra considerazione (anche queste soluzioni finiscono per incidere sul costo del lavoro), che vi sono delle profonde differenze tra le tutele da realizzare.

Nel campo dei fondi pensione, ad esempio, i rapporti tra il lavoratore contribuente e il fondo stesso si interrompono solitamente prima (al momento delle pensioni) di quanto non si presenti l'esigenza di protezione contro la non autosufficienza.

Diverso è il caso delle polizze malattia, la cui copertura si proietta lungo tutto l'arco della vita. In ogni caso, però, occorre tener conto che le soluzioni fondate sulla contrattazione collettiva prendono a carico dei soggetti durante una fase della loro vita in cui, solitamente, la prospettiva della disabilità è avvertita come lontana.

La strada da percorrere deve tener conto, allora, della peculiarità del fenomeno della non autosufficienza, che si concentra in un periodo generalmente breve, negli ultimi anni di vita, che richiede una forte concentrazione di risorse, spesso affidate alla gestione dei familiari della persona non autosufficiente. Occorre, allora, individuare strumenti idonei a realizzare tale risultato, sia sul versante pubblico che su quello privato.

2. Note sul modello pubblico in Germania

Il caso della Germania può essere assunto come emblema di un possibile modello pubblico. Come ha rilevato l'Isvap, già a pochi anni di distanza dalla introduzione della Assicurazione sociale per l'assistenza per i non autosufficienti (*Soziale Pflegeversicherung*) nel 1995, si è aperta in Germania una stagione di critiche al sistema stesso, il quale, a fronte di una contribuzione dell'1% in una prima fase e dell'1,7% a regime sia per il datore di lavoro che per il lavoratore e l'abolizione di una festa infrasettimanale, aveva assicurato un decremento della spesa sanitaria ed un impatto immediato misurabile in 950.000 utenti con prestazioni tra i 400 ed i 1.300 marchi al mese nel 1996.

Nel 2003 l'assicurazione assisteva 2,08 milioni di utenti, 1,44 a casa e 640.000 in regime di ricovero. Della prima categoria 987.000 erano gli assistiti da parenti e 450.000 da 10.600 servizi esterni che utilizzavano 201.000 operatori. Per la seconda categoria erano in funzione 9.700 Residenze assistenziali con 511.000 dipendenti.¹ In particolare le istituzioni specializzate erano cresciute tra il 1995 ed il 2003 in maniera accentuata, con un aumento di posti di lavoro di 250.000 unità, e oltre che delle Residenze assistenziali (da 4.317 a 9.743) anche degli ambulatori specializzati (più che raddoppiati da 4.000 a 10.619), dei centri di assistenza notturna o part-time (da 100 a 2.517), ecc.

Le critiche hanno riguardato in un primo momento la qualità delle prestazioni erogate, in particolare per quanto riguarda le strutture residenziali e l'eccessiva burocratizzazione del rapporto con i Comuni.

Nel 1999 veniva quindi più pesantemente denunciato un deficit di bilancio di 30 milioni di euro, saliti poi a 690 nel 2003 ed a 860 nel 2004, con previsioni molto pesanti per gli anni a venire, visto che il numero dei beneficiari dovrebbe passare da 1,9 milioni a 3,1 milioni nel 2030.

Al contempo si evidenziava nel corso degli anni una insufficienza della copertura per molte delle prestazioni previste alla luce dell'aumento dei prezzi di mercato, soprattutto nelle cure ambulatoriali.

Particolarmente pesanti risultavano, poi, i divari tra assicurazione obbligatoria per la non

¹ Statistisches Bundesamt, in: M. Pfaff e H. Stapf-Finé, *Kernfragen zur Reform der Pflegeversicherung*, Soziale Sicherheit, 4-2005

autosufficienza del settore pubblico e del settore privato.

Come è noto, infatti, la Germania prevede un'assistenza sanitaria obbligatoria pubblica per i lavoratori dipendenti sotto un certo reddito e per gli altri, nonché per i lavoratori autonomi, la possibilità di un *opting out* verso le assicurazioni private.

Lo stesso regime è in vigore nell'ambito della assicurazione per la non autosufficienza, cosa che ha provocato lo sviluppo di differenze eclatanti: già nel 2003 gli avanzi di bilancio della assicurazione per la non autosufficienza privata avevano portato ad un abbattimento della relativa quota contributiva a 205 Euro all'anno per assicurato, contro i 238 della assicurazione pubblica. Ciò a fronte di 70.853.000 assicurati nella assistenza per la non autosufficienza pubblica e 8.999.300 in quella privata, e prestazioni medie per assicurato all'anno di 248 euro per la pubblica e di 57,55 Euro per la privata (30% in meno a tassi standardizzati per età).

Dato che i costi amministrativi e di transazione sono decisamente più alti nelle assicurazioni private (9% contro 4,8% nel caso di presenza di servizi anche sanitari), la spiegazione del diverso andamento dei bilanci e delle spese tra le due assicurazioni non può che essere ricercata nella differente morbilità e nei fattori di rischio dei due gruppi di popolazione.

Ciò ha portato a formulare una ipotesi di unificazione dei due regimi in una "Assicurazione contro la non autosufficienza di cittadinanza" (*Buergerversicherungspflege*), con riscossione dei contributi anche sui redditi da capitale, oltre che sui redditi autonomi e da lavoro dipendente.

Introducendo nella riforma anche l'aumento delle prestazioni per le demenze ed il miglioramento delle prestazioni ambulatoriali, le proiezioni calcolate sulla base di una simile ipotesi hanno prodotto una stima di una contribuzione in crescita dall'1,7% fino all'1,85% nel 2025 per tutte le tipologie di contribuenti, contro la previsione del 2,33% nel caso del mantenimento dello Status quo².

L'ipotesi ha sollecitato un ampio dibattito, con posizioni fortemente divergenti tra loro. In particolare è stata sollevata l'obiezione della percorribilità legale per la Germania di una strada di unificazione dei regimi e di eliminazione dei privilegi delle categorie professionali più agiate (*Beamten*, liberi professionisti, ecc.)³.

Altre ipotesi formulate riguardano, ad esempio, la trasformazione del sistema in un sistema federale finanziato dalla fiscalità generale. Questa proposta è stata avanzata in particolare dal *Deutsches Paritaetisches Wohlfahrtverband*, con i seguenti corollari: abolizione della assicurazione attuale e delle relative casse, introduzione di contributi federali ai Comuni a valere sulla fiscalità generale, introduzione di maggiori possibilità assistenziali soprattutto per i ceti deboli⁴.

² K.W. Lauterbach, *Auswirkungen einer Buergerversicherung in der Pflegeversicherung*, in: Soziale Sicherheit, 2-2005

³ H. Rothgang, *Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen fuer eine Reform der Pflegeversicherung*, in: Soziale Sicherheit, 4-2005

⁴ B. Stolterfoth, *Ruerup-Kommission*, Berlin 2003

La proposta è stata fortemente criticata come retroattiva, in quanto porterebbe la situazione allo stato precedente la introduzione della *Pflegeversicherung*.

Ulteriori proposte tra quelle formulate riguardano:

- la trasformazione del sistema in un sistema a capitalizzazione (*kapitalfundiert*);
- la aggiunta al sistema attuale di un finanziamento di origine fiscale da parte dello Stato federale, ad esempio per le prestazioni rivolte ai bambini;
- l'aumento progressivo della contribuzione individuale;
- l'introduzione di un contributo da parte dei pensionati, che usufruiscono del sistema senza averlo finanziato, in forma temporanea o stabilmente nel tempo.

Sembra che tra tutte le proposte formulate riscuota maggiore consenso da parte delle forze sociali l'ipotesi di un intervento "morbido", consistente in sostanza in quella che viene chiamata la "dinamicizzazione" dell'attuale sistema, senza stravolgimenti, attraverso l'introduzione di elementi compatibili tra loro a partire dalle diverse impostazioni delle proposte formulate, come ad esempio: il contributo aggiuntivo di natura fiscale da parte dello Stato federale, assieme all'ampliamento della platea degli assicurati, alla contribuzione dei pensionati ed all'aumento graduale della contribuzione.

Ad esempio, il Gruppo di lavoro sulla sanità dei Socialdemocratici (*Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten in Gesundheitswesen, ASG*) si è espresso contro le ipotesi di riforma radicale⁵ e a favore di interventi nel merito e nelle modalità dell'erogazione di servizi, quali: una migliore definizione del bisogno assistenziale, migliori criteri di diagnosi e prescrizione, intreccio tra diversi servizi e aiuti allo scopo di massimizzare l'efficacia e ridurre gli sprechi, la formazione di competenze e funzioni di Case-management, forme di ricovero temporaneo, implementazione della prevenzione e della riabilitazione, miglioramento dello status e dell'immagine del personale dedicato alla cura, utilizzazione e potenziamento delle risorse spontanee, dell'autoaiuto e dell'apporto della famiglia, miglioramento del counseling, delle attività di sportello, del ruolo della assistenza sociale dei Comuni, migliore programmazione edilizia ed architettonica e l'introduzione del budget personale di cura.

Analoghe sono le considerazioni espresse dal DGB, la confederazione sindacale tedesca nel medesimo periodo.

3. Italia: le speranze (sinora) deluse

Le politiche di Ltc, nel nostro Paese, versano tuttora in un contesto confuso sul piano istituzionale (anche a seguito del riordino dei poteri derivanti dalle riforme costituzionali) e soffrono di una dislessia genetica, in conseguenza della quale è in atto una gestione centralizzata di alcuni dei principali interventi di natura economica (le prestazioni connesse all'invalidità civile), mentre la *governance* dei servizi e delle prestazioni alla persona rimane decentrata.

Le principali iniziative legislative centrali e regionali per la non autosufficienza sono centrate sull'attivazione di un Fondo Pubblico in cui fare confluire tutte le risorse che afferiscono all'assistenza a persone con ridotta autonomia.

⁵ A. Lang, F. Brandt, H. Setz e T. Schwartz, *ASG-Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, in: Soziale Sicherheit, 4-2005

Tuttavia, sono rimasti senza risposta problemi complessi sia per quanto riguarda il rapporto tra lo Stato e le Regioni, sia per ciò che concerne soprattutto il finanziamento dell'operazione, dal momento che un prelievo di natura contributiva (sul modello tedesco) appesantirebbe il costo del lavoro, mentre una copertura di natura fiscale non avrebbe il consenso sociale.

D'altro canto, poca attenzione è stata data al punto di vista dei cittadini nonostante in questi anni, forse per l'apprendistato di massa fatta da tante famiglie nell'assistenza ai non autosufficienti, sia cresciuta l'attenzione per la ricerca di soluzioni istituzionali, organizzative e finanziarie capaci di garantire un volume di servizi e prestazioni tale da alleviare le famiglie stesse dal carico che, per ora, continua a ricadere in gran parte sulle loro spalle.

D'altro canto una società in cui trionfa la soggettività individuale non può che produrre al suo interno un'ansia crescente e diffusa verso il rischio di dipendere da altre persone, addirittura per l'esercizio delle ordinarie funzioni della vita quotidiana, e quindi è pienamente comprensibile l'importanza attribuita dai cittadini alle modalità di tutela contro questo rischio.

Non a caso dai dati del Monitor Biomedico 2006 realizzato dal Censis e dal *Forum per la ricerca biomedica* è emerso che, in presenza di malattie ciò che più spaventa gli italiani è la non autosufficienza richiamata da quasi il 41% degli intervistati, mentre il 30,2% ha citato il dolore, il 15,7% la solitudine e il 13,2% la morte (tab. 1).

D'altro canto, lo spettro della non autosufficienza che impaurisce gli italiani più del dolore o addirittura della morte è la proiezione più evidente di una società che invecchia, dove si diffondono le patologie invalidanti e dove, però, l'organizzazione dei servizi sanitari, socioassistenziali e sociosanitari non è assolutamente pronta a rispondere.

Va poi sottolineato che anche per i più giovani (38,3%) la non autosufficienza è la paura suprema legata alla malattia; inoltre, è tra gli adulti (in particolare i 45-64enni con il 44,9%), vale a dire tra coloro che presumibilmente, nelle proprie famiglie, sono più impegnati nella cura dei non autosufficienti, che la paura di perdere l'autonomia individuale raggiunge i livelli più elevati.

Più in generale, è possibile affermare che l'invecchiamento e la transizione epidemiologica sono ormai, per gli italiani, esperienza vissuta che opera nell'immaginario collettivo relativamente al rapporto con la salute e la malattia, e più ancora incide sulle aspettative riguardo al futuro possibile dei malati.

Come rilevato, non è la malattia di per sé a generare paura e ansia, ma la sua potenziale persistenza e la connessa capacità di erodere progressivamente la salute delle persone, senza portarle subito alla morte ma legandole ad uno stato di dipendenza per il quale, oggi, è evidente che le forme sociali di risposta sono prevalentemente spontanee e richiedono un surplus di impegno da parte di altre persone (di solito familiari) che, nei fatti, diventano vittime indirette delle patologie stesse.

Quindi, il costo sociale delle patologie invalidanti finisce per amplificare gli effetti delle stesse rispetto alla dimensione clinica individuale, ecco perché appare ormai matura la

consapevolezza collettiva della necessità di trovare nuove, originali e più efficaci risposte assistenziali alla perdita di autonomia delle persone.

Tab. 1 - Principali timori in caso di una malattia, per età (val. %)

<i>Cosa la spaventa maggiormente in caso di una malattia?</i>	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Totale
La non autosufficienza	38,3	40,6	44,9	37,5	40,9
Il dolore	30,3	31,5	30,8	27,5	30,2
La solitudine	10,3	14,9	14,4	23,2	15,7
La morte	21,1	13,0	9,9	11,8	13,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2006

A fronte di questa diffusa ansia rispetto al rischio della insorgenza della non autosufficienza, tra gli italiani si affermano anche punti di vista molto netti sull'organizzazione dei servizi e sui modelli assistenziali.

Infatti, richiesti di delineare le caratteristiche prevalenti della sanità del prossimo futuro in un Paese che invecchia e dove aumentano le persone affette da patologie invalidanti, una netta maggioranza (il 44,1% degli intervistati, tab. 2) ha definito come prioritario per il Servizio sanitario italiano lo sviluppo dei servizi sul territorio; questa necessità dichiarata e condivisa di spostare sul territorio il baricentro del sistema dei servizi sanitari è coerente con la più ampia convinzione che tutto il sistema di *welfare* deve progressivamente territorializzarsi.

Infatti, sempre dati del *Monitor 2006* permettono di constatare che riguardo agli interventi considerati come più importanti per migliorare la protezione sociale, quasi il 45% degli italiani indica proprio lo sviluppo di servizi sul territorio per gli anziani, i disabili e le persone non autosufficienti, quota di molto superiore a quella di coloro che chiedono il potenziamento dell'offerta pubblica (28,9%) e interventi di sostegno alle famiglie con figli (28,7%) (tab. 3).

In questo alveo ben si comprende, quindi, come circa l'81% degli italiani sia favorevole alla costituzione di *Fondo per finanziare i servizi per i non autosufficienti* e tale opinione abbia una maggioranza trasversale al corpo sociale ed alla collocazione territoriale degli intervistati; peraltro, le quote più alte di favorevoli si rintracciano tra i più giovani (83%), i 30-44enni (84,2%), i residenti al Nord-Ovest (83,7%) e quelli del Centro (83,6%) (tab. 4).

I dati sinora analizzati consentono di fissare alcuni punti essenziali:

- il tema della non autosufficienza è ormai dentro l'agenda sociale come una priorità perché è presente nella vita quotidiana di tante famiglie ed è radicato, anche nelle generazioni meno anziane, il timore dei rischi che sono associati con la sua insorgenza;

Tab. 2 - Le priorità per il prossimo futuro nel Servizio Sanitario secondo i cittadini, per ripartizione geografica (val. %)

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Totale
Sviluppare i servizi sul territorio	43,2	44,3	48,4	42,4	44,1
Modernizzare le attrezzature e le tecnologie diagnostiche	32,8	42,8	35,4	45,6	39,6
Incentivare la scoperta di farmaci per patologie incurabili	43,2	33,0	21,4	38,8	35,5
Ristrutturare gli edifici ospedalieri	22,9	27,8	30,2	29,4	27,5
Promuovere stili di vita salutari	27,7	22,7	23,4	24,4	24,8
Sviluppare la telemedicina e l'uso della telematica	13,7	10,3	16,1	15,3	14,0

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis 2006

Tab. 3 - Gli interventi più importanti da realizzare nell'ambito del welfare, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Può indicarci gli interventi e le scelte che reputa più importanti da realizzare nell'ambito del welfare?</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Totale
Sviluppare i servizi sul territorio	50,0	35,0	47,4	44,6	44,8
Potenziare l'offerta pubblica	30,3	27,9	32,6	26,3	28,9
Sostenere le famiglie con figli	28,7	26,2	23,2	33,3	28,7
Ridurre le diseguaglianze territoriali	19,3	26,2	21,6	27,5	23,9
Più libertà dei cittadini nello scegliere le strutture	17,7	15,8	12,1	15,9	15,6
Rafforzare il terzo settore e il volontariato	8,3	10,4	14,7	12,2	11,3
Ridurre la spesa per pensioni	3,9	4,4	3,7	1,8	3,2

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis 2006

Tab. 4 - Opinioni sull'istituzione di un Fondo per finanziare i servizi per i non autosufficienti, per età (val. %)

Sarebbe favorevole all'istituzione di un Fondo per finanziare i servizi e le prestazioni per i non autosufficienti?					
	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e più	Totale
Sì	83,0	84,2	79,2	78,4	81,1
No	17,0	15,8	20,8	21,6	18,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2006

- esiste una propensione diffusa a chiedere nuovi servizi, sia sanitari che più in generale alla persona, che siano di prossimità, molecolari, diffusi sul territorio e di facile accesso. In questa costellazione di servizi rientrano a pieno titolo quelli per la non autosufficienza il cui sviluppo i cittadini considerano essenziale;
- la proposta dell'istituzione di un *Fondo per finanziare i servizi per i non autosufficienti* di cui ormai da molto tempo si discute anche in sedi istituzionali sia pure con risultati non certo esaltanti, è pienamente in linea con le aspettative degli italiani che lo percepiscono come uno strumento efficace per promuovere una riarticolazione della matrice dei servizi, con appunto lo spostamento di risorse umane e monetarie verso i servizi e le prestazioni per le persone non autonome.

Tuttavia, questo quadro di diffusa consapevolezza sulle esigenze di una risposta efficace al bisogno di assistenza dei non autosufficienti va integrato con le opinioni e i comportamenti prevalenti riguardo al finanziamento del Fondo, tema che non può che rimandare all'approccio verso il fisco che ormai da tempo domina tra gli italiani.

Infatti, anche per il *Fondo per i servizi per non autosufficienti*, così come per altri comparti della protezione sociale, diventa essenziale contemperare due spinte apparentemente contraddittorie:

- la diffusa richiesta di tutela e sicurezza, anche nei confronti di grandi rischi come appunto la non autosufficienza che sinora subiva gli effetti negativi delle smagliature della rete di tutela pubblica;
- il rigetto di qualsiasi incremento della pressione fiscale, la richiesta esplicita di non applicare nuove tasse e di procedere per qualsiasi ambito di azione dell'operatore pubblico a processi di razionalizzazione delle risorse con un uso più oculato delle stesse.

Il *Fondo per i non autosufficienti* non fa eccezione, visto che i dati del Monitor Biomedico 2006 consentono di focalizzare un aspetto decisivo sul suo finanziamento: infatti, oltre il 57% degli intervistati ritiene che per finanziare il Fondo occorra utilizzare le risorse che già esistono (con una punta di quasi il 63% nel Nord-Ovest) ritagliando, ad esempio, una quota dell'attuale

spesa sanitaria, mentre è il 23,6% a parlare di contribuzione volontaria per chi decide di aderire e solo il 12,3% sarebbe disponibile ad accettare una nuova tassa di scopo (tab. 5).

Questi dati segnano un confine ideale assolutamente invalicabile: interventi e progetti per i non autosufficienti devono attivare processi di riorganizzazione della matrice dei servizi e di riallocazione delle risorse dei comparti del *welfare* coinvolti, ma non possono contare sulla disponibilità verso più alti livelli di pressione fiscale. Questa posizione, come rilevato nettamente maggioritaria, rigetta anche l'idea della contribuzione volontaria.

Può forse sorprendere questo rifiuto di una tassa di scopo o comunque di investire ulteriori risorse monetarie, sia pure sotto forma di prelievo fiscale, per garantire servizi territoriali; tanto più che negli ultimi anni le famiglie italiane hanno dovuto fronteggiare con investimenti diretti, di tasca propria, l'emergenza assistenziale legata alla non autosufficienza se è vero che è cresciuto esponenzialmente il numero delle badanti, in particolare quelle straniere che sono stimate in circa 900 mila, con punte di presenze particolarmente elevate in alcune grandi città come Roma e Milano.

A questo proposito dati Censis del 2003 segnalano che oltre il 25% delle famiglie che pagano di tasca propria personale esterno per assistere un familiare non autosufficiente spende oltre i 750 euro al mese.

Tuttavia, questa capacità di rispondere in modo tempestivo e spontaneo, ricorrendo a proprie risorse, non fa allentare la diffidenza verso ulteriori incrementi della fiscalità; in fondo, per gli italiani il problema è l'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse di cui già oggi lo Stato dispone.

Peraltro, il rigetto di nuove tasse di scopo, non si accompagna ad una deresponsabilizzazione finanziaria completa degli italiani i quali, dai dati di una indagine del Censis del 2003, si dichiarano in netta maggioranza (il 62%) favorevoli all'introduzione di strumenti di compartecipazione alla spesa in caso di un Fondo pubblico per finanziare i servizi per i non autosufficienti (ad esempio, con una percentuale fissa sul costo della visita domiciliare dell'assistente sociale).

Tab. 5 - Opinioni sulle modalità di finanziamento di un Fondo per i servizi ai non autosufficienti, per ripartizione geografica (val. %)

<i>Come ritiene si debba finanziare un Fondo per i servizi ai non autosufficienti?</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	Totale
Utilizzando una quota dell'attuale spesa sanitaria	62,9	51,0	58,4	54,8	57,1
Con la contribuzione volontaria di quanti sono interessati	16,3	27,0	23,0	28,0	23,6
Con una nuova tassa di scopo	11,4	13,5	14,3	11,2	12,3
Con polizze assicurative	9,4	8,5	4,3	6,0	7,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2006

E altro aspetto sicuramente di grande rilievo riguarda la richiesta di garantire la piena libertà di scelta da parte delle famiglie riguardo ai *provider* di servizi ai quali rivolgersi; infatti, oltre il 34% degli italiani rispetto ad alcuni servizi sul territorio come, ad esempio, l'assistenza domiciliare integrata ritiene che sia necessario concedere alle famiglie degli assistiti una somma di denaro da spendere in piena libertà; è circa il 30%, invece, a ritenere che questi servizi debbano essere erogati esclusivamente dagli Enti Locali o da strutture in convenzione, mentre il 28,4% è favorevole all'erogazione di *voucher* da spendere per l'acquisto di prestazioni presso *provider* accreditati.

E' maggioritaria la richiesta di rendere più flessibile ed aperto il sistema di offerta dei servizi alla persona, potenziando il ruolo degli utenti o mediante la disponibilità diretta delle risorse monetarie oppure con *voucher* da spendere sia pure tra strutture preventivamente accreditate dall'operatore pubblico.

Un ultimo aspetto interessante che va sottolineato è che la Regione è il soggetto istituzionale che oltre il 71% degli italiani giudica più adatto ad amministrare e gestire il Fondo per il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza.

4. Alcune ipotesi operative: modelli a ripartizione del rischio (pubblico/privato)

Nell'elaborare proposte operative per una efficace politica di tutela per i non autosufficienti occorre tenere conto di alcuni criteri generali:

- è importante porre il contesto pubblico di intervento come nucleo di base per l'assistenza ai non autosufficienti, alla quale potranno contribuire in modo più o meno rilevante gli individui e/o le famiglie, in modo individuale o collettivo e in termini complementari o integrativi;
- le nuove forme di protezione sociale non dovranno replicare i percorsi di quelle tradizionali che hanno rivelato o stanno rivelando la loro insostenibilità. E' necessario, allora, rendere le politiche di spesa pubblica il più indipendenti possibili dalle dinamiche dei bilanci futuri, evitando di accollarne i costi alle generazioni future. E' bene, allora, che le prestazioni ed i servizi, organizzati per la popolazione non autosufficiente, siano almeno in parte finanziate non solo da imposte e/o contributi (prelevati nello stesso momento in cui vengono impiegati), ma anche da risorse accantonate e capitalizzate nel tempo (*funded*), come ad esempio per i progetti di riforma del modello tedesco;
- alla luce del punto precedente assumono un ruolo significativo i soggetti assicurativi che per loro natura sono in grado di contribuire a strutturare le prestazioni da erogare e di garantire, soprattutto, la certezza nel tempo delle prestazioni assicurate ad ogni individuo, a prescindere dalle circostanze di contesto (scelte politiche ed amministrative, problemi economici, situazioni familiari, ecc.);
- occorre tenere conto della specificità delle esigenze da tutelare in tema di Ltc: prestazioni particolarmente onerose, concentrate nel tempo, spesso "gestite" dai familiari dell'interessato;
- è doveroso considerare, altresì, la ridotta propensione degli interessati a preoccuparsi

dell'evento Ltc, che, a torto o a ragione, viene considerato "eventuale" in un contesto di protezione sociale finalizzato alla copertura di rischi "certi" o percepiti come più probabili (la vecchiaia, la malattia, ecc.).

Tutte queste riflessioni inducono alla ricerca di una risposta articolata, da sistema multipilastro, in grado di cogliere le differenti esigenze del mercato, grazie allo sviluppo sia della previdenza collettiva (da secondo pilastro), sia di interventi di carattere individuale.

4.1. I trasferimenti monetari

Come protezione di base di carattere obbligatorio hanno un ruolo importante i trasferimenti monetari, per i quali già vengono impiegate notevoli risorse per le diverse tipologie di non autosufficienza totale o parziale.

Per questo aspetto, sarebbe importante razionalizzare la materia e le competenze, mettendo in comunicazione i vari settori, nel quadro di un eventuale riordino dei grandi enti previdenziali nazionali.

Attualmente, ad esempio, l'inabilità è tutelata da Istituti diversi a seconda dell'evento e delle caratteristiche della persona: se deriva da infortunio sul lavoro è competente l'Inail; se è determinata da un fattore generico è competente l'Inps, a cui è stata affidata anche la gestione dell'invalidità civile (ma non i relativi accertamenti).

Altre provvidenze vengono erogate a livello locale. Non è questa la sede per prefigurare ipotesi di riforma; basti osservare che la questione dei trasferimenti monetari presenta certamente dei limiti (soprattutto per quanto riguarda la tempestività dell'intervento), ma non costituisce una emergenza. E' appena il caso di ricordare, dunque, che l'intervento privato-assicurativo (al di là della forma attraverso cui si realizza, solitamente una prestazione di carattere monetario o un voucher) deve essere finalizzato a concorrere all'approvvigionamento di servizi sul mercato o ad integrare le rette delle strutture pubbliche in caso di istituzionalizzazione del soggetto.

4.2. L'assicurazione integrativa per la non autosufficienza

Sul versante della previdenza integrativa collettiva (negoziale o non) la soluzione, sul piano teorico, è facilmente individuabile. Si tratta di destinare (con deliberazione statutaria e regolamentare) una quota (aggiuntiva al contributo al fondo pensione o del premio in caso di polizza sanitaria integrativa) ai casi di non autosufficienza.

Si tratterebbe di una misura necessariamente solidaristica, in quanto ne fruirebbero soltanto coloro che venissero a trovarsi in condizioni di non autosufficienza, mentre il finanziamento sarebbe obbligatorio per tutti gli appartenenti alla comunità (compresi i pensionati).

La legge dovrebbe limitarsi solamente a sancire che, ove gli statuti prevedessero forme di tutela Ltc, l'obbligo di convenzionarsi con una o più compagnie di assicurazione, proprio per avvalersi della loro specifica professionalità. La quota di contributi e di premi rivolti alle Ltc dovrebbero confluire in un capitolo specifico a sostegno di prestazioni *standard* (calcolate secondo criteri probabilistici ed attuariali) da erogare agli iscritti non autosufficienti.

4.3. L'opzione assicurativa

Andrebbe quindi ipotizzata una soluzione di “terzo pilastro”, concertata a livello nazionale e/o regionale.

Si tratterebbe, innanzi tutto, di prefigurare, sulla base di un “patto” a cui concorrono le parti sociali e le organizzazioni degli operatori interessati, coordinato dal Governo, uno strumento assicurativo a largo spettro, in grado di contenere i costi di adesione e di concentrare un buon livello di prestazioni sui soggetti bisognosi.

Per realizzare tale obiettivo sarebbe necessario allargare il più possibile la platea dei contribuenti. Nel nostro caso, essendo esclusa, almeno per il momento, l'istituzione di una forma di assicurazione obbligatoria, diventerebbe necessario individuare modalità diverse che consentissero, tuttavia, di perseguire un risultato analogo.

La prima ipotesi è quella di una polizza contro il rischio della non autosufficienza che dovrebbe prevedere prestazioni *standard*: l'erogazione di *voucher* per l'acquisto di servizi alla persona nel caso di non autosufficienza accertata. L'assistenza dovrebbe essere calibrata nella quantità e nella durata, secondo regole accuratamente stabilite al momento dell'adesione. Per realizzare una base estesa di contribuenti (il che può contenere il costo unitario della polizza) occorrerebbe ottenere la collaborazione dei grandi soggetti collettivi (sindacati, cooperazione, associazionismo di vario tipo, legato alle problematiche degli anziani, ecc.) inserendo la polizza nel novero di servizi che il soggetto stesso offre agli iscritti tramite la quota associativa o attraverso la contrattazione collettiva.

Se l'ipotesi precedente prende di mira il lavoratore o il soggetto organizzato, è utile elaborare ulteriori soluzioni potenziali più trasversali mirate al cittadino consumatore. La polizza contro la Ltc stessa potrebbe essere collocata liberamente sul mercato a disposizione di chiunque la voglia sottoscrivere per sé o per altri. In questo caso, però, il premio dovrebbe essere ragguagliato a particolari requisiti della persona che aderisce (età, condizione di salute, ecc.). La *governance* della materia potrebbe essere decentrata nel territorio ed affidata a Casse mutualistiche regolate a livello regionale secondo direttive nazionali (da istituire a livello regionale secondo direttive nazionali, come prevedeva la riforma Bindi del 1999 con disposizioni rimaste inattuate), rappresentative dei soggetti aderenti e delle loro famiglie.

Le Casse tutelano gli interessi degli assicurati, accreditano i soggetti fornitori, contrattano le tariffe, vigilano sulla qualità delle prestazioni. Potrebbero essere istituite casse mutue specifiche o le prestazioni così determinate potrebbero implementare quelle già erogate da Casse o da Fondi già esistenti. Le polizze potrebbero fruire di misure di deducibilità fiscale. Le Casse mutue stipulerebbero, a loro volta, accordi con il pool di compagnie di assicurazione.

In sostanza, le Casse mutue così costituite divengono il punto di riferimento degli iscritti in modo collettivo e di quelli che hanno individualmente proceduto ad aderire. Potrebbero farsi punto di riferimento di “banche del tempo” attraverso le quali si acquisterebbero “titoli di assistenza futura” attraverso il lavoro di cura volontario a favore di altri. Per i primi pagano le associazioni, per i secondi loro stessi. Sarebbero possibili anche adesioni derivanti dalla contrattazione collettiva. Le casse non erogano prestazioni in proprio, ma stipulano convenzioni con i soggetti fornitori. Va da sé che a questo impianto, predisposto dal lato della domanda, devono corrispondere precise regole da lato dell'offerta di servizi (accreditamento, caratteristiche della prestazione, modalità di erogazione e di pagamento, ecc.). Per quanto

riguarda il ruolo delle istituzioni pubbliche, esse hanno il compito di stabilire gli *standard* a cui devono rispondere le prestazioni, di certificare la loro congruità, di accreditare i soggetti fornitori.

4.4. La polizza per tutti

Le soluzioni ipotizzate nei punti precedenti hanno un tratto comune: tutte richiedono processi negoziali e/o di concertazione. Non è detto che tali iniziative possano realizzarsi in breve tempo ed in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

Può essere utile, allora, che le Compagnie di assicurazione adottino linee strategiche e produttive autonome con le quali far fronte alle richieste del mercato, anche di quello non organizzato. Si arriva così a riflettere sulle caratteristiche che dovrebbe avere una polizza Ltc messa a disposizione dei singoli e delle famiglie costrette a misurarsi con l'evento non autosufficienza nel momento stesso in cui esso si verifica.

A questo proposito, è utile esaminare talune ipotesi rispondenti all'esigenza primaria che emerga quando si affronta il tema delle Ltc: come far fronte ad un evento solitamente limitato quanto a durata, ma connotato da una forte concentrazione di costi (affidati alla gestione di familiari dell'interessato) nel periodo in cui l'evento stesso si verifica. In questo quadro, le proposte potrebbero essere le seguenti:

- *polizza Ltc a premio unico (immediate need plan)*: l'utente o i suoi familiari versano in un'unica soluzione un capitale (lo stock del Tfr, per esempio) a cui corrisponde un pacchetto di servizi o di *voucher* per acquistare prestazioni da soggetti convenzionati;
- *polizza Ltc con cessione dei diritti di proprietà (equity release plan)*: la copertura della polizza è ottenuta cedendo, con criteri flessibili, i diritti di proprietà della casa di abitazione (nuda proprietà e usufrutto, solo nuda proprietà, solo usufrutto) concedendo tuttavia agli eredi, alla morte dell'intestatario, di venire in possesso dei diritti ceduti rifondendo all'assicurazione il costo dell'assistenza, maggiorato degli oneri di gestione;
- *polizza sanitaria-assistenziale "a conto individuale"*: l'interessato a fronte del pagamento continuativo di un premio, acquisisce il diritto ad un tot di assistenza che può distribuire a sua scelta durante l'intero arco dell'esistenza;
- *polizza Ltc collettiva*: un gruppo di interessati che percepiscono sussidi pubblici (indennità di accompagnamento, ecc.) sottoscrivono una polizza (il cui premio è pagato con la cessione della prestazione pubblica) che riconosce loro servizi e prestazioni presso o da parte di una struttura convenzionata;
- *polizza antinfortunistica*: i rischi assicurati con questo tipo di polizza sono normalmente i possibili danni derivanti dall'infortunio tra cui la morte e l'invalidità permanente. Andrebbe valutata l'opportunità di includere nella fattispecie d'invalidità permanente anche il caso della non autosufficienza con la previsione di un capitale da liquidare. La polizza antinfortunistica ha un basso costo e potrebbe avere un'ampia diffusione, se arricchita dall'assicurazione di un nuovo rischio;
- *polizza con beneficiario diverso dal contraente*: questo tipo di polizza potrebbe essere particolarmente utile non solo nel campo delle polizze individuali ma anche in quello della previdenza collettiva, perché consentirebbe a chi vi è iscritto e che indica un parente

come beneficiario, di continuare a pagare anche quando cessa l'attività lavorativa.

4.5. Il possibile contributo delle Fondazioni Bancarie

Un ruolo importante potrebbe essere svolto dalle Fondazioni bancarie, le quali hanno tra le proprie finalità istituzionali anche l'assistenza sociale. Si tratta di un consistente flusso di risorse stimabile in almeno 500 milioni di euro l'anno, ora distribuito in modo frantumato e localistico.

La disciplina vigente consente alle Fondazioni di concentrare gli interventi in alcuni settori specifici. Sarebbe possibile, allora, indirizzare per alcuni anni, soprattutto mediante una concertazione a livello regionale e locale, i principali interventi delle Fondazioni verso l'assistenza alle persone non autosufficienti, chiedendo loro di finanziare dei programmi di intervento selezionati a livello nazionale, gestiti a livello regionale o territoriale.

Anche in questo caso, l'iniziativa delle Fondazioni potrebbe intersecarsi con i prodotti assicurativi. A questa possibile tipologia appartiene il Progetto-anziani realizzato dalla Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, purtroppo interrotto dopo anni di positivi risultati, a seguito del cambiamento dei vertici della Fondazione dopo l'avvicendamento politico nell'Amministrazione comunale di Bologna nel 2004.

**CAPITOLO SECONDO
LE ESPERIENZE TERRITORIALI**

1. Il progetto di Fondo per la non autosufficienza della Provincia Autonoma di Bolzano

1.1. L'attuale sistema di assistenza ai non autosufficienti

Il sistema integrato dei servizi e interventi sociali della provincia di Bolzano rappresenta sicuramente una eccellenza nel panorama nazionale e tale valutazione va sicuramente estesa anche alle attività relative alle persone non autosufficienti che, secondo stime della Provincia Autonoma, sono pari a circa il 2,2% della popolazione locale.

E' vero che, come in molti altri contesti, l'assistenza alle persone prive di autonomia è garantita nella maggior parte dei casi dalla rete familiare e parentale della persona non autosufficiente, ma va considerato l'importante supporto dei servizi di assistenza domiciliare e dei centri assistenziali diurni; mentre, circa un terzo dei non autosufficienti della Provincia Autonoma sono invece assistiti direttamente in strutture residenziali, come Case di riposo o anche centri di degenza.

Globalmente nel 2004 la spesa complessiva sostenuta per l'assistenza ai non autosufficienti residenti nella provincia di Bolzano è stata pari a circa 130 milioni di euro.

Entrando più nel merito delle tipologie di prestazioni che caratterizzano l'organizzazione operativa dell'assistenza ai non autosufficienti nella Provincia emerge che, in termini di prestazioni monetarie:

- a circa 7.500 cittadini viene erogato un assegno di accompagnamento di 450 euro al mese;
- a 3.650 famiglie che assistono persone non autosufficienti sono erogati dalle Asl gli assegni di ospedalizzazione che, per circa 2.900 famiglie, sono pari a 476 euro al mese e per 968 famiglie sono di 590 euro al mese.

Esistono, poi, altre tipologie di prestazioni di cui beneficiano i non autosufficienti e, per la precisione, si tratta di servizi ambulatoriali inclusivi di servizi di aiuto domiciliare per oltre 3.500 assistiti, di assistenza presso il centro per oltre 9 mila assistiti; poi ci sono i servizi semiresidenziali (dai centri di assistenza diurna ai laboratori per persone disabili) che hanno riguardato un'utenza che varia dai 270 circa per i centri diurni ai quasi 600 assistiti per i laboratori, infine ci sono i servizi residenziali che, come Case di riposo e centri di degenza, hanno oltre 3.500 utenti e come Convitti per persone disabili 325 utenti.

Altra prestazione importante riconosciuta alle famiglie che assistono non autosufficienti è rappresentata dalla copertura previdenziale dei periodi di astensione dal lavoro per l'assistenza a persone non autosufficienti.

E', infatti, previsto un contributo per la prosecuzione volontaria della contribuzione volontaria alla propria cassa previdenziale qualora la persona interrompa l'attività lavorativa per dedicarsi all'assistenza ad una persona priva di autonomia; si tratta di un contributo di massimo 3.500 euro annui fino al raggiungimento della pensione stessa e ne possono beneficiare sia gli autonomi che i lavoratori dipendenti.

C'è da dire che, in pratica, a Bolzano l'assegno di cura esiste da circa venti anni e si materializza nella possibilità di beneficiare di una erogazione monetaria subordinata alla verifica del grado di non autosufficienza.

In sostanza, si fa ricorso ad uno strumento di misurazione del grado di invalidità e sotto una certa soglia di punteggio, non si ha diritto all'assegno, oltre invece tale soglia esiste un primo livello di contributo pari appunto a 480 euro, oltre una seconda soglia che segnala un più alto grado di non autosufficienza si ha diritto ad un assegno di circa 600 euro.

Indubbiamente si tratta di una base di partenza importante, che ha saputo rispondere a lungo alle esigenze locali, integrando sostanzialmente l'azione delle singole famiglie che hanno erogato gran parte dei servizi e delle prestazioni di cura di cui avevano bisogno le persone non autosufficienti.

E' chiaro che, anche a livello locale, si fanno sentire gli effetti dei trend sociodemografici di lungo periodo rappresentati dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della non autosufficienza soprattutto tra i grandi vecchi e dalla difficoltà crescente di famiglie meno ampie, dove la componente femminile è sempre più impegnata nel mercato del lavoro e, quindi, sottoposta a pesanti sollecitazioni tra esigenze familiari, impegni lavorativi e, poi, anche domanda di cura e tutela dei membri familiari più deboli, dai minori fino ai non autosufficienti.

Sono, poi, andate emergendo problematiche relative al funzionamento stesso degli strumenti di tutela ad esempio, il criterio di classificazione della non autosufficienza fondato su due livelli appare inadeguato, sia perché taglia fuori da qualsiasi supporto le persone che non raggiungono la soglia di accesso al primo livello che è piuttosto elevata (e rimangono fuori dall'assistenza una quota di persone che, comunque, ha bisogni assistenziali importanti), sia perché le prestazioni monetarie erogate sono progressivamente apparse insufficienti.

Inoltre, esistono diversità non indifferenti tra i criteri di accesso all'assegno di accompagnamento e quelli per l'assegno di cura.

In sintesi le prestazioni sulle quali si fonda l'attuale articolato sistema di tutela dei non autosufficienti nella provincia di Bolzano sono:

- l'indennità di accompagnamento;
- l'assegno di cura;
- il finanziamento delle case di riposo e dei centri di degenza attraverso il Fondo sanitario ed i Comuni;
- il finanziamento dei convitti, delle comunità alloggio, dei centri di assistenza diurna e dei laboratori protetti per portatori di handicap attraverso il fondo sociale;
- il finanziamento dei centri diurni per anziani attraverso il fondo sociale;
- il finanziamento del servizio di aiuto domiciliare attraverso il fondo sociale ed i comuni.

A livello provinciale, come rilevato, la spesa complessiva per i non autosufficienti nel bilancio è pari a circa 130.000.000 di euro. A questo budget va poi aggiunta la spesa per le prestazioni sanitarie, da quelle mediche e infermieristiche alle prestazioni riabilitative alla spesa per farmaci che, ovviamente, sono a carico del Fondo sanitario.

E' chiaro che le fonti di finanziamento di questo articolato set di servizi e prestazioni sono diversificate; e non poteva essere altrimenti visto che solo di recente il sistema di *welfare* locale si è dovuto confrontare in modo più stringente con la condizione specifica rappresentata dalla non autosufficienza, come portato di una serie di fenomenologie sociodemografiche ed epidemiologiche che, intrecciandosi, hanno generato una domanda di cura e assistenza ad alta intensità.

1.2 Il passaggio verso una valutazione più dettagliata dello stato di non autosufficienza

- Nell'elaborazione progettuale relativa all'avvio di una nuova fase dell'assistenza alle persone non autosufficienti nella Provincia Autonoma basata su un modello di Fondo per il finanziamento dei servizi, un passaggio cruciale è rappresentato dalla definizione dello stato di non autosufficienza e, più in particolare, dall'individuazione dell'effettivo fabbisogno di assistenza di ciascun utente.
- Come rilevato in precedenza, nel sistema ancora vigente si riscontrano due livelli di non autosufficienza che corrispondono anche a due diversi livelli di prestazione monetaria; è, però, diffusa la convinzione che la soglia di accesso sia piuttosto elevata con la conseguente ingiustificata esclusione di un numero eccessivo di persone che, invece, avrebbero bisogno di assistenza.
- Nel progetto di nuovo Fondo è previsto un metodo di rilevazione dello stato di non autosufficienza particolarmente accurato, che include per ciascuno dei livelli individuati anche la definizione del corrispondente peso assistenziale che ricade sulla famiglia e sulla rete parentale della persona.
- In concreto, per persona non autosufficiente si intende *chi, a causa di patologie o disabilità fisiche, mentali o psichiche è incapace di svolgere gli atti della vita quotidiana e necessita dell'aiuto regolare di un'altra persona.*

E' una definizione di cui viene quindi proposta una vera e propria operazionalizzazione che conduce all'individuazione di quattro livelli assistenziali:

- il livello 1, con due ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 2 con quattro ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 3, con sei ore in media di assistenza al giorno;
- il livello 4, con otto ore in media di assistenza al giorno.

E' chiaro che sessanta ore mensili sono il fabbisogno assistenziale minimo per potere rientrare dentro il concetto di fabbisogno assistenziale che, nel caso più elevato, raggiunge un monte ore mensili pari a 240 ore.

Di estremo interesse è l'analisi di cosa accadrebbe nella Provincia Autonoma di Bolzano qualora si passasse concretamente dall'attuale criterio di valutazione a quello basato sui quattro livelli.

Esistono vari studi in proposito e da uno di questi effettuato su un gruppo di persone che sono definite non autosufficienti secondo la metodologia attualmente in vigore basata sui due

livelli, ben il 90% delle persone collocate nella prima fascia si andrebbe a collocare nel Livello 2 della nuova metodologia rilevatoria con un fabbisogno mensile di assistenza di 120 ore.

Inoltre, una quota importante che nella vecchia metodologia era tagliata fuori, con la nuova rientrerebbe nel novero dei beneficiari delle prestazioni.

Infatti, i dati indicano che circa il 75% delle persone che nella valutazione fondata sulla legge per l'assegno per l'assistenza a domicilio aveva totalizzato tra 40 e 49 punti, quindi ben sotto la soglia di accesso di 60 punti, entrerebbero a pieno titolo nei nuovi livelli assistenziali e, in una quota non irrilevante, addirittura in livelli superiori al primo.

D'altro canto, degli attuali beneficiari dell'indennità di accompagnamento nella provincia di Bolzano, si stima che circa il 14% non raggiungerebbe il livello 1 di assistenza e, quindi, non peserebbe sul Fondo.

E', comunque, chiaro dagli studi effettuati che il numero complessivo di beneficiari delle prestazioni per non autosufficienti crescerebbe rispetto all'attuale situazione.

Secondo stime effettuate dalla Provincia Autonoma le persone che dovrebbero essere inquadrate come non autosufficienti e, quindi, beneficiare delle prestazioni del nuovo Fondo sono circa 10.500, incluse le persone disabili; attualmente, invece, sono circa 8.000 persone le persone che beneficiano di almeno una delle due prestazioni previste per la non autosufficienza.

Di queste, circa 7 mila hanno l'assegno di accompagnamento (4.835 assistite a domicilio e 2.215 ricoverate in strutture residenziali) e 3.500 percepiscono l'assegno per l'assistenza a domicilio.

In realtà di queste ultime circa 1.000 sono da considerare come ulteriori percettori di prestazioni per la non autosufficienza, in quanto circa 2.500 sono già contabilizzati tra i percettori di assegno di accompagnamento.

Esiste poi, una stima di come si distribuirebbero le persone attualmente definite non autosufficienti, sia in ambito domiciliare sia in quello residenziale, nei quattro livelli assistenziali (tab. 6).

I dati evidenziano fenomeni interessanti perché se i malati in assistenza domiciliare si collocano in misura maggiore, rispetto a quelli in ambito residenziale, nei due livelli più bassi, tuttavia è proprio tra i non autosufficienti in ambito domiciliare che si registra la quota più alta di persone nel livello quattro, a cui corrisponde la quota più alta di ore di assistenza.

L'applicazione della metodologia valutativa per la non autosufficienza rinvia poi ad un modello organizzativo e operativo preciso che è di estrema importanza per l'efficace funzionamento del nuovo Fondo.

Tab. 6 - Distribuzione delle persone attualmente considerate non autosufficienti nella Provincia di Bolzano secondo la nuova classificazione dei livelli assistenziali fissata dal progetto sul Fondo per la non autosufficienza (val. %; v.a.)

Livello	Assistenza in ambito domiciliare		Assistenza in ambito residenziale	
	Ripartizione %	Numero	Ripartizione %	Numero
I	21%	1.470	20%	700
II	39%	2.730	30%	1.050
III	25%	1.750	40%	1.400
IV	15%	1.050	10%	350
Totale	100%	7.000	100%	3.500

Fonte: Provincia Autonoma di Bolzano

Infatti, responsabile della valutazione è una unità che fa capo al distretto sociosanitario e che, quindi, è territorialmente competente in relazione alla residenza della persona interessata.

L'unità di valutazione è composta da un infermiere e da un operatore socioassistenziale ed è chiamato ad effettuare una o più visite direttamente al domicilio della persona interessata, possibilmente in presenza della famiglia o delle persone che prestano aiuto.

I compiti di questa unità valutativa che, appunto opera a livello distrettuale, sono di rilevamento dello stato di non autosufficienza e della situazione assistenziale, di informazione alla famiglia ed alla persona direttamente coinvolta sulla rete dei servizi esistenti, nonché di consulenza sull'organizzazione della cura all'interno della rete familiare e sulle possibilità di utilizzo dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

L'unità di valutazione, poi, ha anche compiti di controllo e verifica nonché la possibilità di prescrivere buoni di servizio. Peraltro, l'azione del tandem di valutazione dovrebbe essere successiva ad una diagnosi del medico di medicina generale che dovrebbe, poi, essere sottoposta a verifica.

La scheda di valutazione del fabbisogno fa riferimento a sei ambiti della vita quotidiana, si compone di quaranta items e non include la valutazione del tempo di assistenza erogata dai caregivers familiari.

1.3 Le prestazioni previste dal Fondo

La valutazione del bisogno di assistenza come proiezione del grado di non autosufficienza è, ovviamente, propedeutica alla individuazione delle concrete prestazioni che, poi, saranno erogate con le risorse del Fondo. Le prestazioni del Fondo sono di natura economica e di esse viene definito un importo base, indipendente dalla situazione di reddito e patrimoniale della persona.

In sostanza, le prestazioni monetarie non sono sottoposte a verifiche di reddito e sono specificamente legate alla condizione di privazione dell'autonomia che caratterizza le persone.

E' interessante rilevare che nella proposta progettuale sono evidenziate le due opzioni che possono caratterizzare la vita di una persona non autosufficiente, vale a dire la permanenza nel proprio ambito familiare oppure il ricovero presso strutture residenziali. Tuttavia, come si rileva dalla tabella di riferimento, le prestazioni monetarie associate ai livelli assistenziali sono identiche per le due opzioni.

In concreto, si registra che per il livello 1 sono erogati 480 euro al mese, per il livello 2 900 euro al mese, per il livello 3 si sale a 1.350 euro al mese e si arriva a 1.800 euro al mese per il livello 4 (tab. 7).

Va sottolineato che per l'assistenza domiciliare, in determinate condizioni, è prevista l'erogazione di buoni di servizio al posto delle erogazioni monetarie; per le persone che sono ospiti presso Case di riposo o centri di degenza all'importo base, che come rilevato non è *means tested*, può essere aggiunta una ulteriore prestazione legata invece alla verifica della situazione economica della persona e delle sua famiglia e che può raggiungere un importo massimo di 900 euro mensili. Tale prestazione aggiuntiva va a copertura dei costi generali.

Va detto che le prestazioni del Fondo non sono solo di natura economica, ma includono anche attività di consulenza alle famiglie sul sistema dei servizi; i costi di queste attività, così come quelli delle attività di valutazione, sono a carico del Fondo stesso che, quindi, deve necessariamente tenerne conto nel definirne i propri fabbisogni finanziari.

Quali sono le finalità delle prestazioni economiche previste dal nuovo Fondo? Dipende, ovviamente, dalla modalità con cui viene garantita l'assistenza alla persona interessata; infatti, qualora il *care* sia garantito dalla rete familiare, la prestazione monetaria può essere il riconoscimento di tale attività proprio per coloro che prestano assistenza; oppure può essere utilizzata per pagare le prestazioni continuative di assistenza garantite da badanti o servizi di sorveglianza; nei casi in cui, invece, per l'assistenza alla persona non autosufficiente si fa ricorso a servizi professionali, allora le prestazioni monetarie servono al pagamento delle tariffe per il gestore del servizio.

Tab. 7 - Prestazioni monetarie per livello di assistenza secondo il progetto del nuovo Fondo per la non autosufficienza

Livello assistenziale	Assegno di cura nel caso di assistenza in ambito familiare	Assegno di cura nel caso di ricovero in strutture residenziali
0 *	nessun assegno di cura	nessun sostegno a copertura dei costi gestionali della struttura da parte del fondo
1	480 € al mese	480 € al mese
2	900 € al mese	900 € al mese
3	1.350 € al mese	1.350 € al mese
4	1.800 € mese	1.800 € al mese

* sono considerate autosufficienti le persone con un fabbisogno assistenziale inferiore a 2 ore al giorno

Fonte: Provincia Autonoma di Bolzano

Risulta evidente che il modello proposto attiva un meccanismo di scelta da parte dell'utenza che disporrà delle risorse economiche per effettuare la scelta del *provider* di servizi considerato più adeguato; d'altro canto, la Provincia Autonoma dovrà garantire la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati mediante meccanismi di accreditamento degli operatori, fissando quindi parametri e criteri trasparenti.

E' un modello molto innovativo di quasi mercato o mercato sociale, laddove gli acquirenti dispongono delle risorse e vengono riforniti anche delle informazioni e dei servizi di consulenza e orientamento che facilitano la ricerca della soluzione più adeguata relativamente al proprio fabbisogno assistenziale.

E' importante sottolineare come il modello proposto connetta in modo molto stretto le prestazioni monetarie e quelle di consulenza dentro una logica di potenziamento della capacità concreta di scegliere degli utenti.

1.4 Il finanziamento del Fondo

L'obiettivo dichiarato del nuovo Fondo è quello di potenziare i servizi e le prestazioni per la non autosufficienza nel territorio della provincia di Bolzano e ciò, sia modulando l'offerta di servizi e prestazioni sulle esigenze individuali delle persone coinvolte e delle loro famiglie, sia ampliando il numero di persone che finiscono per beneficiare delle prestazioni monetarie e di consulenza erogate.

E' chiaro che ciò significa affrontare un problema delicato di reperimento delle risorse per finanziare il Fondo, cosa che non può certo essere realizzata semplicemente ridefinendo alcune delle prestazioni attualmente esistenti.

La base finanziaria di partenza per il Fondo è rappresentata dalla spesa provinciale per gli assegni di cura e per altre prestazioni per i non autosufficienti che risulta annualmente pari a circa 130 milioni di euro.

Una ulteriore quota del finanziamento di base del Fondo dovrebbe provenire dalla Regione ed è stata quantificata in circa 25 milioni di euro annuali.

Si tratta di un impegno preso dall'istituzione regionale nei confronti delle Province Autonome di Bolzano e di Trento che, all'avvio dei Fondi per la non autosufficienza, sarebbero stati impegnati 25 milioni di euro per ciascun territorio ad integrazione del finanziamento del progetto.

La cifra globale di 155-160 milioni di euro annui è considerata come attualmente sufficiente a coprire le spese correnti legate all'erogazione delle prestazioni del Fondo, mentre rimarrebbe irrisolto uno dei problemi strategici e di lungo periodo dell'assistenza per i non autosufficienti nella Provincia autonoma: la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo del sistema, visto che il rapporto tra spesa e finanziamento è destinato a peggiorare nel tempo.

E' su questo punto che il progetto dovrebbe innovare, recuperando forse uno degli aspetti più interessanti dell'esperienza tedesca, vale a dire la capitalizzazione di una quota delle risorse del Fondo, così da generare un surplus utilizzabile in futuro proprio per il finanziamento dei servizi e delle prestazioni.

Se, come rilevato, la base di partenza finanziaria di circa 155 milioni di euro serve a coprire le spese correnti, il progetto prevede la costituzione di una quota ulteriore di risorse del Fondo che, invece, dovrebbe essere oggetto di capitalizzazione.

In particolare, è prevista una somma annuale di circa 54 milioni di euro ottenibile come gettito di un contributo di solidarietà per la non autosufficienza che, in pratica, è una tassa di scopo da applicare a tutti i soggetti Irpef con una differenziazione per livello di reddito.

In concreto sono previste tre fasce:

- quella dell'esenzione per le persone con redditi inferiori al Reddito minimo di inserimento locale;
- quella con un reddito piuttosto basso che dovrebbero pagare un contributo annuale di 90 euro;
- e, la grande maggioranza, dei redditi medi e alti che, invece, sarebbero chiamati a contribuire con 180 euro l'anno.

Quindi, il gettito globale del nuovo contributo sarebbe di 54 milioni circa di euro appunto da destinare a capitalizzazione.

Secondo le stime degli Uffici della Provincia Autonoma la capitalizzazione delle risorse dovrebbe proseguire, per i primi dieci anni generando un accumulo di risorse non lontano da 500 milioni di euro, con la creazione di risorse aggiuntive proprio per il finanziamento dei servizi e delle prestazioni previste dal Fondo.

Più precisamente, le previsioni degli Uffici studi della Provincia Autonoma prevedono che per i prossimi dieci anni la spesa corrente e gli interessi provenienti dalla quota capitalizzata siano in grado di coprire le spese correnti globali ascrivibili al Fondo; però, la quota aggiuntiva capitalizzabile è destinata ad essere progressivamente erosa dall'accrescimento della spesa

globale, finché per coprire quest'ultima sarà necessario intaccare anche il capitale.

In pratica, la soluzione proposta consente di avere un periodo piuttosto lungo di tempo durante il quale le risorse disponibili saranno in grado di rispondere finanziariamente alle esigenze assistenziali dei non autosufficienti, senza dovere annualmente procedere ad aggiustamenti di bilancio per evitare buchi e/o tagli.

In sintesi, in tema di finanziamento gli aspetti cruciali da considerare sono:

- con risorse già attualmente disponibili per le persone non autosufficienti, integrate con risorse provenienti dalla Regione, verrebbe finanziato il costo corrente del Fondo;
- con un contributo annuale di solidarietà applicato a tutti coloro che dispongono di un reddito soggetto a Irpef sarebbe finanziata una quota del Fondo che, secondo stime della Provincia, per i prossimi dieci anni confluirebbe in una componente capitalizzata del Fondo stesso.

La logica è quella del "paga chi ha reddito, ma beneficiano tutti", laddove per tutti si intende ovviamente le persone che finiscono nella categoria della non autosufficienza, nella nuova, più ampia, accezione.

E' chiaro che il modello proposto dalla Provincia di Bolzano obbliga a valutare almeno due elementi che, sinora nel nostro Paese sono rimasti oggetto di discussioni di carattere generale: vale a dire, la ricerca di soluzioni innovative, originali, di reperimento di risorse aggiuntive rispetto alle modalità più tradizionali fondate sulla tassazione e l'applicazione di una tassa di scopo dove viene creato un nesso stretto tra prelievo fiscale e sua destinazione e utilizzo.

Sul primo aspetto, si consideri che la capitalizzazione rappresenta una strada praticata in altri Paesi, in particolare in Germania e, in Italia quello di Bolzano rappresenta sicuramente un tentativo, sia pure ancora a livello progettuale, importante di forzare l'orizzonte ristretto imposto dai vincoli di bilancio e, soprattutto, di rispondere alla sfida della scarsità di risorse nel lungo periodo, a fronte delle dinamiche sociodemografiche ed epidemiologiche.

Per quanto riguarda l'applicazione di una tassa di scopo è chiaro che essa ha dovuto fare fronte alle resistenze diversamente motivate dei cittadini che, anche nella Provincia, si mostrano riluttanti ad accettare nuove tasse. Tuttavia, è da questa nuova fonte di entrata che dovrebbero arrivare le risorse per praticare l'innovazione finanziaria essenziale per sottrarre il Fondo al rischio annuale dell'insufficienza delle risorse.

1.5 Le difficoltà nel passare all'operatività

E' indubbio che il progetto di Fondo elaborato dalla Provincia Autonoma di Bolzano presenta numerosi aspetti di grande innovatività, e quindi si qualifica come uno degli esperimenti più avanzati nel panorama nazionale. Tuttavia, esso sta incontrando difficoltà nel percorso che dovrebbe portarlo dalla sua elaborazione e condivisione politica e tecnica alla sua approvazione normativa e successiva concreta implementazione.

Va, però, precisato che non tutte le difficoltà sono ascrivibili alle caratteristiche del Fondo perché, ad esempio, è indubbio che il Servizio Sanitario Locale è stato impegnato negli ultimi tempi in una complessa ridefinizione della sua organizzazione con il passaggio da quattro ad una sola Azienda sanitaria locale.

D'altro canto, l'attivazione del Fondo vuol dire un ripensamento importante del modo di operare di ampi segmenti del *welfare* locale, con un trasferimento di fatto di potere verso l'utenza che avendo a disposizione direttamente le risorse monetarie per comprare l'assistenza, e utilizzando al meglio l'attività consulenziale delle *equipe* di valutazione sulla tipologia e qualità di servizi di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, può incidere profondamente sull'azione dei *provider*, obbligando questi ultimi a importanti processi di ristrutturazione delle modalità operative.

Allo stato attuale, però, il progetto ormai definito nei suoi tratti più caratterizzanti è oggetto di una consultazione diffusa sul territorio, portata avanti da un Comitato guida che entro dicembre 2006 dovrà raccogliere i punti di vista istituzionali e, quindi, elaborare un parere proprio a partire dai risultati della consultazione effettuata.

Al di là dei problemi che vanno emergendo, è indubbio che quella del Fondo è una questione tecnicamente e politicamente matura sulla quale le istituzioni locali, presumibilmente, saranno chiamate entro tempi non troppo lunghi ad esprimersi.

Qual è il punto più "caldo", quello che sinora ha provocato le maggiori perplessità e sul quale non appare una forzatura immaginare un'attenta valutazione delle implicazioni tra i cittadini?

Si tratta indubbiamente dell'ipotesi di introdurre una tassa di scopo *ad hoc*, finalizzata ad alimentare la parte di risorse del Fondo da capitalizzare; quindi, è la parte finanziariamente più innovativa del progetto che sta incontrando ostacoli in termini di consenso sociale e politico e, del resto, ciò è in linea con quanto emerge a livello nazionale dalle indagini del Censis dalle quali risulta che gli italiani vogliono il Fondo per la non autosufficienza purchè finanziato con quote della spesa sanitaria o socioassistenziale già esistente.

D'altro canto, anche le soluzioni tecniche relative alle fasce di reddito che dovranno contribuire hanno generato diffidenza; infatti, secondo alcuni la soglia di accesso alla seconda fascia che deve contribuire con 90 euro annuali è troppo bassa e, quindi, nella terza fascia che deve contribuire con 180 euro annui si ritrova la gran parte delle persone e delle famiglie di Bolzano con un impatto chiaramente poco equo.

Le resistenze alla soluzione fiscale per alimentare il Fondo fanno balenare la duplicità del progetto di attivazione del Fondo stesso; infatti, come ampiamente rilevato in precedenza, tale progetto è sostanzialmente diviso in due parti:

- la prima è quella che è possibile definire "corrente" in cui con risorse già disponibili nel bilancio provinciale, integrate con una quota di risorse regionali, sarebbe possibile attivare subito un diverso sistema di tutela dei non autosufficienti, innalzando gli standard assistenziali rispetto alla situazione attuale;
- la seconda, di capitalizzazione, lega il drenaggio di risorse fiscali attuali con la produzione di servizi futuri che, appunto, gli interessi prima e il capitale poi di questa parte di Fondo dovrebbe finanziare.

Non è una forzatura immaginare che i due aspetti del Fondo abbiano tempi di attivazione diversificati, laddove per la parte corrente appare molto più facile ottenere il consenso sociale

e politico, mentre per la parte a capitalizzazione occorre superare il non facile sbarramento del rigetto per ogni nuova tassa che, ormai, sembra caratterizzare i residenti di molte Regioni.

L'avvio del Fondo, poi, potrebbe rappresentare il punto di partenza, soprattutto in ambito finanziario, per una riflessione più approfondita anche sulle fonti alternative di finanziamento della *long term care*.

Infatti, la Provincia nella progettazione del Fondo ha scelto un'opzione forte per la soluzione pubblicistica della sostanza del sistema di tutela per i non autosufficienti, puntando molto sul nuovo potere degli utenti ed, eventualmente, sulla competizione per la qualità delle strutture e dei *provider* di servizi.

Molto ridotta è stata, invece, l'attenzione per strumenti assicurativi individuali di *long term care*, che sono considerati come puramente integrativi rispetto allo *stock* di assistenza di base che deve necessariamente arrivare da fonte pubblica.

Questo è un punto importante: le polizze assicurative così come altri eventuali strumenti di tutela diversi dal Fondo sono considerati come integrativi, e nel prossimo futuro non è improbabile che anche su questa questione si aprano spazi di riflessione e sperimentazione, che, invece, allo stato attuale è molto ridotto.

La vicenda di Bolzano, però, induce ad una riflessione importante: l'opzione nettamente pubblicista del Fondo passa attraverso l'applicazione di un contributo di solidarietà che incontra forti resistenze nei cittadini, tanto da rendere difficile l'attivazione di quegli aspetti progettuali legati appunto alle risorse provenienti dalla nuova tassa.

E' qui che, presumibilmente, si creano le condizioni per ripensare altre modalità di finanziamento della *long term care*, visto che la stessa erogazione di una spesa corrente necessariamente crescente rende necessari processi annuali di aggiustamento delle risorse sicuramente non scontati.

2. La Fondazione "Opera Immacolata Concezione" di Padova

2.1 L'importanza dell'esperienza della Fondazione "Opera Immacolata Concezione"

L'attivazione di risposte assistenziali adeguate alla non autosufficienza richiederà un notevole sforzo di innovazione e mutamento negli aspetti organizzativi e finanziari, è però al contempo indispensabile un mutamento copernicano nella cultura relativa al ruolo degli anziani nella società, e al contenuto dei servizi di cui sono destinatari.

L'esperienza dell'*Opera Immacolata Concezione* (Oic) di Padova e dell'*Istituto nazionale per la longevità attiva e la non autosufficienza* (Implana) sono di estremo interesse perché rappresentano la materializzazione di nuovi e originali paradigmi relativamente proprio ai due aspetti sopra citati, vale a dire il ruolo degli anziani nella società e, soprattutto, le modalità operative con le quali è necessario rispondere alle esigenze della non autosufficienza.

Va, poi, precisato che esiste una connessione stretta tra il paradigma culturale relativo agli anziani, sia quelli autosufficienti che quelli non autosufficienti, l'organizzazione della rete di servizi e prestazioni e le esigenze di finanziamento che a questo sono connesse; ecco perché

l'esperienza padovana va attentamente studiata, perché un effetto imitazione che consenta di diffonderne la filosofia e la prassi operativa avrebbe riflessi importanti anche sulle esigenze di finanziamento e sulle concrete modalità di risposta a questo difficile problema.

2.2 Longevità attiva e investimento nelle potenzialità residue dei non autosufficienti: una nuova filosofia dell'anzianità e dell'assistenza

L'universo degli anziani è estremamente variegato e l'attivazione di soluzioni semplificatorie finirebbe per generare costi troppo elevati vista l'intensità delle dinamiche demografiche dell'invecchiamento attese per il prossimo futuro.

A questo proposito, ferma restando l'esigenza che, operativamente, si tenga conto della personalizzazione dei percorsi di vita che tra gli anziani risulta particolarmente intensa, appare fondamentale considerare almeno due grandi sub-universi:

- gli over 65 con buono stato di salute per i quali è necessario attivare servizi e prestazioni finalizzati al mantenimento dell'autonomia e della voglia di fare;
- gli anziani effettivamente deboli e fragili, in situazione di non autosufficienza stabile o temporanea, per i quali sviluppare una rete di servizi e prestazioni *ad hoc*.

Si tratta di due subuniversi, ovviamente, molto variegati al loro interno che, però, consentono di esprimere in modo sintetico e chiaro l'evoluzione sostanziale della terza e quarta età e dei connessi bisogni assistenziali.

Non esiste solo l'anziano fragile, incerto, marginale, ma piuttosto gli effetti combinati di stili di vita salutari, sviluppo della medicina, innalzamento del benessere generale della popolazione da un lato, e diffusione di patologie cronico degenerative dall'altro, hanno prodotto due archetipi antropologici piuttosto evidenti e, ormai, grandi protagonisti della vita sociale nonché dei media: appunto, l'anziano forte, benestante, in buona salute, attivo e il non autosufficiente, affetto da patologie croniche e, per questo, bisognoso di aiuto nelle attività del quotidiano.

Avvicinandosi, però, all'esperienza padovana dell'Oic un altro aspetto culturale e anche metodologico importante che va tenuto presente quando si parla di anziani e di non autosufficienza risiede nella delimitazione dell'ambito sanitario di intervento; infatti, attualmente esiste una tendenza culturale e operativa (visibile, ad esempio, nella morfologia dei servizi esistenti) che porta a collocare in ambito sanitario gran parte degli interventi relativi agli anziani.

Invece, è dentro la logica e la filosofia dell'Oic lo sviluppo di prestazioni e servizi non sanitari di accompagnamento e supporto agli anziani, visto che si parte dall'idea che l'invecchiamento non è una patologia e, quindi, il disagio ad esso associato non necessita ad ogni costo di risposte medico-infermieristiche.

Al centro della nuova filosofia di organizzazione dei servizi per gli anziani, dalla formazione al socioassistenziale dall'animazione culturale al supporto all'imprenditorialità ad altre nuove e originali forme, deve collocarsi la valorizzazione dell'autonomia della persona, della sua capacità e voglia di mettere in azione le risorse di cui dispone, in una prospettiva progettuale della propria vita.

E' dentro questa nuova visione dell'anzianità che si colloca anche un approccio del tutto nuovo alla non autosufficienza, in cui la persona anziana non autosufficiente esprime un bisogno di autonomia in funzione dell'insorgere di fattori fisici, sensoriali, intellettivi che, di fatto, limitano le sue capacità e potenzialità.

Infatti, il grado di autonomia di una persona, in particolare nell'anzianità, non ha necessariamente la forma di un bivio, un *in-out* secco; rimanda piuttosto ad un percorso che va dall'autonomia completa alla non autosufficienza totale, dove gli stadi intermedi sono molti (sovente reversibili ed eliminabili specie se provenienti dal post acuzie ospedaliero) e, soprattutto, tali da richiedere modalità di intervento e supporto *ad hoc*.

Inoltre, la non autosufficienza degli anziani è assimilabile a quella derivante da incidente, infortunio, patologie di nascita o malformazioni evolutive, ossia alla disabilità, e questa declinazione, duplice ma omogenea, rappresenta la nuova centralità nella domanda di servizi.

Quindi un approccio positivo alla situazione "non autosufficienza- disabilità" impone la generalizzazione delle funzioni con il superamento della logica dell'età come discriminante: l'approccio non è con un periodo dell'esistenza, ma con una condizione umana, appunto quella della non autosufficienza.

Ne consegue anche la centralità di un nuovo metro dell'efficienza dell'intervento sulla persona: la misura dello sviluppo delle potenzialità residue e l'ampiezza dei margini di autonomia recuperati.

E' chiaro che si è di fronte ad un modello interpretativo e di approccio rivoluzionario rispetto alle impostazioni precedenti; infatti, ancora oggi prevalgono approcci in cui la non autosufficienza viene affrontata con un supporto assistenziale di pura sostituzione delle facoltà del singolo o con un approccio sanitario di quasi accanimento terapeutico al recupero.

Peraltro, già nei primi stadi la non autosufficienza viene affrontata con approccio, di pura sostituzione delle facoltà del singolo, mentre sarebbe necessario un approccio pro attivo, mirato a individuare e valorizzare le potenzialità residue della persona perché, ad ogni stadio di autonomia effettiva, esiste una quota, da identificare e valorizzare, di risorse individuali che possono esprimersi se messe in condizioni di svilupparsi.

Ciò, però, richiede una progettazione fortemente individualizzata, una fase di valutazione partecipata che consenta di focalizzare cosa, come e in che modo, nell'essere e nel voler essere della persona, può operare come base di un percorso di nuova valorizzazione della propria soggettività.

2.3 Residenzialità e famiglia: nuovi criteri di valutazione della collocazione ottimale per i non autosufficienti

Come rilevato in precedenza, in una logica di intervento sulla non autosufficienza fondata sul concetto di supporto, soprattutto nei casi di persone anziane a bassa autonomia, è alto il rischio di appiattare la persona verso le dimensioni più regressive, quelle dove la dipendenza è via via maggiore sino a diventare totale.

Va, invece, considerato che la longevità attiva non è solo un modo di vivere la terza età di chi è perfettamente in salute, ma può avere una modulazione operativa concreta anche per stadi di autonomia ridotta, purché si effettui un investimento finalizzato a individuare e poi valorizzare le potenzialità residue della persona non è più completamente autosufficiente.

In questa ottica anche l'assistenza nelle famiglie, che pure in questi anni ha rappresentato una risposta decisiva al carico assistenziale crescente legata appunto agli stati di dipendenza con costi materiali e psicologici spesso molto alti per coloro che si sono impegnati, rischia di generare risultati paradossalmente non positivi, addirittura creando nuova e maggiore dipendenza nelle persone care più di quanto aiuti a risolverne.

E', invece, cruciale collocare le persone non autosufficienti in contesti stimolanti, laddove le potenzialità residue abbiano i presupposti per potersi manifestare.

Non è una forzatura sottolineare come troppo spesso la logica da "casa di riposo" tradizionale, fatta di pura sussistenza alla dipendenza, si sia pienamente trasferita all'interno delle famiglie, offrendo così un contesto residenziale e relazionale positivo, ma privo di quegli incentivi all'attività compatibile con l'effettivo stato di salute della persona.

Questo è un aspetto ancora poco considerato, poiché l'attenzione non poteva che concentrarsi sul decisivo contributo di prestazioni sociali prodotte dalle famiglie in risposta ai bisogni dei non autosufficienti; non può, infatti, essere sottovalutato nel modo più assoluto come i nuclei familiari abbiano internalizzato l'offerta di servizi e prestazioni svolgendo un ruolo di supplenza nei confronti di servizi territoriali praticamente assenti.

Eppure ora che dell'assistenza ai non autosufficienti si comincia a parlare in termini più operativi, di allocazione delle risorse rispetto alle scelte anche nei modelli assistenziali, allora dall'esperienza di Padova proviene lo stimolo a riflettere su questo aspetto che, ovviamente, finisce per incidere in modo decisivo anche sulla dimensione dei costi e degli investimenti da effettuare per adeguare la rete dei servizi.

A questo proposito, va considerato che dare assistenza ad un non autosufficiente è solo il primo, sia pure importante, passo per offrire un'opportunità di vita adeguata, che non deve mai essere deprivata di senso, di contenuto, ma deve avere uno o più obiettivi che la persona percepisca come propri, significanti, che vale la pena praticare.

In altre parole, non è possibile immaginare che la pluralità crescente di attività che ormai caratterizza la vita degli anziani sia appesa al filo della totale autosufficienza, perché altrimenti ben si capisce come la riduzione dello stato di autonomia finisca per fare agli italiani più paura della morte.

Operativamente, la progettazione degli interventi per i non autosufficienti non può diventare una deresponsabilizzazione comunitaria che, di fatto, trasferisce sulle spalle delle famiglie anche il contenuto dell'assistenza da erogare; e ciò non tanto perché le famiglie rischiano di essere travolte dal peso di un'attività complessa, difficile, prolungata nel tempo, ma perché le famiglie da sole non possono dare quella progettazione di investimento sulle potenzialità residue dell'anziano che è la vera risposta operativa.

Questo è un punto decisivo che la vicenda dell'Oic pone al centro del dibattito sulla non autosufficienza e che, invece, è attualmente molto sottovalutato: non basta individuare uno o più

soggetti che si prendono cura del non autosufficiente, garantendogli quei supporti nelle attività della vita quotidiana in cui non è più autonomo, occorre entrare nel merito del contenuto e della qualità delle prestazioni sociali erogate, ovunque, anche all'interno degli ambiti familiari.

Non basta l'amore verso i propri familiari assistiti per attivare una risposta assistenziale adeguata alle esigenze di una persona priva di autonomia, laddove l'obiettivo primario diventa quello di attivare un percorso di "lotta alla non autosufficienza" che significa tutelare le capacità residue, spingere costantemente per ampliarle, valorizzarle, renderle il perno di una vita degna, senza entrare però nel pericoloso vortice dell'accanimento che, spesso, non è puramente sanitario.

Quindi, se il pendolo della responsabilità primaria per l'assistenza sta andando dalle case di riposo e dagli istituti di lungodegenza alle famiglie, la questione è non semplicemente arricchire queste ultime di servizi territoriali che ne allevino il costo dell'assistenza (cosa che pure è rilevante), ma promuovere una cultura e una pratica della valorizzazione delle potenzialità attive del non autosufficiente che significa offrire le strutture adatte, la residenzialità con le dotazioni adeguate, con le professionalità e le competenze capaci di rimotivare la persona, di offrirgli gli strumenti per non cadere in via definitiva nella psicologia (oltre che nella pratica) della dipendenza totale, che significa passività.

E' un passaggio culturale con ricadute fondamentali sulle scelte e le progettualità in materia di assistenza alla non autosufficienza; non basterà un'assistenza come supporto, non si tratterà nemmeno di puntare più o meno sulle famiglie o sulla residenzialità; piuttosto sarà indispensabile creare ambiti adeguati alla nuova cultura della longevità attiva modulata per i vari gradi di non autosufficienza, tanto che la residenzialità non potrà assolutamente rimanere quella che ancora oggi è dominante in Italia, né tantomeno le famiglie potranno limitarsi ad offrire una assistenza che, come rilevato, in molti casi finisce per approfondire la mancanza di autonomia.

2.4 Le nuove tipologie di strutture residenziali

Il portato diretto di quanto emerge dall'esperienza dell'Oic di Padova e, più in particolare, dalla cultura di cui essa è espressione operativa, è la necessità prioritaria del superamento delle strutture e dei servizi per anziani come sono stati concepiti sinora.

In altre parole, il primo riflesso del nuovo approccio alla non autosufficienza è l'obsolescenza delle tradizionali "Case di riposo per anziani" fondate appunto su un'assistenza sostitutiva delle capacità ormai logore della persona e, quindi, nei fatti su una progressiva creazione di dipendenza.

Diventa essenziale lo sviluppo di una nuova forma di residenzialità per non autosufficienti, marcata intimamente dalla necessità di massimizzare e ottimizzare le capacità di integrazione sociale, di costruire e praticare la relazionalità umana e professionale della persona.

Nelle nuove forme di residenzialità, quindi, si punta sulla valorizzazione delle potenzialità residue a partire dalla convinzione che l'integrazione è legata all'autonomia della persona, intesa come bene da conseguire anche mediante una rete di prestazioni che contribuiscono a rendere la vita valevole di essere vissuta, al di là delle condizioni di status e di salute.

Le strutture devono, inoltre, essere in grado collegare le situazioni dell'intero arco temporale della vicenda umana in tutte le manifestazioni, da quelle biologiche a quelle intellettuali, lavorative, contemplative, religiose, di svago, di studio, etc.

Quindi, è necessaria la presenza di servizi e di stimoli affinché ciascuno sia sempre se stesso, liberando al meglio il proprio potenziale, diventando così la risorsa prima di un ambiente che lo valorizza e perciò risulta attraente.

Perché ciò sia possibile, le residenze devono attivare un'ampia gamma di prestazioni, concepite e realizzate secondo schemi articolati ma sinergici, erogate in strutture differenziate ma raccordate organicamente; l'obiettivo è quello di consentire la personalizzazione delle modalità di fruizione dentro, però, un approccio relazionale completo, globale.

Il traguardo consiste nel ricostruire l'identità soggettiva del non autosufficiente nel nuovo contesto in cui si trova dopo aver lasciato il proprio ambiente, la propria casa: la residenza, quindi, non può essere un posto dove vegetare, ma una realtà dove vivere, con nuovi stimoli e nuove aspirazioni.

E' a partire da questa nuova concezione dell'assistenza ai non autosufficienti che sono state avviate importanti esperienze di Centri residenziali ad elevato contenuto sanitario dove però la novità più importante risiede proprio nel potenziamento del contenuto sociale, di relazionalità e tecnologico, appunto verso l'obiettivo dell'investimento nelle potenzialità residue.

E' chiaro che questi centri residenziali devono avere una conformazione spaziale, organizzativa, di dotazione infrastrutturale e tecnologica nonché di attività erogate tali da rendere praticabile l'obiettivo stesso.

In particolare, essi dispongono di:

- attività formative per il proprio personale per affiancare alla dimensione sanitaria, quelle della capacità relazionale e di gestione e utilizzo delle tecnologie;
- centri di educazione alla promozione delle potenzialità residue;
- centri di ospitalità per persone non autosufficienti con reparti specializzati per le vari tipologie;
- centri di ospitalità per lungodegenze irreversibili (*hospice* per malati terminali, reparti per persone in coma , etc.)
- centri di accoglienza per lungodegenze reversibili con il recupero di condizioni di autosufficienza;
- abitazioni con appartamenti per persone anziane autosufficienti, alla ricerca di condizioni di vita improntate alle opportunità di socializzazione, con la possibilità di ricorrere a presidi e supporti medico infermieristici in casi di emergenza;
- strutture di animazione e di pratica religiosa;
- strutture di collegamento intergenerazionale (asili nido, centri infanzia);
- centri di ricerche per prodotti/servizi atti a migliorare la qualità della vita degli ospiti.

In pratica, questa offerta di residenzialità pone al centro un approccio sistemico innovativo

alla non autosufficienza dove conta la progettazione globale dei luoghi, degli ambienti e delle attività.

2.5. La storia e le attività della Fondazione

Un punto importante da sottolineare è che per gli aspetti operativi legati alle risposte residenziali alla non autosufficienza non si è ad uno stadio progettuale, di pura elaborazione, ma esistono numerose esperienze che hanno materializzato i nuovi approcci.

Ad esempio, il Civitas vitae dell'Oic ha una storia di mezzo secolo e può essere considerato come una applicazione operativa della longevità attiva e del trattamento della non autosufficienza secondo la logica della valorizzazione delle potenzialità residue.

E', infatti, un'esperienza di eccellenza, dal basso, profondamente radicata nel contesto locale e, al contempo, capace di sviluppare una vera e propria cultura e metodologia di approccio trasferibile e generalizzabile.

Relativamente ai concreti filoni operativi già attivati nella struttura è possibile richiamare:

- la riabilitazione post acuzie ospedaliere;
- la formazione e il monitoraggio di attività assistenziali rese al domicilio di persone non autosufficienti;
- il centro diurno volto all'informazione, formazione, supporto e sostegno a nuclei familiari che al loro interno sono colpiti dalla presenza di persone non autosufficienti;
- la cura integrale di persone non autosufficienti;
- l'accompagnamento, anche alloggiativo, di persone anziane con percorsi di longevità sana ed attiva per un loro efficace reinserimento organico nel tessuto civile;
- la promozione di attività di comunità e di solidarietà anche nei confronti degli altri anziani;
- lo stimolo alla dimensione culturale e spirituale delle persone della Terza Età;
- l'implementazione del versante relazionale e tecnologico degli operatori;
- la promozione di attività intellettuali e creative delle persone anziane;
- campus di soggiorno e cicli residenziali per aggiornamenti tecnologici, professionali ecc. a persone disabili per infortuni sul lavoro.

Proprio il percorso e l'innovazione che lo sta caratterizzando rende l'Oic una istituzione di fatto; non per la sua natura giuridica quindi, ma per la funzione di utilità pubblica che svolge e che ne rende l'esperienza di valore nazionale, ben oltre gli steccati della specificità territoriale in cui è radicata.

Questa logica altamente innovativa permea anche altre residenze per non autosufficienti che appartengono alla rete dell'Oic.

2.6. Sperimentare la libertà di scelta: l'ipotesi di polizze assicurative per le nuove Residenze

Un altro aspetto importante che viene sottolineato nell'esperienza dell'Oic è la libertà di scelta della persona, la possibilità di decidere dove vivere qualora insorgesse lo stato di non autosufficienza.

Attualmente, è noto che la residenzialità disponibile non sarebbe assolutamente sufficiente a rispondere alla domanda eventuale dei non autosufficienti; però, anche ammesso che vi fossero posti sufficienti, il loro contenuto e le caratteristiche dell'assistenza erogata le renderebbero assolutamente poco attraenti, non "competitive" rispetto alla permanenza nei contesti familiari.

Eppure, come rilevato, la residenzialità può giocare un ruolo centrale dentro la nuova logica della valorizzazione delle potenzialità residue; la creazione di spazi già pensati per stimolare la persona alla ri/conquista della propria autonomia può incidere in modo determinante proprio sul grado effettivo di diffusione dei fenomeni di non autosufficienza.

Immaginare che una persona che perde una parte della propria capacità di assolvere alcune funzioni della vita quotidiana entri in un percorso senza ritorno, di progressiva perdita, magari in tempi relativamente rapidi, del complesso della propria autonomia, vuol dire creare una curva dei costi e della domanda di assistenza pericolosamente orientata verso l'alto; e, d'altro canto, appare fatalistico e rinunciatario immaginare che il *gap* tra speranza di vita libera da disabilità e speranza di vita *tout court* possa essere affidato solo ed esclusivamente al progresso delle medicine e della tecnologia sanitaria.

L'esperienza di Padova mostra come l'attivazione di strategie aggressive di risposta alla non autosufficienza, che si appellano alle risorse disponibili della persona, alla sua voglia di preservare e valorizzare la propria soggettività, possono dare risultati importanti, che impattano sull'andamento di lungo periodo dei costi associati alla persona stessa.

In altre parole, appare evidente la necessità di un investimento iniziale consistente nell'adeguare strutture e attività delle residenze alla filosofia della valorizzazione delle potenzialità residue per poi ottenere risultati positivi non solo sulla qualità della vita delle persone, ma anche sui costi e sulla domanda di assistenza nel lungo periodo.

E' chiaro che una volta creata una rete di residenze capaci di stimolare le persone, quindi luoghi dove vivere, compatibilmente con il proprio stato di salute effettivo, non alienanti o addirittura causa, più o meno, sommersa di deterioramento psichico o fisico, allora è importante offrire in primo luogo alla persona non autosufficiente direttamente coinvolta dall'evento ed, eventualmente anche alla famiglia di riferimento, la possibilità di scegliere come e dove affrontare la patologia e le sue conseguenze.

In altre parole, si può immaginare una residenzialità "attraente", competitiva, capace di stimolare scelte di collocazione al suo interno non solo come portato finale dell'assenza di alternative, ma perché composta da luoghi ove affrontare in modo deciso, professionale, con azioni di grande impatto la non autosufficienza.

E' questa la base a partire dalla quale potrebbero giocare un ruolo molto importante strumenti capaci di offrire ai cittadini la possibilità di scegliere dove e come vivere l'eventuale

insorgenza dello stato di non autosufficienza.

E' chiaro che l'esperienza padovana, le sue conseguenze culturali e operative, sono molto interessanti rispetto al ruolo possibile dei prodotti assicurativi, poiché proprio le Compagnie di Assicurazioni su questo terreno possono praticare importanti interventi innovativi a cominciare dalla possibilità di offrire ai propri clienti la possibilità di scegliere il posto in cui andare a vivere se e quando diventassero non autosufficienti, trovando nella residenzialità prescelta tutte le condizioni (fisiche, ambientali, sociali, sanitarie, assistenziali, relazionali, tecnologiche etc. etc.) per vivere quella fase della propria vita nel rispetto della propria soggettività.

A questa centralità della persona e della sua possibilità di scegliere ben si attaglia una ipotesi di polizza assicurativa a copertura reale dei rischi della non autosufficienza nell'anzianità, che offra una ospitalità completa in residenze sanitarie assistite convenzionate sul modello del *Civitas Vitae*.

Al momento dell'insorgenza della condizione di non autosufficienza l'assicurato potrebbe trovare collocazione nelle strutture residenziali, ed il corrispettivo dei costi di ospitalità verrebbe pagato dalla Compagnia di Assicurazione direttamente alla residenza sanitaria.

Per lo sviluppo della nuova residenzialità e per offrire alla persona priva di autonomia una condizione di dignità liberandolo dal laccio stretto rappresentato dal dilemma tra un servizio pubblico dove l'assistenza, almeno allo stato attuale, ha un carattere troppo seriale (situazione presumibilmente destinata a peggiorare di fronte al nodo scorio della scarsità delle risorse e dell'incremento della domanda) e un costoso e algido servizio privato ove è sempre forte il rischio di un prevalere di logiche di produzione del profitto piuttosto che di centralità della persona e dei suoi bisogni, appare importante delineare un ruolo attivo, anche delle Assicurazioni.

Nella riflessione avviata dai protagonisti dell'esperienza padovana, però, il ruolo assicurativo è pensato in stretta connessione con l'affermarsi di alcuni dei fattori in precedenza citati, vale a dire:

- la difficoltà per lo Stato di farsi carico dell'assistenza per tutti coloro che ne avranno bisogno;
- la fragilità strutturale delle famiglie che non potranno continuare ad essere quel fulcro assistenziale che sono state negli ultimi anni;
- la diffusione di desiderio di scelta per ogni aspetto della propria esistenza, anche nei casi estremi.

Viene, inoltre, sottolineato come ci siano dati, peraltro molto simili nei diversi Paesi europei, secondo cui lo stato di non autosufficienza vissuto in residenza assistita dura mediamente 3 anni, e tende a ridursi per la disponibilità crescente di sussidi tecnologici che consentono una più lunga permanenza nella propria abitazione. Quindi, sotto il profilo assicurativo, il rischio può essere calcolato.

D'altro canto, sempre nella riflessione dei principali protagonisti dell'esperienza padovana, viene sottolineato come le polizze *long term care* che si limitano alla pura erogazione di soldi nel caso dell'insorgenza dello stato di non autosufficienza nei fatti, in Italia, non hanno avuto

un riscontro di mercato adeguato, presumibilmente perché non sono state in grado di dare certezza agli assicurati di potere contare su condizioni di vita dignitosa di fronte all'evento, anche perché la gestione dei soldi finirebbe per essere nelle mani di un terzo.

Invece, dall'esperienza padovana matura una proposta di schema innovativo nel quale le persone che raggiungono un'età compresa tra un minimo di quaranta ed un massimo di cinquanta anni dovrebbero avere la facoltà di scegliere dove essere accolte se e quando diventassero non autosufficienti, maturando così la certezza di vedere garantita la propria dignità di persona. È chiaro che nel nuovo modello è cruciale la possibilità per l'assicurato di scegliere a priori dove vivere in caso di perdita di autonomia.

Quindi, la sottoscrizione della polizza avviene nella consapevolezza che così facendo si può costruire una vecchiaia dignitosa, serena ed attiva, grazie al pagamento di un premio annuo che serve a coprire tutti i costi (da quelli alberghieri a quelli sanitari) dell'ospitalità per il periodo della non autosufficienza trascorsa nella residenza convenzionata, a partire dal momento in cui venisse accertato lo status di non autosufficiente.

E' chiaro che sarebbe essenziale definire un elenco di servizi potenzialmente da includere nella polizza, che vanno dal posto letto in stanza singola climatizzata con servizi al vitto, ai servizi di supporto, all'assistenza infermieristica per 24 ore, alle prestazioni di rilievo sanitario come medicazioni, prelievi, iniezioni, etc., ai servizi di animazione, all'assistenza sociale, allo psicologo, nonché alle attività di cura estetica della persona ed altri aspetti ancora.

Una definizione dettagliata dei servizi utili sarebbe ovviamente facilitata dall'esperienza già maturata dall'Oic e dalle altre strutture residenziali che ne hanno applicato la filosofia e l'operatività; sarebbe inoltre possibile una quantificazione dei costi, che costituisce un fattore decisivo per rendere praticabile la strada delle polizze per la non autosufficienza.

Questo è un aspetto che nel caso padovano è essenziale: le strutture devono trovare modelli gestionali e di controllo dei costi che valorizzino al massimo competenze e professionalità, ma non lascino spazio a sprechi, duplicazioni, a quelle dinamiche crescenti dei costi che, invece, sono un aspetto costitutivo del mondo dei servizi, in particolare di quelli alla persona.

Affinché il reddito generato dai premi cumulati con le polizze possa finanziare strutture di qualità con quell'ampiezza di prestazioni e servizi, descritta in precedenza, l'esperienza padovana mostra che è centrale la capacità gestionale, organizzativa, di utilizzo oculato di tutte le risorse a cominciare da quella principe dei servizi alla persona, appunto il personale.

Poco si capirebbe della vicenda dell'Oic se non si sottolineasse questo aspetto poco visibile, ma assolutamente decisivo: il modello di nuova residenzialità non è indifferente alla razionale e oculata gestione delle risorse, e proprio perché vuole diventare un modello trasferibile e replicabile esso si pone in termini innovativi anche rispetto al rapporto con i costi e con l'economicità dei servizi.

Entrando ancora di più nelle caratteristiche dello schema innovativo di prodotto assicurativo, il tipo di polizza immaginato dovrebbe prevedere che, qualora non fossero disponibili posti letto in residenze convenzionate o la patologia richiedesse un ricovero, la possibile erogazione di una rendita di denaro.

Peraltro, appare trasparente l'esigenza di un nuovo meccanismo di accreditamento delle strutture e di loro accesso alle convenzioni con il pubblico; in particolare, dovrebbe essere applicato in modo diffuso il criterio della nuova risposta alla non autosufficienza, essenziale per rendere "attraente" la sottoscrizione delle polizze da parte di persone che non sono ancora anziane e non vivono nell'immediato nemmeno la percezione dei rischi della non autosufficienza.

Questo è un passaggio cruciale: l'attrattività delle polizze è legata non solo alle loro caratteristiche come prodotto (costo, durata ecc.) ma all'affermarsi della convinzione sociale che esistono risposte adeguate alla non autosufficienza, per le quali vale la pena investire e, anzi, che si tratta di una scelta importante da fare per poi potere affrontare serenamente la vecchiaia e i suoi rischi.

La penetrazione delle polizze, in pratica, dipende dalla capacità di creare e fare conoscere una nuova residenzialità dove diventa uso sociale diffuso quello di "prenotarsi" per quando se ne avrà bisogno.

Peraltro, è possibile ipotizzare una linea di convenzionamento tra Assicurazioni e residenze per posti letto diversi da quelli accreditati dalla Regione; ciò potrebbe avere anche ricadute economiche importanti in termini di contenimento dei costi in sanità e nel comparto socioassistenziale.

Infatti, l'assicurato impegnando un posto nelle corsie convenzionate con le Compagnie di Assicurazione, si garantirebbe servizi al di fuori delle corsie regionali, di fatto "rinunciando" alla relativa quota.

Ciò potrebbe determinare un "risparmio" di spesa pubblica importante, rendendo evidente l'interesse evidente l'interesse della Pubblica Amministrazione a facilitare la diffusione di tali polizze, magari con il ricorso ad incentivi fiscali.

Operativamente è possibile immaginare che la compagnia assicurativa definisca periodicamente, magari con scadenza triennale, una convenzione con la Residenza di riferimento, individuando il costo/prezzo dei servizi prestati e, a partire da tale base, determinare il premio della polizza.

2.7 Le potenzialità future del nuovo schema assicurativo

Secondo i dati di un'indagine informale realizzata in Veneto tra persone con età compresa tra 45 e 55 anni, parenti di ospiti di Residenze assistite, oltre il 33% sarebbe disponibile a pagare 200 euro al mese per avere la copertura di servizi reali per la non autosufficienza scegliendo la sede ove eventualmente risiedere.

Non appare una forzatura immaginare che proprio tra le persone che stanno vivendo direttamente, per tramite dei propri familiari, l'esperienza difficile dell'assistenza alla non autosufficienza sia più forte la propensione a sottoscrivere polizze di questo tipo, dove sarebbe visibile "il prodotto finale" dei versamenti, vale a dire cosa si otterrebbe al momento del bisogno di assistenza.

Nello schema descritto una parte di questi posti letto dovrebbe essere convenzionata con le Compagnie di Assicurazione; è, però, indispensabile che i posti letto convenzionati e legati alle polizze abbiano le caratteristiche, in termini di superficie coperta e scoperta e di attività disponibili, compatibili con gli *standard* dei nuovi modelli assistenziali descritti e, quindi, diventa essenziale un investimento d'avvio, altrimenti le polizze non assumeranno mai quella capacità attrattiva che, invece, si è visto è cruciale.

Naturalmente, nello schema descritto le residenze devono garantire la gestione del complesso di attività di cui ha necessità la persona non autosufficiente, mettendo a disposizione degli assicurati i relativi posti letto.

Però, è chiaro che la commercializzazione di queste polizze non può che accompagnarsi ad una fase di creazione di nuove residenze che abbiano tutti i requisiti per esercitare in modo adeguato i nuovi modelli assistenziali e di tutela e, per questi, non è sicuramente sufficiente la semplice ridefinizione delle attuali case di riposo o degli istituti di lungodegenza.

3. Il Progetto Anziani della Fondazione del Monte di Bologna

3.1 Introduzione

Obiettivo essenziale del Progetto Anziani della Fondazione Del Monte di Bologna è quello di modularne un'offerta di assistenza a persone non autosufficienti mettendo insieme le competenze professionali degli operatori e la relazionalità "calda" nonché la voglia di fare dei familiari malati.

È questa interazione virtuosa tra motivazioni e capacità operative diverse il primo aspetto rilevante di questa esperienza che ha permesso di dare, appunto, supporto a non autosufficienti ed alle loro famiglie; si tratta, senza dubbio, di una esperienza di grande rilievo, che va ben oltre il territorio cittadino.

È interessante comprendere come funziona il progetto, quali sono le modalità di accesso, cosa viene offerto, come concretamente funziona la cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti e come è stato possibile garantire l'assistenza con costi contenuti.

In primo luogo, l'accesso nel sistema dipende da soggetti terzi rispetto alla Fondazione, che possono essere pubblici, come medico di medicina generale, Unità di valutazione geriatria dei Comuni, delle Asl e delle Aziende Ospedaliere, o privati, che però hanno un ruolo consolidato nel comparto, come la Caritas.

I *provider* e la Fondazione, hanno fissato criteri di selezione condivisi. Vincolo essenziale per l'accesso è, oltre ovviamente al conclamato stato di non autosufficienza, la disponibilità attiva di un familiare a dare assistenza (tab. 8).

Il secondo passaggio cruciale è rappresentato dalla definizione del pacchetto di prestazioni di cui la persona dovrebbe beneficiare; nel corso dell'esperienza è stata effettuata una standardizzazione delle prestazioni con l'individuazione di undici pacchetti, che rappresentano un'importante e approfondita differenziazione delle prestazioni stesse.

Tab. 8 - Care givers (grado di parentela)

	Figlio/a	Coniuge	Altro congiunto	Totale
Uomo	32	81	15	128
Donna	57	99	30	186
Totale	89	180	45	314

Fonte: Fondazione del Monte Bo-Ra

Ciascun pacchetto prevede ore di lavoro erogate da assistenti di base, che garantiscono la gran parte delle prestazioni più qualificate, nonché l'attività di operatrici di assistenza generiche, che può arrivare sino a 24 ore al giorno: può anche essere prevista la possibilità di frequentare centri di socializzazione, dove si svolgono attività gestite da assistenti di base, volontari e familiari anche con la consulenza di personale sanitario.

Una volta definite le prestazioni, la Fondazione offre alla famiglia un contratto di assistenza domiciliare che formalizza il pacchetto di prestazioni concordato, l'impegno (in ore giornaliere) di assistenza diretta all'anziano da parte della famiglia stessa e la quota di compartecipazione della famiglia al costo del pacchetto in funzione del reddito del nucleo familiare.

La Fondazione ha definito cinque fasce di reddito, cui corrispondono percentuali di compartecipazione (a partire da un minimo del 5%) crescenti in funzione del reddito e diversificate tra i vari pacchetti.

Chi ha un reddito superiore al tetto stabilito per la quinta fascia può ugualmente partecipare al programma, ma sostenendo interamente il costo del pacchetto concordato.

La famiglia "compra" quindi da una delle imprese accreditate dalla Fondazione i servizi definiti nel pacchetto, utilizzando un *voucher*, o buono. Complessivamente, quindi, la Fondazione offre un ventaglio di 66 possibili *vouchers* (11 pacchetti per 6 fasce di reddito), che rappresenta una notevole articolazione di soluzioni capaci di aderire alle situazioni assistenziali e di reddito.

3.2 Gli strumenti dell'empowerment della domanda

Stipulato il contratto, la Fondazione apre a nome dell'anziano un conto corrente bancario, il Conto di Solidarietà, che viene alimentato dai contributi della Fondazione e della famiglia per i rispettivi importi come definiti nel contratto.

Dal conto si possono effettuare prelievi solo nella forma di "buoni" mensili con cui la famiglia paga, per i servizi compresi nel pacchetto, l'impresa da essa stessa scelta. La famiglia può utilizzare l'intero monte ore dal pacchetto o solo una parte e deve pagare l'impresa per le ore effettivamente utilizzate al prezzo concordato. Il prezzo non può essere superiore a quello stampato sul "controbuono" con il quale l'impresa è autorizzata a fornire il servizio.

Il valore del buono mensile è comunque inferiore alla somma che la famiglia ha a disposizione sul proprio Conto di Solidarietà: la differenza dà luogo a ulteriori buoni, cosiddetti ordinari, che possono essere utilizzati per acquistare ore di servizio supplementari, da spendere, nel fine settimana; a questo stesso scopo possono essere utilizzate le ore eventualmente non utilizzate nel buono mensile; inoltre, se la famiglia non utilizza interamente la somma stanziata sul Conto di Solidarietà, può chiedere un rimborso pari alla sua quota parte (la quota parte della Fondazione rientra naturalmente sul conto di quest'ultima).

È stato, inoltre, istituito uno sportello presso la Fondazione, dove le famiglie e i *provider* possono segnalare gli abusi; sono state anche previste specifiche sanzioni per le imprese che non rispettano i criteri di qualità, con l'eventuale esclusione dal mercato organizzato dalla Fondazione.

Uno degli obiettivi dell'esperienza risiede nella promozione della creazione di nuove imprese che capaci di sfruttare le economie di scala, differenziare e migliorare l'offerta, realizzare il coordinamento tra singoli operatori e promuovere l'efficienza complessiva nell'erogazione del servizio, offrendo migliori condizioni ai lavoratori stessi.

Dal punto di vista delle famiglie, la scelta di puntare sulla fornitura del servizio da parte di strutture organizzate piuttosto che singoli lavoratori comporta un significativo vantaggio dal punto di vista della qualità del servizio.

Rispetto agli adempimenti, l'impresa garantisce la continuità e si fa carico degli impegni burocratico-amministrativi, la Fondazione sceglie le imprese accreditate sulla base di requisiti tra i quali spiccano: l'impiego di lavoratori con contratti regolari, la formazione e la qualificazione professionale e l'adeguata copertura assicurativa per infortuni o danni ai dipendenti collaboratori, terzi.

L'accreditamento, però, non implica che l'impresa possa presentarsi direttamente al consumatore: per poter erogare il servizio l'impresa deve essere in possesso di uno stock di controbuoni emessi dalla Fondazione, cosa che dà all'impresa il diritto a poter essere scelta dalle famiglie e a essere pagata per il servizio fornito; al tempo stesso, il controbuono è per l'impresa un'obbligazione a fornire il servizio a richiesta della famiglia e al prezzo massimo indicato sul controbuono stesso. Infatti, solo esibendo il controbuono insieme al buono con cui la famiglia ha comprato il servizio (a un prezzo che, come si è detto, può essere inferiore a quello scritto sul controbuono), l'impresa ottiene il controvalore monetario della cifra scritta sul buono.

È evidente che si tratta di servizi ad elevatissima intensità di lavoro che includono un'assistenza per molte ore quotidiane (in due dei pacchetti predisposti dalla Fondazione l'assistenza si estende all'intero arco delle 24 ore) e con orari diversificati. Le imprese che operano nel mercato organizzato dal Progetto Anziani, in gran parte cooperative sociali, utilizzano il rapporto di lavoro dipendente per i casi in cui si richiedono non più di 4 o 5 ore al giorno di assistenza, mentre ricorrono negli altri casi al lavoro a progetto in modo da evitare la turnazione e garantire un'adeguata estensione del servizio.

La Fondazione ha predisposto a tal fine delle linee guida per la stipulazione dei contratti di lavoro la cui applicazione è obbligatoria per le imprese accreditate.

3.3 Le regole di quasi mercato

Il meccanismo attivato dalla Fondazione fa leva sulla concorrenza “nel” mercato.

Vi è, poi, un secondo meccanismo concorrenziale utilizzato dalla Fondazione: i controbuoni vengono ripartiti in lotti e assegnati alle imprese attraverso un sistema di gare; ogni lotto consta di un certo numero di controbuoni attinenti a un particolare insieme di prestazioni e vince la gara per un lotto l'impresa che offre il prezzo più basso.

Va considerato che la quantità di controbuoni contenuta nel singolo lotto è sufficientemente contenuta da consentire la partecipazione anche a imprese di modesta dimensione e al tempo stesso sufficientemente ampie da sollecitare una adeguata strutturazione organizzativa delle imprese partecipanti.

Va detto che il sistema è andato a regime gradualmente: perché nella fase di avvio del progetto la Fondazione si è limitata a fornire alle imprese accreditate determinati ammontare di controbuoni sulla base della presumibile capacità di ognuna di esse di servire il mercato; solo successivamente, è stato attivato il meccanismo delle gare.

Il prezzo d'asta è uguale al valore del pacchetto definito con la famiglia, cosicché il prezzo di aggiudicazione del controbuono sarà sicuramente inferiore e il numero dei controbuoni aggiudicati risulterà maggiore del numero dei buoni in mano alle famiglie. Grazie a questa procedura, le famiglie possono scegliere il proprio fornitore, e il servizio è il prodotto di un processo competitivo tra le imprese.

Il prezzo, dunque, non viene stabilito dal regolatore (la Fondazione) a tavolino sulla base delle informazioni a sua disposizione, ma emerge dalla competizione tra le imprese, che conoscono i propri costi effettivi, in sede di gara.

Una volta che i lotti sono stati aggiudicati e i prezzi massimi che ogni impresa può praticare stabiliti, la concorrenza “nel” mercato è chiamata a offrire alle famiglie la possibilità sia di scegliere il proprio fornitore sia di spuntare eventualmente un prezzo più basso di quello emerso dalla gara e scritto sul controbuono. Ecco perché il prezzo emerso dalla gara costituisce un valore massimo per l'impresa.

Nella gara successiva il prezzo base viene stabilito sulla base delle informazioni ottenute nella gara precedente e viene stabilito come prezzo base d'asta il prezzo medio di aggiudicazione dei lotti precedenti maggiorato di una percentuale. Il risultato è una graduale convergenza dei prezzi di aggiudicazione ai veri costi medi dell'impresa.

È previsto anche un mercato secondario dei controbuoni: un'impresa che abbia richieste eccedenti i controbuoni a sua disposizione può comprare da altre imprese i controbuoni mancanti.

3.4 Verso una qualità più alta

Tre sono i fulcri del progetto:

- le procedure di accreditamento;
- la specificazione delle prestazioni previste nei pacchetti di cui vengono messi a gara i controbuoni;
- la concorrenza tra *provider* “nel” mercato, che consente alle famiglie di rivolgersi a un altro fornitore se insoddisfatte di quello che gli eroga il servizio.

Naturalmente, è importante anche la possibilità assicurata alle famiglie di rivolgersi alla Fondazione e alle persone da questa incaricate per segnalare disfunzioni e carenze di qualità dei servizi, ed è prevista, su richiesta della famiglia, la figura del *tutor*, un volontario che la aiuta a gestire i rapporti con l’impresa e che interagisce con quest’ultima per risolvere eventuali problemi.

La regolazione della qualità avviene dunque in tre stadi: nel primo, quello dell’accreditamento, la Fondazione si garantisce che le imprese curino la formazione e qualificazione dei lavoratori; nel secondo, quello della gara, quest’ultima viene aggiudicata al massimo ribasso ma nel rispetto obbligatorio degli standard di qualità del servizio stabiliti nei pacchetti rappresentati nei controbuoni; nel terzo stadio, sono le famiglie stesse, poste di fronte a una pluralità di offerte in concorrenza “nel” mercato, a selezionare l’impresa che giudicano offrire il servizio per loro più adeguato. Le gare sono costruite in modo da prevedere necessariamente vincitori plurimi per ogni tipo di servizio.

Il fatto, poi, che le imprese sanno di essere sottoposte in un secondo momento a una valutazione comparativa da parte delle famiglie fa sì che già in sede di gara le imprese siano portate a ribassare i prezzi solo nella misura in cui ciò corrisponda a effettive economie aziendali, ma non a detrimento della qualità.

Allo scopo di verificare l’andamento e l’impatto del progetto, la Fondazione ha istituito il CURA (*Centro Unificato Ricerca Anziani*), con il compito di condurre uno studio longitudinale su una popolazione di assistiti nel “Progetto Anziani” e, parallelamente, su di una popolazione di anziani che usufruisce di altre forme di assistenza.

Nello studio sono analizzati indicatori di efficacia dell’assistenza nelle due situazioni menzionate ed i risultati sin qui registrati (*in primis* quelli riferiti alla mortalità) sono estremamente confortanti per il Progetto della Fondazione.

Come ulteriore meccanismo di controllo e verifica, in particolare riguardo all’appropriatezza dell’intervento assistenziale, sono previste visite geriatriche semestrali.

3.5 I rapporti con altri soggetti

Il progetto è al centro di un fitto intreccio di relazioni tra una pluralità di soggetti. Infatti nel progetto le strutture del Ssn svolgono una funzione importante di segnalazione dei casi e di selezione dell’accesso, partecipano alla realizzazione del programma e assicurano le necessarie prestazioni sanitarie.

Il Comune, tramite i suoi assistenti sociali, segnala i casi e opera come punto di riferimento per le famiglie coinvolte nel programma.

Sono previsti anche periodi di soggiorno presso strutture residenziali pubbliche e private al fine di assicurare ai familiari fasi di sospensione della loro attività di assistenza.

In generale, il Progetto si caratterizza per la trasparenza dei criteri di accesso e l'affidabilità delle procedure attivate con la delega a soggetti pubblici e del privato-sociale e, soprattutto, per il coinvolgimento della famiglia nella definizione del pacchetto di prestazioni in un quadro incentivante comportamenti economicamente rigorosi.

Il pacchetto viene concordato tra un professionista, incaricato dai soggetti terzi che hanno ricevuto per questo la delega della fondazione, e la famiglia che, come rilevato, è chiamata a compartecipare alla spesa e anche a fornire direttamente al congiunto alcune ore di assistenza.

Il contratto nei fatti è come uno strumento di rivelazione delle preferenze effettive della famiglia. D'altra parte, la differenziazione di prezzo in funzione del reddito consente di includere nella fruizione dei servizi anche famiglie in condizioni economiche disagiate.

Anche la disponibilità di 11 pacchetti di servizi e l'articolazione delle percentuali di compartecipazione alla spesa in 6 fasce di reddito contribuisce all'allargamento della platea di soggetti beneficiari dei servizi.

Il ricorso ai *vouchers* permette alla Fondazione di orientare effettivamente, al contrario di quel che accadrebbe con un generico trasferimento di denaro alla famiglia, la domanda verso i servizi per la non autosufficienza.

Inoltre, l'attribuzione alla famiglia di un Conto di Solidarietà che gli mette a disposizione, sotto forma di *vouchers*, un potere d'acquisto che può utilizzare per comprare servizi entro il tetto massimo stabilito dal pacchetto, costituisce un esempio di "carta di credito sociale", che è indubbiamente uno strumento di potenziamento della libertà di scelta del consumatore.

Inoltre, l'utilizzo dei *vouchers* garantisce che le famiglie si rivolgano, per l'acquisto dei servizi, alle imprese accreditate dalla Fondazione, col risultato sia di sostenere lo sviluppo di soggetti di offerta che sfruttano le economie di scala, sia di indurre la regolarizzazione dei rapporti di lavoro.

Infine, costituisce un rafforzamento della domanda la presenza di una pluralità di imprese in concorrenza tra loro e la possibilità per la famiglia di cambiare, anche solo dopo un mese, l'impresa che fornisce i servizi.

Come rilevato, possono partecipare al progetto come *provider* solo imprese e non lavoratori singoli; e ciò spinge nei fatti verso una strutturazione dei soggetti di offerta su dimensioni più adeguate a sfruttare le economie di scala consentite dall'organizzazione di impresa e, quindi, verso un guadagno di efficienza produttiva.

Al tempo stesso, la scelta è opportunamente temperata dall'assenza, tra i criteri di accreditamento, di indicatori di dimensione aziendale.

La scelta di puntare sulla fornitura del servizio da parte di imprese è indispensabile anche per ottenere importanti miglioramenti della qualità del servizio dal punto di vista delle famiglie, in quanto solo l'impresa, assumendosi la responsabilità del servizio, può garantire la continuità delle prestazioni attraverso l'organizzazione per turni e la sostituzione di lavoratori in malattia o in ferie, e l'alleggerimento dell'anziano da tutti gli impegni di natura burocratico-amministrativa, come la messa in regola del lavoratore, la stesura del contratto di lavoro, l'ottemperanza degli obblighi contributivi.

Non va poi sottovalutato l'impatto positivo per la qualità del servizio, oltre che per la tutela dei lavoratori coinvolti, il posto assegnato nei criteri di accreditamento alla regolarità dei rapporti di lavoro e alla formazione del personale.

Come anche decisivo, per attivare forme organizzative adeguate alla peculiarità dei bisogni da soddisfare nel settore della non autosufficienza, risulta il ricorso da parte delle imprese, sulla base degli schemi di contratto predisposti dalla Fondazione, a un *mix* di rapporti di lavoro subordinato per le situazioni in cui non si richiede una presenza per più di 8 ore giornaliere dell'operatrice di assistenza e di rapporti di lavoro a progetto per le situazioni che richiedono una presenza più prolungata.

Ciò determina conseguenze positive per i lavoratori in termini di maggiori tutele e di possibilità di formazione e qualificazione professionale.

In pratica, la logica del progetto prevede che una volta aggiudicatasi in gara un lotto di controbuoni una impresa non si colloca comunque in una posizione di monopolista nei confronti delle famiglie residenti in una certa area territoriale, perché deve comunque guadagnarsi i "clienti" in concorrenza con le altre imprese che, sempre tramite gara, si sono aggiudicate lotti di controbuoni.

Il Progetto Anziani ha, dunque, scelto di aggiudicare la gara per ognuno dei lotti al massimo ribasso. Ma è a questo proposito che il sistema di doppia concorrenza attivato dal Progetto Anziani presenta una caratteristica di grande interesse. Infatti, non solo il bando di gara predefinisce in modo vincolante per l'impresa la tipologia di pacchetti di servizi che compone il lotto, cosa che significa la definizione degli standard di qualità sulla cui base le imprese sono chiamate a presentare le proprie offerte di prezzo, ma le famiglie scelgono le imprese che sono, quindi, incentivate a offrire qualità superiore a quella predefinita nei controbuoni: sia garantendo una buona qualità del servizio domiciliare, sia offrendo servizi aggiuntivi nel rispetto del prezzo massimo fissato nel controbuono.

Un altro aspetto da sottolineare che costituisce una economia esterna del progetto è che il valore massimo stabilito dalle gare organizzate dalla Fondazione può costituire un punto di riferimento anche per il mercato esterno a quello del Progetto.

La questione forse più delicata, che resta da mettere a punto nella sperimentazione del meccanismo indicato sta probabilmente nell'intervallo temporale tra un *round* di gare e il successivo; infatti, un intervallo troppo breve potrebbe scoraggiare le imprese, che hanno bisogno, per strutturarsi adeguatamente e investire in formazione e organizzazione, di una prospettiva sufficientemente affidabile di operatività sul mercato; un intervallo troppo lungo potrebbe allentare la tensione competitiva. È chiaro che l'equilibrio più opportuno tra queste due esigenze potrà risultare solo dalla sperimentazione del meccanismo attivato.

3.6 I principali risultati economici

La sperimentazione del progetto ha sicuramente dato risultati positivi. Dal 2001 al 6 aprile 2004 il numero di casi seguiti è stato complessivamente di quasi 700 anziani, mentre quelli seguiti a quella data erano 268.

È una platea di ampiezza non indifferente per un progetto organizzato da un soggetto locale diverso dalla Pubblica Amministrazione, tanto più se si pensa che gli interventi di assistenza domiciliare attivati dal Comune di Bologna coinvolgono circa 2.000 famiglie.

In secondo luogo, l'ammontare di prestazioni erogate appare molto più consistente di quanto fin qui realizzato dagli interventi tradizionali di offerta pubblica: le ore di servizio erogate giornalmente in media per assistito nell'ambito del Progetto Anziani sono state 6,7 e mensilmente 147,8.

Peraltro il dato può essere considerato sottostimato perché sono state escluse dal computo della media le famiglie che usufruiscono di uno dei due pacchetti con assistenza estesa sulle 24 ore giornaliere (circa il 36% del totale); tenendo conto anche di questa tipologia di pacchetti, le ore di servizio erogate giornalmente in media aumentano.

Un altro dato di confronto con le *performance* degli interventi di offerta pubblica segnala che l'assistenza domiciliare attivata dal Progetto Anziani si colloca su uno standard di prestazioni nettamente superiore. È sufficiente ricordare che nell'esperienza del Comune di Bologna le ore di assistenza assicurate in media per anziano non autosufficiente non raggiunge i 60 minuti al giorno.

Anche la qualità delle prestazioni percepita dalle famiglie appare più che soddisfacente visto che oltre il 90% delle famiglie che utilizzano il Progetto si dichiara molto o abbastanza soddisfatta del servizio offerto e del pacchetto di prestazioni concordato; inoltre, quasi l'80% si dichiara molto o abbastanza soddisfatto della fascia di contribuzione in cui è stato collocato.

A fronte di questo rilevante ammontare di prestazioni e della loro buona qualità, il Progetto presenta costi unitari contenuti: 1.260 euro mensili in media per assistito, di cui 309 a carico della famiglia e 951 a carico della Fondazione (comprensivi del 30% di integrazione del prezzo a favore dell'impresa), un costo orario dell'assistenza di 8,5 euro (anche questo comprensivo dell'integrazione del 30%), contro i 18 euro circa per ora erogata ottenuti nell'intervento realizzato dal Comune di Bologna.

Il contenimento dei costi dipende dalla struttura di mercato costruita: concorrenza tra le 18 imprese accreditate e crescita della loro dimensione.

Un ulteriore aspetto positivo del "Progetto Anziani" è rappresentato dalla incidenza minima delle spese amministrative, che non superano, il 5% a fronte di tassi di incidenza che nel settore pubblico nettamente superiori.

In sintesi, i dati ora richiamati segnalano che:

- le famiglie optano per un ammontare di assistenza superiore a quello di cui dispongono nell'ambito dell'offerta pubblica; inoltre, migliora anche la capacità di scegliere le prestazioni più appropriate senza scaricare esigenze sulla sanità;
- la spesa media per assistito risulta inferiore alla metà della spesa media per un anziano ricoverato in una struttura residenziale. È chiaro che il contenimento dei costi, in un mercato regolato dei servizi per la non autosufficienza, sarebbe in grado di estendere in misura considerevole la platea dei beneficiari e la quantità di prestazioni erogate;
- questo risultato è reso possibile dalla riduzione dei prezzi conseguente alla riduzione dei costi dovuta alla strutturazione dei soggetti erogatori dei servizi in vere e proprie imprese, in grado di sfruttare le economie di scala e di differenziazione, e al sistema di regolazione proconcorrenziale del mercato;
- la regolarizzazione dei rapporti di lavoro imposta nel Progetto Anziani mostra come sia possibile costruire un mercato del lavoro per questo tipo di servizi con maggiori tutele per i lavoratori e una più alta formazione senza perdere in adattabilità alle esigenze peculiari degli anziani non autosufficienti.

Tuttavia, malgrado i citati risultati positivi, il progetto è stato bloccato, soprattutto perché era previsto il ricorso ad una qualifica ("supercolf") che i sindacati consideravano inadeguata, rispetto a quella corretta di assistente.

Va comunque sottolineato che il progetto, nella sua breve stagione di esistenza, ha rappresentato una esperienza altamente innovativa.

4. Le iniziative sulla non autosufficienza della Regione Liguria

4.1. Aspetti sociodemografici, epidemiologici e di organizzazione dei servizi sociosanitari

4.1.1 Aspetti sociodemografici

Le dinamiche di popolazione in Liguria sono caratterizzate da un fortissimo invecchiamento, rappresentato dall'indice di vecchiaia, che mostra valori quasi doppi rispetto alla media italiana: infatti, se il paese presenta 134 anziani ogni cento giovani (valore di per sé già molto elevato), in Liguria gli anziani sono 242. In breve, la Liguria è la regione più vecchia del paese, l'Italia, più vecchio del mondo.

L'analisi dei dati per sesso e fasce d'età riferita agli ultimi quattro censimenti (tab. 9), evidenzia tra il 1971 e il 2001 la diminuzione della fecondità e l'aumento della vita media, la prevalenza della popolazione femminile, soprattutto nelle classi di età anziana e senile, e registra questo fenomeno in modo pressochè uniforme nelle quattro province liguri. Al momento la presenza di immigrati non sposta in modo significativo queste dinamiche: infatti il relativo incremento demografico è compensato dall'aumento della vita media che interessa tanto i nativi quanto gli immigrati.

I bassissimi livelli di fecondità, la struttura per età estremamente invecchiata e deformata rispetto alla “norma”, sono le caratteristiche che individuano una situazione di malessere demografico. La Liguria vive in maniera evidente questa condizione di malessere, che si auto-alimenta: bassa fecondità ed elevato invecchiamento continuano a produrre pochissime nascite e molte morti.

Questi fenomeni, oltre a incidere in maniera profonda sulla crescita e sulla struttura della popolazione, modificano profondamente aspetti e comportamenti degli individui nei confronti della famiglia, incidendo così sulla sua stessa struttura.

Tab. 9 - Popolazione residente fasce d'età al 1-1-2005 (v.a.)

	minori 0-17	adulti 18-64	anziani 65_69	anziani 70_74	anziani 75_79	anziani >= 80	anziani tot	popolaz. tot
Provincia Imperia	29.746	129.751	15.295	14.228	11.609	14.962	56.094	215.591
Provincia Savona	36.146	170.125	20.810	18.697	15.582	20.260	75.349	281.620
Provincia Genova	115.376	529.313	61.969	56.848	49.776	66.041	234.634	879.323
Provincia La Spezia	28.098	131.296	14.102	13.136	12.162	16.981	56.381	215.775
Regione Liguria	209.366	960.485	112.176	102.909	89.129	118.244	422.458	1.592.309

Fonte: elaborazione su dati Istat

L'alta proporzione di persone sole (fig. 1), cioè di famiglie unipersonali, è fra le maggiori conseguenze di queste dinamiche e costituisce una realtà in crescita. Attualmente le persone sole di sesso maschile hanno, in leggera prevalenza, un'età compresa tra i 35 e i 45 anni (cioè single e benestanti), mentre quelle di sesso femminile si osservano per lo più nelle età più avanzate, 75-84 anni (quindi nella maggior parte donne rimaste vedove, che generalmente fruiscono di redditi relativamente bassi).

La comparazione di alcuni indicatori (tab. 10) riassume lo specifico ligure rispetto alla situazione nazionale, evidenziando un indice di vecchiaia quasi doppio di quello nazionale, una spesa di protezione sociale ed una spesa sanitaria significativamente superiori alla media nazionale (rispettivamente + 4,9% e + 1,3%) e indicatori che registrano condizioni economiche superiori alla media del paese.

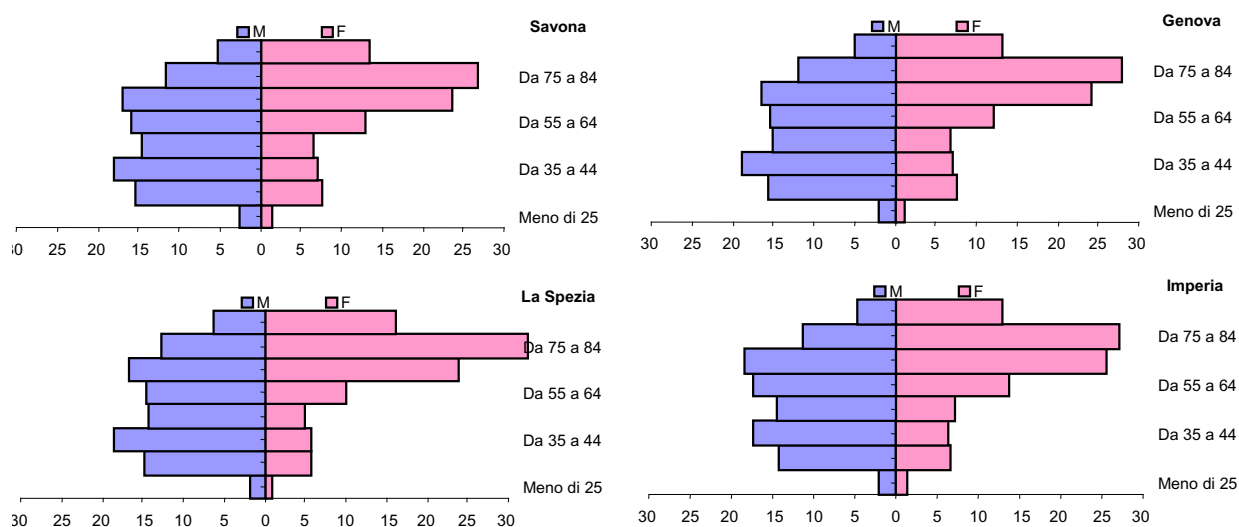
La rete dei servizi

La legge regionale 12/2006 “Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari” ha profondamente mutato l'assetto della rete dei servizi sociosanitari e sociali, facendo confluire Zone Sociali e Distretti Sanitari, per costituire il Distretto Sociosanitario quale dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e sociosanitarie (fig. 2).

La rete è ripartita come segue:

- 5 Aziende Sanitarie;
- 19 Distretti Sociosanitari;
- 69 Ambiti Territoriali Sociali vale a dire associazioni intercomunali per la gestione dei servizi sociali di base, ricompresi nel territorio del Distretto Sociosanitario.

Fig. 1 - Persone sole per sesso e classe d'età nelle province liguri (val. % su ogni sesso)



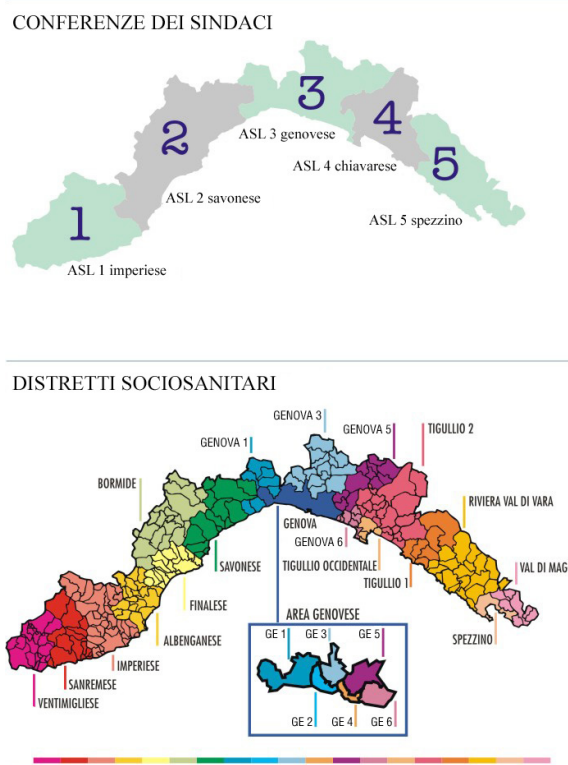
Fonte: Censimento 2001

Tab. 10 - Comparazione Liguria/Italia

	LIGURIA	ITALIA
Famiglie	765.752	23.310.604
N.ro medio componenti famiglia minori (0-17)	2,1	2,5
>= 65 anni su cento residenti	13	17,1
>= 75 anni su cento residenti	26,3	19,2
Indice di invecchiamento	13,00	8,8
PIL pro-capite	242,00	134,40
Spesa protezione sociale su PIL Regionale	19.898	18.138
Spesa sanitaria su PIL Regionale	26,5	21,6
Indice di povertà Regionale	8,00	6,7
	7,7	13,2

Fonte: Istat

Fig. 2 – Rete dei servizi socio-sanitari e sociali



Fonte: Regione Liguria, 2006

4.1.2 Stima del fabbisogno assistenziale per la non autosufficienza

La forte incidenza della popolazione anziana costituisce il presupposto del bisogno assistenziale legato alla non autosufficienza.

Il fabbisogno assistenziale è stato stimato in base ai criteri dello studio epidemiologico di E. Buiatti, F. Ferrucci e altri del 2001⁶, applicati alla popolazione ligure over 65 al 31-01-2005 (tab. 11).

Il raffronto della proiezione con la situazione attuale dei servizi indica che, mediamente il sistema regionale risponde al 60% della domanda, in larga misura attraverso le forme tradizionali (ADI, RP, RSA e Centri Diurni).

Data la dimensione e la complessità del fenomeno della non autosufficienza, è ragionevole pensare, anche in base ai risultati delle esperienze descritte in seguito, che, oltre all'insufficienza della risposta assistenziale, vi sia anche un problema di appropriatezza della risposta, e quindi dell'uso delle risorse.

In altri termini, non pare sufficiente potenziare i servizi esistenti, ma occorre introdurre nuovi modelli di offerta, capaci di modulare e diversificare l'intervento in relazione alle specificità della domanda.

⁶ *Dall'epidemiologia alle decisioni: un modello di studio per la programmazione dei servizi per gli anziani.* Eva Buiatti ... [e altri]. In: *Tendenze nuove*. N. 4 (novembre-dicembre 2001). Bologna, Il Mulino, 2001.

4.1.3 Esperienze regionali afferenti alla non autosufficienza

Considerando i dati demografici ed epidemiologici e la complessità del fenomeno della non autosufficienza, la Regione ha da tempo individuato la centralità del sostegno a domicilio, che tutela, oltre all'assistenza, anche il mantenimento delle abitudini di vita e delle relazioni, fattori cruciali per il benessere della persona anziana. In proposito sono state sperimentate due misure: l'*Assegno Servizi* e i *Servizi di prossimità*.

Tab. 11- Stima del fabbisogno assistenziale della popolazione ultrasessantacinquenne

	popolazione ≥65	almeno 3 IADL perdute 10,2%	1 ADL perduta 6,9%	2 ADL perdute 1%	Almeno 3 ADL perdute 1,9%	Totale per ASL
		AD, residenze a bassa intensità assistenziale	AD, ADI, Centri diurni, residenze a bassa e media intensità assistenziale	ADI, centri diurni, residenze a media intensità assistenziale	ADI, Residenze per non autosufficienti	
ASL 1	56.094	5.72	3.870	561	1066	11.219
Distretto 1	13.936	1.421	962	139	265	2.787
Distretto 2	23.370	2.384	1.613	234	444	4.674
Distretto 3	18.788	1.916	1.296	188	357	3.758
ASL 2	75.349	7.686	5.199	753	1.432	15.070
Distretto 1	14.718	1.501	1.016	147	280	2.944
Distretto 2	14.993	1.529	1.035	150	285	2.999
Distretto 3	10.907	1.113	753	109	207	2.181
Distretto 4	34.731	3.543	2.396	347	660	6.946
ASL 3	194.017	19.790	13.387	1.940	3.686	38.803
Distretto 1	25.867	2.638	1.785	259	491	5.173
Distretto 2	34.143	3.483	2.356	341	649	6.829
Distretto 3	28.315	2.888	1.954	283	538	5.663
Distretto 4	39.968	4.077	2.758	400	759	7.994
Distretto 5	39.902	4.070	2.753	399	758	7.980
Distretto 6	25.822	2.634	1.782	258	491	5.164
ASL 4	40.617	4.143	2.803	406	772	8.123
Distretto 1	9.375	956	647	94	178	1.875
Distretto 2	19.367	1.975	1.336	194	368	3.873
Distretto 3	11.875	1.211	819	119	226	2.375
ASL 5	56.381	5.751	3.890	564	1.071	11.276
Distretto 1	30.143	2.075	2.080	301	573	6.029
Distretto 2	15.774	1.609	1.088	158	300	3.155
Distretto 3	10.464	1.067	722	105	199	2.093
TOTALI	422.458	43.091	29.150	4.225	8.027	84.492

Fonte: Regione Liguria, 2006

L'Assegno Servizi

L'Assegno Servizi è una specifica modalità di erogazione dei "titoli di acquisto dei servizi sociali" introdotti dalla L. 328/2000, e costituisce una forma di offerta di servizi a sostegno della famiglia, che si iscrive nel concetto di welfare leggero, per le esigenze di tutela a domicilio delle persone anziane "fragili", anche con alto grado di dipendenza. Sul piano dell'innovazione, l'Assegno Servizi si caratterizza per:

- una risposta unitaria, attraverso l'integrazione dei diversi interventi di carattere sociale, socio-sanitario e sanitario che consentono di evitare il ricovero;
- l'attivazione, attraverso il concorso alla spesa, delle risorse del nucleo familiare, che si affiancano alle risorse pubbliche in base al principio della sussidiarietà orizzontale, con l'obiettivo di favorire la sostenibilità della spesa;
- consentire la scelta tra forme diverse di erogazione delle prestazioni, attivando una partecipazione dinamica della persona e della famiglia alla soluzione dei problemi;
- favorire lo sviluppo di nuovi lavori che attuano politiche di inclusione sociale, anche contribuendo al superamento del lavoro irregolare e sommerso.

Dalla sperimentazione alla messa "a sistema"

La Regione ha avviato la sperimentazione dell'Assegno Servizi nella seconda metà del 2002 nei comuni di Imperia, Savona, Genova e La Spezia e nei distretti sociali di Loano e Lavagna. Nel 2003 la sperimentazione è stata estesa a 14 distretti sociali intercomunali montani o di vallata.

A partire dalla seconda metà del 2004 - l'Assegno Servizi è accessibile in tutto il territorio regionale. La fase di "messa a sistema" ha impegnato tutto il 2004, che ha visto un'implementazione graduale della misura in tutti i Comuni/Ambiti Sociali sociali della Regione.

Il 2005 costituisce pertanto il primo anno di piena e regolare disponibilità dell'Assegno nella rete dei servizi. Nel corso dell'anno sono stati erogati c.a 2500 Assegni.

Il soggetto di riferimento per la destinazione dei finanziamenti ed il coordinamento delle attività sono i Distretti Sociosanitari (già Zone Sociali).

Descrizione della misura

L'importo dell'assegno varia da 1.550 euro a 3.100 euro a 5.170 euro, in relazione al bisogno di assistenza dell'anziano, e viene erogato con compartecipazione alla spesa del 20% o del 35% o del 50% del valore dell'assegno. L'aliquota di compartecipazione è determinata in base alla valutazione Isee della situazione reddituale e patrimoniale del richiedente (tab. 12).

Per i redditi sino a 8.300 euro, nel caso in cui il cittadino non sia in grado di concorrere alla spesa, il Comune può farsi carico della sua quota di compartecipazione.

L'assegno può essere utilizzato per acquisire prestazioni di aiuto domestico (governo

della casa) o tutelare (ad es. igiene personale, cura alimentazione, cura semplice di decubiti, mobilizzazione). Per le persone che necessitano anche di cure sanitarie, nel piano assistenziale vengono inseriti gli interventi degli operatori sanitari (specialisti, infermieri, fisioterapisti, ecc.); queste prestazioni sono completamente a carico delle Aziende Sanitarie.

Le prestazioni assistenziali possono essere fornite o da operatori delle cooperative sociali o da un assistente familiare (badante) assunto dalla famiglia.

Nel primo caso l'assegno viene erogato sotto forma di buoni, ciascuno corrispondente ad un'ora di assistenza. Nel secondo caso, l'assegno viene erogato sotto forma di contributo a rendiconto, in base alla verifica periodica della regolarità del rapporto di lavoro.

Tab. 12 - Aspetti finanziari

FINANZIAMENTI REGIONALI	
1° SPERIMENTAZIONE - 2002 Comuni di Imperia, Savona, Genova, La Spezia, Distretti di Loano e Lavagna	5.138.725,34
ESTENSIONE SPERIMENTAZIONE – 2003 14 distretti intercomunali	1.443.500,00
Messa a sistema - 2004	4.000.000,00
2005	3.500.000,00
Totale	14.082.225,34
Erogazione media per utente (2004 - luglio 2006: n. 3346 domande)	
Valore assegni	14.963.620
Compartecipazione utenti	5.167.720
Differenza	9.795.901
Costo medio per utente	2.928

Fonte: Regione Liguria, 2006

I servizi di prossimità

Si ritiene di segnalare questa esperienza, anche se non è direttamente riconducibile alle misure economiche a sostegno della non autosufficienza, in quanto rappresenta un nuovo modello "soft" di intervento, rispondente a finalità di prevenzione e monitoraggio, che ha dimostrato di contenere significativamente il ricorso ai servizi sanitari.

Inoltre, pur essendo indirizzato prioritariamente ai soggetti "a rischio" individuati come descritto di seguito, possono accedere al servizio anche gli anziani che ne fanno richiesta, indipendentemente dalle condizioni di salute, ad una tariffa concordata tra la Regione ed il soggetto gestore.

Quest'opportunità coglie l'indicazione dei dati demografici sulla consistente presenza di anziani soli che, in questo modo, possono disporre di un supporto, anche solo per ragioni di sicurezza, attraverso un operatore certificato e coordinato alla rete dei servizi.

Descrizione della misura

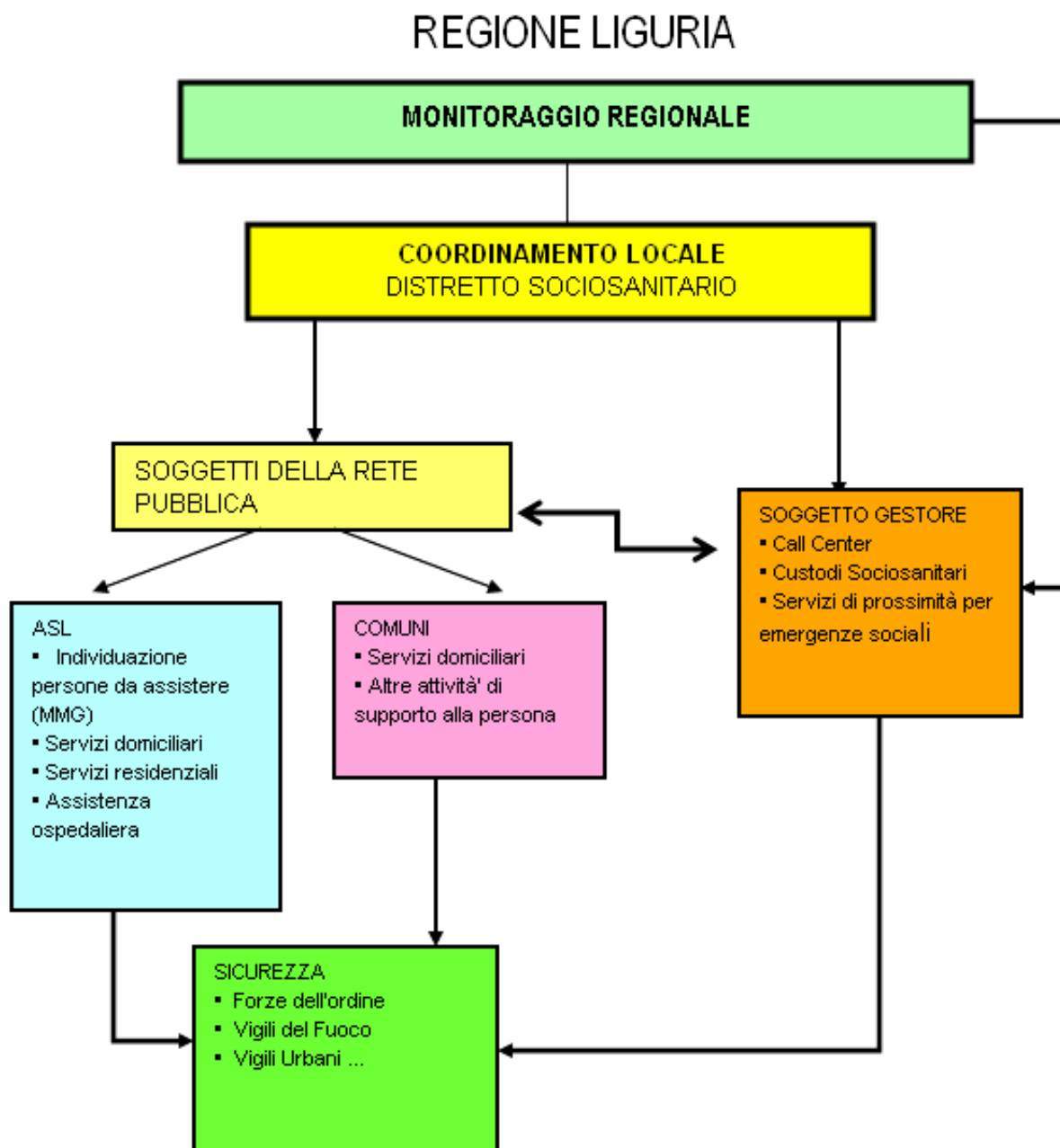
A partire dall'estate 2004 la Regione ha predisposto un *programma integrato* per contrastare le emergenze determinate da eventi climatici che possono pregiudicare le condizioni di salute e di sicurezza della popolazione anziana, che ha interessato l'intero territorio regionale.

Focus del programma è stata la sperimentazione nel Comune di Genova del progetto *Estate Anziani*, realizzato in collaborazione tra Regione, Ministero della Salute, Comune di Genova, ASL 3 genovese e Terzo Settore.

Nel 2006 il programma, sulla base dei significativi risultati della sperimentazione, è stato consolidato come sviluppo della rete dei servizi di prossimità, quale modello assistenziale a favore della non autosufficienza, stabilizzandosi in un servizio assistenziale "a bassa soglia" nei confronti delle persone, anziane o comunque in condizione di fragilità. Il servizio, coordinato a livello di Distretto Sociosanitario per l'intero ciclo annuale, estende a tutta la regione il modello assistenziale, che prevede (fig. 3):

- a) l'accesso ad un call center regionale (numero verde per la popolazione anziana) per informazioni, orientamento, aiuto e compagnia telefonica
- b) l'individuazione dei soggetti "a rischio", con il coinvolgimento dei medici di medicina generale
- c) il controllo giornaliero e il monitoraggio (per gli ultrasessantacinquenni a rischio) da parte dei custodi sociosanitari
- d) il collegamento operativo con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, compresa la possibilità di ricoveri temporanei in strutture diurne e residenziali
- e) la continuità assistenziale, nelle dimissioni ospedaliere protette
- f) il supporto di una rete informale da soggetti del terzo settore e della solidarietà sociale.
- g) l'accesso al servizio dei custodi sociosanitari da parte degli anziani che ne fanno richiesta, alla tariffa concordata di 85 euro al mese.

Fig. 3 - Modello assistenziale dei servizi di prossimità



Fonte: Regione Liguria, 2006

Primi risultati

Dal monitoraggio della sperimentazione 2005 sono emersi risultati significativi sull'efficacia di questa modalità di intervento, risultati che hanno persuaso la Regione dell'opportunità di "mettere a sistema" il servizio, orientando la rete sociosanitaria ad intercettare le situazioni di rischio e di bisogno prima che questi siano conclamati.

Durante l'estate 2005 gli anziani segnalati dai MMG ed inseriti nel "Programma Anziani 2005" sono stati circa 600. Dal confronto tra gli indici di ricovero e di mortalità degli anziani seguiti dai custodi sociosanitari e della popolazione anziana genovese, risulta quanto segue:

- percentuale di decessi sul totale della popolazione ultra 75enne 1,42%
- percentuale di decessi sul totale del campione seguito 0,74%

La percentuale di decessi rilevati nel campione risulta nettamente più bassa rispetto alla popolazione generale. In termini percentuali si rileva una riduzione pari al 47.9%. Essendo il numero di eventi nel campione molto basso non si possono trarre conclusioni generalizzate, ma il trend è senz'altro positivo.

- percentuale di ricoveri sul totale della popolazione ultra 75enne 6,64%
- percentuale di ricoveri sul totale del campione seguito 3,88%

Un dato di maggiore solidità statistica riguarda il numero dei ricoveri ospedalieri registrati nel campione seguito dai custodi sociosanitari, che risulta, rispetto al tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana over 75 di Genova, ridotto del 41,5%. In questo caso si può affermare con ragionevole sicurezza che l'intervento preventivo di monitoraggio eseguito dai custodi ha avuto pesanti favorevoli ripercussioni sul ricorso al ricovero ospedaliero.

Dati finanziari

Spese sostenute per lo sviluppo dei servizi di prossimità (custodi e call center)

- CICLO 2004-2005 557.105,00
- CICLO 2005-2006 690.000,00
- CICLO 2006-2007 1.410.000,00

4.1.4 Costituzione del fondo regionale per la non autosufficienza

Il contesto ed il percorso per giungere alla costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) sono delineati principalmente da:

- 1) Quadro Strategico Regionale 2005
- 2) Legge regionale 24 maggio 2006 n.12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali

e sociosanitari”

- 3) Progetto finalizzato⁷ “Riorganizzazione della rete integrata per la non autosufficienza e sperimentazione dei livelli di assistenza sociosanitaria nelle ASL liguri”
- 4) Protocolli d’Intesa con le Amministrazioni locali e le Parti sociali.

1) Il Quadro Strategico Regionale Liguria

Il QSR, che recepisce gli obiettivi comunitari della *coesione*, della *crescita* e dell’*occupazione* derivati dalla strategia di Lisbona e della *sostenibilità dello sviluppo*, pone particolare attenzione alle fasce più fragili della popolazione (anziani e disabili), attraverso i sottoindicati “punti di forza”:

- strutture insediative e qualità della vita
- rafforzamento della qualità del sistema urbano
- sviluppo e crescita delle comunità locali
- governance tra Enti.

La dimensione territoriale assume nel QSR un ruolo centrale anche nelle piattaforme tematiche da sviluppare:

- piattaforma delle infrastrutture e del territorio
- piattaforma dei diritti di cittadinanza e dell’inclusione sociale
- piattaforma delle città e dei sistemi urbani.

Le ridotte dimensioni territoriali della regione, unite alle peculiarità della struttura di popolazione, facilitano per la Liguria il ruolo di “regione laboratorio” per nuove politiche di welfare coniugate con lo sviluppo locale, la crescita delle capacità delle persone e la promozione della loro autonomia, indirizzandosi verso un welfare delle responsabilità, dove il cittadino è chiamato ad un impegno prioritario nell’adottare stili di vita che facilitano la prevenzione e il benessere. Tutto questo deve senz’altro essere accompagnato anche da un miglior accesso ai servizi, dall’incremento della domiciliarità e residenzialità sociosanitaria e da un consolidamento della rete di supporto alla qualità urbana e rurale.

2) La L.R. 12-2006 “Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari

Con la nuova legge si pongono le basi per la reale integrazione dei servizi sociali e sanitari, condizione indispensabile per un approccio unitario alla non autosufficienza.

L’istituzione del *Distretto Sociosanitario* (dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni sociosanitarie e che garantisce al cittadino la risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari di tipo non ospedaliero) con i suoi strumenti operativi (lo *Sportello integrato sociosanitario* per l’accesso unificato alle prestazioni e la presa in carico, le *Unità di Valutazione Multidisciplinari* per la valutazione dei bisogni sociosanitari, il *Piano Individualizzato di Assistenza*, il *case manager*) fornisce il contesto strutturale in cui sviluppare politiche coerenti, in grado di mettere in sinergia le diverse tipologie di intervento e di risorse

⁷ Trattasi dei Progetti finalizzati collegati al Piano Sanitario Nazionale 2005.

rispetto alle specificità dei bisogni assistenziali.

La l.r. 12/2006 disciplina inoltre gli interventi a favore della non autosufficienza, a partire dalla valutazione e dalle prestazioni correlate, ed istituisce il *Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*, quale componente del Fondo Regionale per le Politiche Sociosanitarie.

3) Progetto finalizzato “Riorganizzazione della rete integrata per la non autosufficienza e sperimentazione dei livelli di assistenza sociosanitaria nelle ASL liguri”

Il progetto, realizzato con i finanziamenti 2005 del PSN, indicato più semplicemente come *Programma Anziani 2006-2007*, rappresenta l'occasione e lo strumento per ripensare e ridisegnare il welfare per la Terza Età e la non autosufficienza tra riorganizzazione e innovazione.

Il progetto individua i seguenti obiettivi:

- 1) sperimentare in quattro ASL un modello assistenziale che possa anticipare le linee di Piano Sanitario e Sociosanitario regionale, con un progetto organico a favore della terza età e della non autosufficienza, come previsto anche dalla l.r. 12/2006 ed in relazione alla costituzione del Fondo regionale per la Non Autosufficienza;
- 2) attivare in un'Azienda Sanitaria, d'intesa con le Amministrazioni locali e con le organizzazioni sociali, un sistema di azioni preventive atte a modificare gli stili di vita, per mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza;
- 3) organizzare un registro regionale per la non autosufficienza e la disabilità, provvedendo alla formazione dei Membri delle Commissioni di accertamento attraverso la metodologia ICF;
- 4) favorire la governance tra Enti (ASL, Comuni e Organismi del Terzo Settore), unitamente alla sussidiarietà orizzontale.

Le Aziende Sanitarie hanno predisposto i progetti esecutivi ed avviato le attività per l'attuazione del programma, che si articola nella sperimentazione nelle ASL di *5 modelli assistenziali* relativi a:

- Prevenzione e miglioramento degli stili di vita ASL 4 Chiavarese
 - Continuità assistenziale ASL 3 Genovese
 - Diversi livelli di assistenza domiciliare integrata (ADI) ASL 1 Imperiese
 - Livelli di residenzialità e riabilitazione ASL 2 Savonese
 - Tipologie e performance organizzative dell'assistenza diurna ASL 5 Spezzina
- Risultati attesi

Si prevede di poter predisporre, attraverso la metodologia “Bottom-up”, modelli organizzativi e performance che possono orientare la pianificazione sanitaria del triennio 2006/2008, nonché a valutare:

- l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate, anche per riconvertire la spesa ospedaliera a favore di interventi più idonei per gli anziani e le fragilità in generale
- modelli ottimali per l'accesso ai servizi e per garantire l'informazione, l'appropriatezza e la continuità della cura, la qualità e gli outcomes, in ordine allo stato di salute delle persone
- le competenze e l'assunzione di responsabilità da parte delle famiglie e dei cittadini come "risorse" *attivabili e non sostituibili*
- un nuovo ruolo del MMG come "case manager" e orientatore di domanda e offerta all'interno della rete di servizi per la non autosufficienza
- le competenze professionali all'interno della rete dei servizi.

4) Protocolli d'Intesa

Dalla progettualità alla costituzione del FRNA sono intercorsi confronti con le Organizzazioni Sindacali Confederali e dei Pensionati, che hanno portato alla sottoscrizione il 3 agosto 2006 di un *Protocollo d'intesa*, i cui contenuti sono pienamente recepiti nel provvedimento regionale di disciplina del FRNA.

Con la rappresentanza dei Comuni è stato sottoscritto in data 5 ottobre 2006 un *Protocollo d'intesa* che, oltre a confermare gli orientamenti regionali, specifica il rapporto tra le misure del FRNA e i servizi in atto, nei termini seguenti:

- il FRNA non è sostitutivo degli altri investimenti e dei servizi già avviati dai Comuni a favore degli anziani e dei disabili;
- le misure che derivano dal FNA intervengono in maniera coerente, complementare e integrata con gli attuali interventi sociali e sociosanitari gestiti dai Comuni e dalle ASL, integrando gli aiuti in un unico piano assistenziale individuale, onde evitare all'utente la frammentazione dei percorsi assistenziali.

4.1.5 Caratteristiche del Fondo regionale per la non autosufficienza

Il FRNA costituisce il contenitore e lo strumento per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti, superando la dispersione derivante dalla compartimentazione dei settori di intervento e dei canali di finanziamento.

L'obiettivo è la ricomposizione delle risorse nella risposta unitaria ai bisogni specifici della persona.

Il Fondo finanzia prioritariamente l'assistenza territoriale domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento (LEA), gli interventi sociali e il sostegno alle cure familiari.

Con la DGR 20 ottobre 2006 n. 1106 la Giunta regionale ha approvato gli "Indirizzi per il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza".

Data la dimensione e la complessità della non autosufficienza in Liguria e la necessità di implementare gradualmente la rete dei servizi, il provvedimento individua a partire dal novembre 2006, gli impegni e le scadenze per un primo semestre di utilizzo del FRNA, considerato periodo sperimentale.

Gli elementi di maggior rilievo del provvedimento riprendono ed esplicitano i contenuti della l.r. 12/2006 e delle Intese con le OO.SS. ed i Comuni.

Definizione di non autosufficienza

Preliminarmente, in relazione alla l.r. 12/2006 e alle acquisizioni in materia da parte della letteratura internazionale e nazionale, la non autosufficienza è definita nei termini di *“disabilità grave e permanente, che comporta l’incapacità della persona a svolgere le funzioni essenziali della vita quotidiana”*, quali:

- attività per la cura di sé (Activities of Daily Living - ADL), consistenti nel lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, essere continenti, alimentarsi, muoversi nella casa, ecc.;
- attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living - IADL), consistenti nel fare la spesa, usare il telefono, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci gestire il denaro, ecc.

4.1.6 Programma operativo a favore della non autosufficienza e disciplina dell’utilizzo del Frna

Misure per il potenziamento della rete dei servizi

- a) sostegno alla domiciliarità quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende Sanitarie ed i Comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne, che parte del 4,1% nel 2006 per giungere al 7% nel 2008;
- b) potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata, con un incremento che parte da una base di rapporto tra popolazione anziana e residenzialità del 2% nel 2006 per giungere al 3% nel 2008. Negli incrementi dovranno essere valorizzati i ricoveri semiresidenziali e residenziali a carattere temporaneo come misura di sollievo;
- c) interazione tra la rete servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l’istituzione di una misura economica per la non autosufficienza, che migliora l’indennità di accompagnamento di 350,00 euro mensili ed è riconosciuta in maniera permanente.

Misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non

autosufficienti

La nuova misura, indicata alla precedente lettera c), modulata in base alle risorse economiche della persona e collegata all'acquisizione di prestazioni assistenziali, si colloca sul piano della sussidiarietà orizzontale, nell'ambito di un concetto di welfare delle responsabilità, che vede il cittadino partecipe delle scelte, in base ai propri bisogni e alle proprie risorse.

L'esigibilità della misura collega il sostegno alla non autosufficienza con l'esercizio dei diritti di cittadinanza, non solo dal punto di vista della cura, ma anche della promozione dell'autonomia individuale.

Nell'ottica del welfare delle responsabilità, la misura economica prevede il concorso alla spesa collegato all'applicazione omogenea su tutto il territorio ligure, dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), che consente di stabilire un rapporto tra la contribuzione fiscale e l'acquisizione di servizi, integrando e valorizzando la spesa delle famiglie per il lavoro di cura a domicilio.

Per la graduazione della misura sono state individuate le seguenti aliquote:

- valore Isee fino 10.000 euro: nessun abbattimento della misura
- valore Isee da 10.001 a 20.000 euro: abbattimento del 20% “ “
- valore Isee da 20.001 a 30.000 euro: abbattimento del 30% “ “
- valore Isee da 30.001 a 40.000 euro: abbattimento del 40% “ “

Assetto organizzativo e procedure per rendere operativa la fruizione del FRNA

Le attività a sostegno della non autosufficienza sono gestite dal Distretto Sociosanitario, che assicura, con modalità uniformi sul territorio regionale, l'accertamento e la valutazione della non autosufficienza attraverso:

- a) lo Sportello Integrato Sociosanitario, come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza;
- b) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per la valutazione della non autosufficienza *per gli anziani*, composta da medico specialista della materia, medico di medicina generale, assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare, (infermiere e fisioterapista se richiesti). L'UVM effettua la valutazione attraverso la scheda multidimensionale (AGED PLUS), che comprende l'esame dei parametri di autonomia, la comorbilità e i disturbi comportamentali;
- c) l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per i *portatori di handicap*, che si avvale delle schede di valutazione di handicap grave effettuate dalle Commissioni ex Lege 104/92;
- d) il Registro della Non Autosufficienza, nel quale vanno a confluire le valutazioni delle UVM.
- e) La richiesta di accertamento della non autosufficienza viene presentata dalla famiglia o da chi ne fa le veci allo Sportello, corredata della scheda regionale di segnalazione del Medico di Medicina Generale, della documentazione di accertamento dell'invalidità al 100% o di handicap grave e della certificazione ISEE.

- f) Il Distretto Sociosanitario accerta il grado di non autosufficienza entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, procedendo quindi alla compilazione di graduatorie separate per anziani e disabili, che sono aggiornate mensilmente.
- g) Accedono alle graduatorie le persone ultrasessantacinquenni con almeno 3 ADL perdute, presenza di comorbidità e disturbi comportamentali ed i portatori di handicap (minori e adulti) che presentano una valutazione della minorazione “grave-progressiva” o “grave-stabilizzata”, capacità individuale “marcatamente ridotta” e difficoltà “totale” nell’autonomia personale. Per anziani e portatori di handicap, alle disabilità rilevate va aggiunta l’esigenza di almeno di 5 ore di assistenza nelle 24 ore.
- h) Unitamente alla valutazione di non autosufficienza, viene redatto dall’UVM il Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali da erogare e le verifiche da effettuare.
- i) Il PIA è affidato al responsabile del caso, che interagisce con la persona assistita, la famiglia e la rete assistenziale per assicurare le risorse necessarie alla realizzazione del Piano e procede alle verifiche, indicate nel PIA stesso, sull’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie individuate e sull’utilizzo, coerente con l’esperienza dell’Assegno Servizi, della misura economica eventualmente assegnata.
- j) La misura per la non autosufficienza viene assegnata al richiedente con la sottoscrizione di un “patto assistenziale” con la famiglia o chi ha in carico l’anziano o il disabile, in cui risulta che il destinatario viene assistito a domicilio e che non accede contemporaneamente a forme di residenzialità permanenti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, con l’eccezione di ricoveri temporanei di sollievo e dei ricoveri ospedalieri.

L’assegno di 350,00 euro mensili, rimodulato con l’ISEE, viene erogato mensilmente, con controlli semestrali. L’erogatore è tenuto a procedere con il massimo di semplificazione delle procedure, ai fini di garantire il sostegno economico in tempi brevi e con cadenza regolare.

Alle persone in attesa dell’indennità di accompagnamento può essere erogato l’intero importo mensile di 800,00 euro. Con la concessione dell’indennità e delle somme arretrate, il Distretto provvederà al recupero delle somme già erogate a titolo di anticipazione, in ragione della decorrenza della stessa.

4.1.7 Monitoraggio e valutazione del Programma per la non autosufficienza

Gli interventi a sostegno della non autosufficienza sono monitorati dal Settore Politiche sociali e sociosanitarie, avvalendosi di un Gruppo di lavoro costituito da operatori esperti della rete sociosanitaria.

Ogni Distretto Sociosanitario dovrà provvedere al debito informativo, attraverso appositi flussi sulle misure del Programma.

L’avvio sperimentale del programma prevede entro sei mesi, la valutazione congiunta dei primi risultati con la rappresentanza dei Comuni liguri e le Organizzazioni sindacali firmatarie dei protocolli d’intesa, al fine di valutarne l’omogeneità regionale ed introdurre, se del caso, eventuali correttivi. Effettuata la verifica indicata, la misura economica andrà a regime, entrando a tutti gli effetti nella pianificazione regionale.

4.1.8 Aspetti finanziari

A norma della l.r. 12/2006, costituiscono fonti di finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (tab. 13):

1. le risorse del Fondo Sanitario destinate alle attività di tipo sociosanitario domiciliare e residenziale e le risorse derivate dagli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, finalizzate alla non autosufficienza
2. una quota delle risorse del Fondo Regionale per le Politiche Sociali, trasferito dallo Stato
3. entrate regionali, anche provenienti dalla fiscalità
4. altre risorse provenienti da Fondazioni o donazioni.

Concorrono a definire l'ammontare complessivo del FRNA anche i finanziamenti dei Comuni per gli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare e altre prestazioni a favore dei non autosufficienti.

Il FRNA viene ripartito annualmente alle ASL e ai Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosanitario per le attività individuate dai Piani di Distretto Sociosanitario a favore della non autosufficienza.

Tab. 13 - Finanziamento del FRNA anno 2006

Provenienza	Importo
Quota sanitaria residenzialità e semiresidenzialità	75.000.000
(anziani)	61.000.000
(disabili)	
Quota sanitaria domiciliarità	13.000.000
Quota sociale (a carico dei Comuni) per domiciliarità residenzialità e semiresidenzialità	
Fondo Sociale regionale - trasferimenti ai Comuni	10.000.000
Servizi di prossimità (custodi sociosanitari)	1.695.000
Progetti di Piano Sanitario Nazionale DGR 264/2006	17.423.000
Quota proveniente dalla fiscalità regionale 2006 finalizzata ad interventi per la N.A.	7.500.000
Inserimento scolastico non autosufficienti (l.r 15/06)	3.500.000
Interventi fondo sociale per disabili gravi (cerebrolesi)	1.200.000
Totale	190.318.000

La Giunta Regionale prevede un incremento pluriennale del FRNA nei futuri esercizi finanziari, con uno stanziamento di 10.000.000 di euro nel 2007 e di 12.000.000 di euro nel 2008

4.1.9 Finanziamenti integrativi delle risorse pubbliche

Come descritto in precedenza, nella fase di avvio il FRNA è sostanzialmente alimentato da risorse pubbliche, anche se la l.r. 12/2006 prevede l'apporto di Fondazioni e donazioni. Si intende pertanto attivare questi canali, anche sulla base di quanto emergerà dalla valutazione della sperimentazione. In questo senso è già stata avviata un'ipotesi di lavoro con la Fondazione CARIGE.

Discorso a parte merita la misura economica per la non autosufficienza che, sul Bilancio 2006, viene finanziata con 7.500.000 euro provenienti dalla fiscalità regionale.

Come già accennato, uno degli obiettivi della misura è mobilitare e valorizzare le risorse delle famiglie, integrando la spesa per il lavoro di cura a domicilio. La praticabilità di questa scelta è confermata dai dati dell'Assegno Servizi sulla compartecipazione, che copre circa il 35% dei costi.

Il supporto finanziario regionale consente alle famiglie di sostenere la spesa per acquisire prestazioni assistenziali o di aiuto domestico. In questo senso, l'esperienza dell'Assegno Servizi ha dimostrato che, con l'appoggio di un intervento pubblico, le famiglie si orientano preferibilmente per forme di aiuto continuativo utilizzando personale assunto, ovvero *assistenti familiari* (utilizzando questo termine in luogo di "badanti", perché più appropriato e adatto a rappresentare forme attive di aiuto alla persona). La Liguria, ha favorito anche il reperimento delle assistenti familiari dotando il Distretto Sociosanitario di elenchi o liste di operatori, le cui capacità di assistenza sono state validate da enti formativi.

In sintesi, il profilo del porta ad una valorizzazione delle risorse pubbliche, di quelle delle famiglie, nonché alla promozione di altre risorse, tramite *found raising* e stimolando stakeholder, in una dimensione di sussidiarietà verticale e orizzontale: verticale come *governance* tra Enti Pubblici, orizzontale come concorso di risorse tra famiglie, forme di auto-aiuto, coinvolgimento di attori e organismi sociali no-profit.

In questi termini, il FRNA contribuisce anche alle politiche di regolarizzazione del mercato del lavoro e all'emersione del lavoro nero, attraverso la qualificazione degli operatori e favorendo l'incontro tra domanda e offerta di prestazioni a sostegno della persona, nell'ottica della legge 328/2000 di favorire consumi sociali, per aumentare le occasioni di occupazione.

4.2 Conclusioni

Prima di ipotizzare sviluppi e nuove modalità di utilizzazione del FRNA occorre ovviamente verificare i risultati del semestre di sperimentazione, in particolare per la misura economica.

Anche l'attivazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza influenzerà i risultati e la loro evoluzione.

Nel corso dei lavori che hanno preceduto la disciplina del FRNA sono comunque già emersi

alcuni temi che presumibilmente saranno approfonditi e sviluppati in futuro.

In particolare si evidenzia che come descritto in precedenza, nella fase di avvio del Fondo possono accedere alla misura economica gli anziani non autosufficienti con comorbilità e disturbi comportamentali ed i disabili gravi, che necessitano di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore. Per la sostenibilità della spesa è stato infatti necessario definire una soglia di non autosufficienza “grave” e “complessa”.

Uno sviluppo ipotizzabile per l’organicità della risposta alla non autosufficienza, è l’individuazione di misure economiche mirate stabili, accessibili anche a persone che hanno forme meno “severe” di disabilità, a fini preventivi dell’aggravamento, per facilitarne, comunque, la permanenza a domicilio, collocandosi nello scenario di esperienze simili a quelle del Fondo attuato in Germania, per le quali, potrà essere prevedibile, in relazione al reddito della persona, anche il concorso di forme assicurative.

Un secondo aspetto è collegato all’incremento di servizi alla persona; infatti, il consolidamento del FRNA potrà permettere un utilizzo dello stesso anche a favore della componente alberghiera della residenzialità, favorendo in tal senso una minor spesa da parte dei Comuni. Tutto ciò, dovrà porre un vincolo all’ente locale: “reimpiegare” le risorse *risparmiate*, per potenziare i servizi alla persona. Si tratterebbe in questo caso di un risultato virtuoso, risultante dalla messa a sistema di risorse pubbliche e private.